



ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



6/2017

vyšlo: 19. 6. 2017

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Podporujeme českou kardiologii

Předplatte si POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNU

a získáte 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



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 v onkologii
Kontroverze v onkologii
Kontroverze v onkologii
Kontroverze v onkologii
Kontroverze v onkologii

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, přijmeni, 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, 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



Ústavní soud a zdravotnické prostředky

Po dvou letech čekání se u Ústavního soudu rozhodovalo o tom, které zdravotnické prostředky jsou hrazeny, a pojišťovny je tedy doplácí. Předmětem sporu bylo ustanovení zákona, že se hradí jen tzv. „ekonomicky nejméně náročná varianta“ zdravotnického prostředku, jejíž cenu zjišťuje pojišťovna „průzkumem trhu“. Reálně však byla napadána zejména praxe tzv. číselníků, které vytvářejí pojišťovny a které reálně vymezují, co budou lékaři pacientům bezplatně nabízet. Nález Ústavního soudu vyhověl návrhu a napadená ustanovení zrušil s účinností k 31. 12. 2018. Ústavní soud kritizoval zejména neurčitost současné právní úpravy, ze které pacient nepozná, co je hrazeno. Vyplývá to až z činnosti zdravotních pojišťoven, což soud považoval za nepřijatelné.

Přijde o číselníky pojišťoven?

Na myšlenku, že se z veřejného pojištění bude hradit jen nejlevnější varianta, není koneckonců nic protiústavního. Stížnost senátorů ale ve skutečnosti směřovala především proti tzv. číselníkům zdravotních pojišťoven, které v praxi ovlivňují, co se hradí a jak. Některé zdravotnické prostředky v číselnících chybějí, ačkoliv zákonná pravidla pro úhradu splňují. Jiné jsou zařazeny

s nepřiměřeně vysokou úhradou, což vede k vykazování přemrštěných cen pojišťovně, přičemž se poskytovatel s kompletátorem následně podělí o „bonus“. Zde stojí za povšimnutí, že se dosavadní legislativní návrhy, včetně této ústavní stížnosti, vždy zabývaly pouze „ambulantními“ pomůckami dle Přílohy zákona a § 15 odst. 12, ale do „nemocničních“ zdravotnických prostředků (například nákladné kardiovertery, stenty, kloubní implantáty) se nikdo nepouštěl.

Ústavní soud nejprve jako obvykle zopakoval, že sociální práva mohou být omezena zákonem, což rozhodně neznamená, že by rozsah hrazené péče musel být vymezen kazuistickými výčty v zákoně, ale na druhou stranu musí být z kritérií zákona pacientovi i zdravotníkům pro každý případ předem zjevné, zda se daná péče hradí, či ne. To již soud řekl v letech 1996, 2006, 2013 či 2015. Bohužel pro neschopnost kapitánů českého zdravotnictví tuto prostou tezi pochopit tak musel učinit i v roce 2017.

Následně soud konstatoval, že zákonné vymezení úhrady zdravotnických prostředků je příliš vágní. V praxi musí být dotvářeno metodikami pojišťoven, ty však rozsah Listinných práv vymezovat samy nemohou. Naopak, způsob jejich tvorby dle soudu zasahuje jak do

práva pacientů na hrazenou péči dle čl. 31, tak do práva dodavatelů na podnikání.

Obiter dicta:
Nemocniční
a další číselníky,
DRG

Ústavní soud si velmi správně všiml, že ač senátoři brojili jen proti číselníkům ambulantních zdravotnických prostředků dle § 15 odst. 11 a 12 zákona 48/1997 Sb., stejný problém je i u nemocničních číselníků podle § 15 odst. 5. Soud proto zavázal pojišťovny postupovat předvídatelně i u těchto číselníků.

Mým názorem (nad výslovný text nálezu) je, že soud nerozhodoval jen o zdravotnických prostředcích, ale i o příbuzných oblastech úhrady léčiv a výkonů. Zmíněný § 15 odst. 5 se totiž týká i nemocničních léčiv a dalších položek, zdravotní pojišťovny pak ovlivňují cestou číselníků a pozitivních listů i úhrady ambulantních léčiv, které formálně stanoví SÚKL.

(pokračování na straně 8)



Jak se ČSSD nenápadně střelila do nohy

Na zevrubné hodnocení rošády ve vedení sociální demokracie je ještě brzy. Někteří oceňují odvahu Bohuslava Sobotky uhnout stranou a nechat finální fázi volební kampaně na jiných. Jiní socialisty rovnou odepisují. Upozaděný stranický rebel Jeroným Tejc dokonce na Twitter v (nepřiznané) parafrázi nedávného výroku britského konzervativního poslance Nigela Evanse napsal: „Volební manažer Honza Birke žádal, abychom se nestříleli do nohy. Obávám se, že jsme se střelili do hlavy.“ Nicméně ve stínu těchto velkých pohybů ve stále ještě nejsilnější vládní straně by neměla zaniknout

střela, kterou ČSSD skutečně vyslala do vlastní nohy a bude kvůli ní v předvolební kampani ošklivě kulhat.

Ten výstřel zazněl v Praze. Zdejší členové ČSSD, jak je odněkdy pravidlem, rozhodovali v referendu o finální podobě kandidátní listiny pro sněmovní volby. Vybírali, zda Prahu do voleb povede náměstek primátorky a čerstvý místopředseda strany Petr Dolínek, anebo ministr zdravotnictví a dlouholetý předseda pražské organizace Miloslav Ludvík. A Ludvík velmi těsně prohrál – hlasovala zhruba tisícovka pražských socialistů, třetina hlasů byla neplatná a mezi zbylými sedmi stovkami vyhrál Dolínek o 14 hlasů.

Uvedených 14 pražských sociálních demokratů rozhodlo o tom, že v tématu, které bývá pro ČSSD před volbami zcela klíčové, bude strana v celé republice velmi nepěkně pajdat. Ludvík totiž porážku nepřijal příliš stoicky a prohlásil, že se vrátí do Motola (odkud tedy technicky nikdy neodešel) a že bojovat za zdravotnickou část volebního programu ČSSD se mu bez vyhlídky na poslanecké křeslo nechce.

Dá se pochopit, že Dolínkova hvězda je na vzestupu a že strana ráda uvidí v Praze mladého kandidáta. Hlavní chybou bylo především nechat boj tímto způsobem vyhrát. Pro Ludvíka je to hodně hořký konec krátké kariéry ve vrcholné politice a pro ČSSD je jeho vyřazení vrcholně netaktickým manévrem. Protože ať si o Ludvíkovi myslíme cokoli, socialisté v něm ztrácí svého jediného použitelného mluvčího pro zdravotnictví. A to

je téma, které by straně mělo být víc než blízké. Je pravděpodobné, že tíha boje za zdravotnický program spadne na Ludvíkovu náměstkyň Lenku Tesku Arnoštovou. Té na pražské kandidátce připadlo třetí místo. Jenže dosud se ve zdravotnické oblasti profilovala spíše úzce přes práva pacientů a kontakt s patientskými organizacemi, případně v boji za protikuřácký zákon. Záběr na celý systém zdravotnictví jí chybí a navíc, málo platné, jako mladá právnička a úřednice představuje v debatě jinou váhovou kategorii než dlouholetý šéf největší české nemocnice.

Možná socialisté ještě zmobilizují nějaké personální rezervy. Zkušených lékařů a ředitelů nemocnic s hlubokým vzhledem do zdravotnictví v řadách pár mají. Jenže být úctyhodný profesor jako Jan Žaloudík nebo Roman Prymula ještě neznamená být také zdatný tribun, který o příslušné představě fungování zdravotnictví dokáže přesvědčit náměstí. Ludvík v sobě přinejmenším kousek takového talentu našel. Že se jej socialisté rozhodli zahodit, to nelze označit jinak než jako selhání personální politiky.

Martin Čaban,
autor je komentátorem deníku E15



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 4/2017

Šéfredaktorka

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

Redakce

Mgr. Pavlína Perlíková,
tel. 225 276 295, e-mail: perlikova@mf.cz

Editor

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

Korektorka

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

Stálí spolupracovníci redakce

Martin Caban,
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 Vojtíšková

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

Obchodní ředitelka

Ing. 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:**

Bc. 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,

Vídeňská 995/63, 639 63 Brno,

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

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegresso, a. s.,

oddělení inéj 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 19. 6. 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

Protikuřácký zákon jako náplast na nemoc zdravotnictví

Poslední dva týdny byly plné nadšení a entuziasmu z tzv. protikuřáckého zákona. Co na tom, že o kouření v něm jde v malé míře. Mediálně se jedná o mimořádně zajímavé téma a Ministerstvo zdravotnictví ho může dobře prodat.

Posledního květnového dne se sešly politické, ale i lékařské špičky, aby oslavily konec kouření v Čechách. „Naplnil se sen mnoha generací, protože dnes máme poslední den, kdy se nebudete v České republice v restauracích kouřit,“ pronesl téměř pateticky na tiskové konferenci ke Dni posledního tnutí! ministr zdravotnictví Miloš Ludvík. A dodal, že se tím dostáváme mezi civilizované země, které tabák velmi tvrdým způsobem regulují.

Rovněž náměstkyně ministra zdravotnictví Lenka Teska Arnoštová uvedla, že je „... ráda, že se i Česká republika zařadila mezi demokratické země, kde už zákaz kouření je. Připomeňme si Francii, Belgie nebo například Irsko.“ Z toho by neopatrnou indukcí mohl člověk vyvodit, že tvrdá regulace je znakem civilizovanosti a demokracie.

Čeští plicní lékaři predikují možnost ústupu závažných plicních chorob, jakými jsou rakovina plic, chronická obstrukční plicní nemoc, plicní fibróza nebo astma v nejbližších letech. „Vznik zákona jsme podporovali řadu let. Snažíme se lidem v odvykání kouření pomáhat, ale ze zkušenosti ze světa víme, že represe v podobě vyšší ceny cigaret, daně z prodeje tabákových výrobků a zákazů kouření na veřejných místech opravdu fungují. To, že se povedlo zákaz prosadit i u nás, považujeme za obrovské zadostiučnění. Dostali jsme se do většiny evropských skupin zemí, kde už zákon léta funguje, a to i ve státech tradičně kuřáckých...“ uvedl prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc., předseda ČARO a České pneumologické a fizeologické společnosti ČLS JEP.

Tabák – metla lidstva

Není divu, že lékaři hýjí optimismem, ročně totiž na choroby související s kouřením u nás zemře okolo de-

seti tisíc lidí. Což znamená, že v souvislosti s kouřením zemře každý pátý Čech. Další dva tisíce zemřou na pasivní kouření. A léčba stojí miliony korun. Z dat ČSÚ ale vyplývá, že spotřeba cigaret v ČR od roku 2013 do 2015 meziročně rostla, tedy každý z Čechů vykouřil přes dva tisíce kusů cigaret. „Světová zdravotnická organizace zákon podporovala od samého počátku. Čeští politici rozhodli ve prospěch zdraví národa a upřednostnili zdraví před prosperitou silné tabákové lobby,“ uvedla k zákonu MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH, ředitelka české kanceláře WHO. Podpořit akci přijel i předseda Globální aliance proti chronickým respiračním onemocněním Světové zdravotnické organizace (WHO) Nikolai Khaltsev.

Eurostat uvádí, že v loňském roce bylo mezi Čechy 28,7 procenta aktivních kuřáků. Nejméně jich bylo ve Švédsku, kde kouří zhruba 17 procent lidí, pak také v Británii či Finsku. Na předních příčkách žebříčku se za Bulharskem, kde si pravidelně zapálí kolem 35 procent obyvatel, umístily Řecko, Rakousko a Slovensko. „V roce 1985 kouřila v ČR polovina mužů a od roku 1997 až do současnosti se procento kuřáků v dospělé populaci pohybovalo kolem 30 procent. V posledních průzkumech se ukazuje, že za poslední dva roky počet kuřáků klesá. Nyní by to tedy mělo být okolo 24 procent. V současné české populaci kouří tedy 27 procent mužů a více než každá pátá žena,“ uvedla MUDr. Kamila Zvolská, Ph.D., z Centra léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Drtivá většina kuřáků začíná kouřit již před osmnáctým rokem života.

Tvrdá pěst, nebo prevence?

Říká se tomu sice protikuřácký zákon, ale ve skutečnosti je to zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před



Miloslav Ludvík a Michael Kocáb na Dni posledního tnutí!

Foto: archiv MZ ČR

Fakta o kouření

- Celkové náklady na respirační onemocnění v Evropské unii přesahují 380 miliard eur.
- 50 % ekonomické zátěže související s onemocněním plic je způsobeno kouřením.
- Každoročně zemře v důsledku užívání tabáku 700 tisíc Evropanů.
- Náklady způsobené užíváním tabáku v EU činí 517 miliard eur ročně.
- Podle odhadů ve 20. století zabil tabák 100 milionů lidí na celém světě.
- Odhaduje se, že v Evropě kouří 24 % žen a 32 % mužů.
- Pasivní kouření může způsobit rakovinu plic, kašel, sípání a další nemoci, jako například onemocnění koronárních cév a cévní mozkovou příhodu u dospělých.
- U dětí do dvou let je riziko onemocnění plic zvýšené o více než 70 %, pokud matka kouří.
- 20 % dětí, jejichž matky kouřily během těhotenství, v prvních pěti letech života onemocní bronchitidou.
- Tabákový kouř je odpovědný za více než 80 % případů rakoviny plic.
- Existuje souvislost mezi kouřením a alkoholem a vyšší prevalencí chrápání a spánkové apnoe.

Zdroj: European Lung Foundation

škodlivými účinky návykových látek. Určuje, že alkohol nemá co dělat ve školách a nemocnicích, na akcích určených pro děti a mládež. Zákon se tedy týká nejen tabáku. Podle Miloslava Ludvíka má polovina dětí v ČR kolem třinácti let zkušenosti s alkoholem.

Norma zavedla rovněž zákaz kouření na nekrytých částech zastávek MHD, ale i zákaz elektronických cigaret ve školách, nákupních centrech či nemocnicích. Profesorka Králíková doufá, že kuřáci omezí i kouření doma. „Všimnou si, jak příjemné je prostředí bez zápachu. Nekuřácké prostředí je benefitem jak pro stát, tak pro pohostinství, pro zdravotnictví. Klesne počet akutních srdečních infarktů, o samotných kuřácích nemluvě. Naši pacienti se na zákon moc těší – zakouřená hospoda byla pro ně typickým místem, které je lákalo opět sáhnout po cigaretě,“ doplňuje prof. Králíková, která vede Centrum pro závislé na tabáku 1. LF UK a VFN v Praze.

O prevenci taďy ale skutečně hovořit nelze. Elektronické cigarety totiž novým zákonem získaly úplně stejný status jako normální cigarety, s výjimkou restauračních zařízení, kde se používat smí. O dalších možnostech substituce a volání po lepším právním ukotvení ale není vůbec řeč. V tomto ohledu je novela spíše bičem než lékem.

Nedonošené dítě?

Zákon jako takový je jistě vhodný a přínosný, přesto ale nejsou dořešeny právní detaily, které se mohou stát píhovou na jeho kráse, jak přiznala i hlavní aktérka a hybná páka nového zákona náměstkyně Lenka Teska Arnoštová. „Jsem velmi ráda, že se posouváme a že už Česká republika není v rámci Evropy skanzenem. Očekávám, že nastanou různé interpretační kolize. Ministerstvo zdravotnictví je připraveno poskytnout pomoc jak provozovatelům restauračních zařízení, ale také občanům,“ řekla novinářům náměstkyně na dotaz, že se množí různé spekulace a variabilní výklady novely zákona.

Akcí podpořil také svým osobním příkladem rovněž bývalý ministr pro lidská práva a hudební skladatel a zpěvák Michael Kocáb. Paradoxně ale právě on

požádal ministra, aby udělal malou výjimku. Šlo mu o kouření na divadelních jevištích a koncertních pódiích. „Myslím si, že je to zbytečné omezení tvůrčí svobody,“ uvedl Kocáb. Je s podivem, že ministr kultury couvá před umělci a tvrdí, že „tvůrčí svoboda je v tomto případě dokonce nadřazená, koneckonců cigareta je v tomto případě rekvizitou“. Ve světle toho, jak se politikové zaštiťují snahou ochránit mládež před špatnými vlivy, působí uvedené rozhodnutí podivně. Nemůže být například cigareta v ústech oblíbeného herce či zpěváka tou nejlepší reklamou? A pokud je divadlo v duchu brechtovských tradic pouhou nápodobou reality, je skutečně zapálená cigareta tak fatálně nutná? Vždyť i jiné činnosti se na jevišti markýrují a nedělají skutečně „natvrdo“.

Jen čas ukáže, jestli novela přinese slibované benefity a jestli regulace byla správným krokem. Možná se časem dočkáme zákazu uzeneho, slazených nápojů či slunečnicového oleje. Kdo ví...

Denis Drahoš

Substituce přinášejí nižší zdravotní riziko než vdechování dýmu

Co se týká zkušeností ze zahraničí, máte nějaká data, která se týkají elektronických cigaret?

Velká Británie dosud používá elektronické cigarety jako doplněk léčby. Mají s nimi opravdu rozsáhlé zkušenosti. Mají rovněž studie, z nichž některé elektronické cigarety opravdu vycházejí velmi dobře. Problémem je jejich současná neregulovanost. U nás nejsou k dispozici výsledky studií, které by potvrdily, že pomáhají při odvykání kouření. Spíš se má za to, že skutečně funkční jsou nové typy, které už nenapodobují tvar a nevypadají jako klasická cigareta, ale spíš jako telefon či smartphone. Používání elektronických cigaret patří do oblasti harm reduction. Je tam velmi významné, zhruba 95procentní snížení zdravotního rizika oproti vdechování dýmu.



Foto: archiv VFN Praha

Souhlasíte s regulací elektronických cigaret ve veřejném prostoru?

Pan ministr a jeho náměstkyně říkali, že elektronické cigarety jsou na úrovni běžných cigaret, ale že jen v restauracích se mohou kouřit ty elektronické. V různých zemích je regulace na různém stupni. Některé je striktně zakazují, zatímco jiné tomu ponechávají volný průběh. Česká republika se rozhodla pro tento model a přístup, kdy odmítla jak klasické, tak i elektronické cigarety.

A jiné možnosti?

Co se týká snusu, tak ten je u nás zakázaný. Je to tak trochu paradox. Švédové s ním totiž mají velmi dobré zkušenosti. Dokonce je u nich vyšší prevalence jeho užívání než prevalence kouření a zdá se, že se u nich výrazně nezvyšuje ani riziko rakoviny a kardiovaskulárních onemocnění. Obě řešení přinášejí nižší zdravotní riziko a jsou určena pro lidi, kteří chtějí přestat kouřit.

MUDr. Kamila Zvolská, Ph.D.
Centrum léčby závislosti na tabáku
III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze



Obsah

Z domova

- Ústavní soud a zdravotnické prostředky 3
- Jak se ČSSD nenápadně střelila do nohy 3
- Protikuřácký zákon jako náplast na nemoc zdravotnictví 4
- Duel: Očkovací povinnost 6
- Systém nemá rezervy. Výkyv způsobí problém 7
- eRecept SÚKL a nález NKÚ 10
- Antikoagulační terapie dabigatran vs. rivaroxaban u seniorů nad 65 let 12
- Přiznání rizikového příplatku 13

Sestra

- Psychopati ve zdravotnictví. Co s nimi? 15
- Z výjimečného výkonu se stává rutinní operace 17
- Nové šance pro pacientky s poruchami příjmu potravy 18
- Olomoucký expertní mítink na téma Zdravotní péče v ohrožení 19
- Psychologicko-etické problémy v onkologii a onkologickom ošetrovatelstve 22
- Ze společnosti 25

Medicína

- Mezioborový přístup u poruch spánku v lékařské praxi 27
- 73. klinická konference Revmatologického ústavu Praha 29
- Novinka v léčbě nekomplikované cystitis 32
- Lékárnickému povolání je třeba vrátit etický rozměr 34
- České zdravotnictví na pokraji elektronizace 35
- Včasná a dlouhodobá léčba IBD 36
- Roadshow – Malé doškolovací dny 38
- Personalizovaný přístup v léčbě život ohrožujícího krvácení 40
- Roztroušená skleróza a nejnovější výstup ReMuS 42
- Psoriáza: komorbidity a bezpečnost léčby 44
- Inkontinence – noční můra společnosti 47

Personální inzercie

49



Očkovací povinnost

Advokátka Ligy lidských práv **Mgr. Zuzana Candigliota** a vedoucí Katedry epidemiologie Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové **plk. prof. MUDr. Roman CHLÍBEK, Ph.D.**, představují svůj pohled na povinnost očkování dětí v ČR i Evropě.



Foto: archiv Zuzany Candigliota

1. Evropské státy a mezi nimi hlavně Německo a Itálie zavádějí přísnější postup proti rodičům, kteří nechtějí nechat očkovat své děti. Měla by EU regulovat proočkovanost populace?
2. V již zmíněné Itálii byla před dvěma týdny zavedena povinnost očkovat proti dvanácti infekčním onemocněním. Je v tuto chvíli rozsah povinného očkování v ČR dostatečný?
3. Státní zdravotní ústav uvádí, že v poslední době v ČR klesá proočkovanost dětí. Je správné, že člověk může z náboženských důvodů či svobody svědomí tuto povinnost odmítnout?



Foto: archiv Romana Chlíbka

Mgr. Zuzana Candigliota

1. Evropská unie nemá kompetence regulovat proočkovanost populace. Reguluje ovšem oblast reklam na léčivé přípravky a zde Česká republika porušuje právo EU, když umožňuje manipulativní reklamy na vakcíny. Reklamy na léčiva na předpis jsou totiž legislativou EU zakázané kromě vakcinačních akcí, což jsou osvětové odborně schválené akce zaměřené na očkování jako takové, ne na propagaci určitého produktu konkrétního výrobce.

Neznám přesně situaci v Německu, ale povinnost rodičů poradit se s lékařem o očkování mi nepřijde nijak zvlášť represivní oproti situaci u nás, kde zakazujeme přístup i částečně očkovaným dětem do mateřských škol a dětských skupin (kromě posledního povinného ročníku), na tábory, školy v přírodě apod.

2. V Itálii bylo dosud povinné očkování pouze proti čtyřem nemocem – záškrtu, tetanu, obrně a hepatitidě typu B. Očkování proti ostatním nemocem, která jsou u nás povinná, byla v Itálii pouze dobrovolná, ale státem doporučená a hrazená. Itálie nyní zavádí povinné očkování proti celkem 12 nemocem včetně takové absurdity, jako je očkování proti planým neštovicím. Je tedy evidentní, že pseudověda v Itálii bují spíše na straně italské vlády. Podstatný bude nicméně až způsob uplatňování sankcí vůči rodičům v praxi. Již v minulosti některé vyspělé severní regiony, jako je kupříkladu Benátsko, na svém území pozastavily platnost očkovací povinnosti a přestaly uplatňovat sankce vůči rodičům. V tomto regionu ale nerezignovali na ochranu veřejného zdraví, ale přijali například opatření, že neočkované dítě může navštěvovat mateřskou školu, kde proočkovanost dosahuje nejméně 90 procent. A to dává větší smysl než uplatňování represe, zastrasování a trestání rodin.

Represivní přístup v očkování dětí je v Evropě typický hlavně pro posttotalitní země, zatímco na Západě je očkování povinné jen výjimečně. Represe nezvyší důvěru v očkování a rodiče nepřesvědčí, že je to dobré. Rozsah povinného očkování by měl být nulový. Tím nechci říci, že by se očkovat nemělo vůbec, rodičům by mělo být nabízeno dobrovolné a státem hrazené očkování dle současného vědeckého poznání. Z rozhodování o rozsahu a schématech očkování by ovšem měly být vyloučeny osoby v konfliktu zájmů, které pobíraly od farmaceutického průmyslu nebo s ním úzce spolupracovaly a prosazovaly jeho zájmy, zejména pak představitelé České vakcinologické společnosti – prof. Prymula, prof. Chlíbek a MUDr. Cabrnchová. Jejich negativnímu vlivu na systém očkování v ČR se věnovala naše analýza Vliv farmaceutických společností, očkování a reklama.

3. Ano, je správné a přirozené, že o očkování rozhodují rodiče a že se v péči o své děti řídí svým svědomím. A je také správné, aby před tím dostali od svého lékaře a z informačních kampaní všechny potřebné a vyvážené informace jak o výhodách očkování, tak i o jeho rizicích. Podle Úmluvy o právech dítěte je prvořadým hlediskem nejlepší zájem dítěte. Rozsah současného očkovacího kalendáře ale v nejlepším zájmu dětí není. Pochybnost vzbuzuje už jen to, že je nařizováno očkování ve schématu 3+1 namísto stejného účinného schématu 2+1, které dítěti ušetří jednu dávku vakcíny, a tím i riziko nežádoucích účinků. Odkazují přitom na stanovisko Odborného spolku pro očkování, které je k dispozici na jeho webu. Že nežádoucí účinky mohou být i velmi závažné, ukazují brožury, jak zasáhl systém očkování do života některých rodin, které nedávno vydala Společnost pacientů s následky po očkování. Rozhodnutí by proto mělo být na rodičích.

plk. prof. MUDr. Roman CHLÍBEK, Ph.D.

1. Každá násilná regulace s sebou přináší riziko opačného efektu. Jednotlivé státy mají své odlišné zvyklosti, včetně rozdílného přístupu veřejnosti k očkování nebo obecně k péči o vlastní zdraví. Proto je nereálné sjednotit očkovací kalendáře všech evropských zemí. Ani celoevropská jednotná regulace proočkovanosti fungovat nebude. Evropská unie by se měla zaměřit na vzájemné sdílení a šíření nových vědeckých poznatků o očkování, zejména co se týká účinnosti a bezpečnosti očkovacích látek. Zajistit, aby poznatky byly dostupné a srozumitelné také té části veřejnosti, které je očkování doporučováno.

2. Rozsah povinného očkování u nás je v porovnání s novou povinností v Itálii menší. U nás se očkuje proti devíti nemocem. Všechny jsou celosvětově považovány za základní, očkováním preventabilní infekce. Proto náš současný rozsah považují za dostatečný. Nicméně máme prostor k zavádění dalších očkování, která mají u dětí prokázaný význam. Ať už je to očkování proti rotavirovým gastroenteritidám, proti invazivním meningokokovým onemocněním nebo proti varicele a klíšťové encefalitidě. Bude vhodnější zavádět nová očkování spíše v režimu dobrovolného očkování s úhradou ze zdravotního pojištění. K tomu, aby bylo dosaženo dostatečné proočkovanosti, je však zapotřebí větší propagace významu prevence nejenom ze strany zdravotnického personálu, ale také odborných lékařských společností a Ministerstva zdravotnictví.

3. K poklesu proočkovanosti skutečně dochází. Je to již vidět na očkování proti pneumokokům, lidskému papilomaviru nebo proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám. Nikdy nelze dosáhnout stoprocentní proočkovanosti. Vždy budou existovat výjimky. Ať už zdravotní kontraindikace očkování nebo třeba náboženské důvody. Samotný Ústavní soud uznal možnost odmítnutí očkování z důvodu svědomí, ale pouze v mimořádných případech. Zároveň dodal, že autonomie rodičů při rozhodování o zdravotnických zákrocích vůči dětem není absolutní, že minimalizace šíření infekčních nemocí je v zájmu ochrany veřejného zdraví, což je nadřazeno základním právům. Zásadní je také prohlášení ÚS, že prostá pochybnost o prospěšnosti očkování není dostatečným důvodem k odmítnutí očkování. Je pochopitelné, že jsou lidé, kteří mají strach, který často pramení z různých falešných pseudovědeckých a spekulativních informací, kterých se zejména na internetu objevuje stále více a více. O to víc nabývá na významu navázání důvěry mezi pacientem a jeho lékařem. Pokud budu informacím na internetu věřit více než svému lékaři, může mě to spíše poškodit. Začíná být moderní, že k očkování se vyjadřuje stále více lidí, bohužel i těch, kteří nikdy neočkovali. Proto je na nás, abychom svým pacientům poskytovali dostatek validních informací a více s nimi komunikovali.

Připravil Denis Drahoš



System nemá rezervy. Výkyv způsobí problém

Od roku 2013 ekonomika opět roste – stoupá nejen HDP a zaměstnanost, ale také mzdy. Jenže český systém zdravotnictví, místo aby v ekonomicky příznivé době vytvářel rezervy, i přes mimořádný hospodářský růst naopak ještě rezervy z let před krizí spotřebovává. Pokud sledujeme od roku 2015 křivku nákladů, reflektuje křivku disponibilních zdrojů. Jednoduše tedy není z čeho brát. Stress test dokonce říká, že když klesne růst HDP na 1,5 procenta, bude systém v deficitu 20 miliard korun. V roce 2018 bude ekonomický růst pravděpodobně pokračovat, predikce růstu reálného HDP je 2,4 procenta. Odhad meziročního nárůstu příjmů a nákladů je ve výši cca 13 miliard, což opět znamená vyrovnané hospodaření bez tvorby rezerv.

Přítom navýšení zdrojů může kromě celkové efektivity českého zdravotnictví zaručit jediné procento navýšení HDP. Přineslo by 50 miliard a zaručilo stabilitu systému na další dekádu. Nyní ČR investuje do zdravotnictví kolem sedmi procent HDP a ocitá se tak na úplném chvostu zemí OECD. Nižší podíl výdajů v Česku kritizují odbory i experti. Podle nich jsou resorty zdravotnictví i sociálních služeb podfinancované. Kritici poukazují na stárnutí společnosti a větší potřebu péče i na to, že závisí na rozhodnutí politiků, jak se státní peníze rozdělí. Další cestou, jak české zdravotnictví zefektivnit (a dofinancovat), je např. komerční připojištění, gatekeeping, risksharing a následná péče. Otázkou je racionální přístup k drahé centrové (biologické léčbě) a využívání extrémně nákladného přístrojového vyba-

vení. Z děle trvajících problémů zmíním pět, které patří k těm zásadním.

První z nich je „historická reference“. Paušály a limity pro poskytovatele nejsou ve vyhlášce nastaveny jednotně, ale vypočítávají se procentem z předloňských úhrad, tzv. referenčních období. Takže logicky platí, že kdo poskytoval v minulosti péči nákladně nebo neefektivně, dostane i letos více. A obráceně, kdo dostával historicky málo, bude tratit, byť by léčil efektivněji a kvalitněji. Úhrady počítané historicky jsou popřením hospodářské soutěže.

Druhý problém je absence gatekeepingu. Jde o neefektivní využívání nemocniční péče a záchranné služby namísto péče primární. V současné době máme téměř tři miliony pojištěnců bez prevencí a stasisce, kteří obcházejí praktického lékaře a zneužívají nemocnice. Je tedy nutno nastavit alespoň volnější formu gatekeepingu, která bude motivovat pacienta navštívit nejprve svého ošetřujícího praktika.

Dnes v případě praktických lékařů vyhláška obsahuje mírné navýšení kapitační platby o dvě koruny, odměnu 50 haléřů na kapitaci za prevence či navýšení úhrad o 30 procent ve vyloučených lokalitách. System ale zůstává nastaven tak, že za péči o pojištěnce je praktik trestán. Kapitace totiž není platbou za péči, ale za registrovaného pojištěnce. Vyplatí se tedy paradoxně registrovat, ale neléčit. Rizikem kapitace je právní prostředí, kdy pojištěnec může vyhledat rovnou nemocnici či specialistu. V některých případech dokonce i musí, kvůli preskripčním omezením.

Problémem ambulantních specialistů jsou historické průměry na unikátního pojištěnce a obsolentnost hodnoty bodu dle Seznamu výkonů. Obecná hodnota bodu je totiž 1,03 Kč, ale celkově je stropována historickými průměry na unikátního pojištěnce. To specialistu zcela nesprávně motivuje k tomu, aby léčil zdravé lidi, respektive aby na každého nemocného sehnal tři zdravé, aby se průměry naředily. Za překročení stejně jako za preskripci nad vlastní historický limit je totiž lékař penalizován.

Pátým problémem jsou významně rostoucí náklady na S neboli centrové léky. Mezi roky 2009–2016 byl nárůst nákladů u VZP + 81 % a u SZP + 833 %. Celkový podíl těchto léků na výdajích zdravotních pojišťoven bude v 2017 mezi 6–7 procenty. Již v březnu 2017 přesahují roční náklady na S-léky 16 miliard korun, což představuje celkové výdaje na segment praktických lékařů na území ČR. A predikce hovoří o dalších šesti miliardách, které do roku 2020 přibudou. S-léky jsou totiž uplatnitelné ve více skupinách s různým indexováním. Navíc se překrývají samotné indikace díky významovému mixu obor – diagnóza. Z čeho konkrétně vychází rozdílné povolené nárůsty, vyhláška neuvádí. Přítom oblast specializované léčby pro vážná onemocnění je ukázkovým příkladem oblasti, kam objemová limitace nepatří, neboť lékař nemůže dát rakovinu na čekací listinu a chovat se podle budgetu. Nástrojem první volby by měla být cílená revize potřebnosti péče.

PharmDr. Michal Krejsta, MBA,
generální ředitel společnosti Omega Pharma / Perrigo

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

Představujeme publikaci



Plicní endoskopie Současné možnosti endoskopické diagnostiky a terapie v pneumologii

Předkládaná monografie je reakcí na velmi prudký rozvoj metod plicní endoskopie a klade za cíl vyplnit mezeru v českém písemnictví v této oblasti. Je primárně určena všem plicním specialistům se zájmem o endoskopické metody, ale i lékařům dalších spolupracujících odborností, zejména radiologům, patologům, onkologům a internistům. Pokouší se čtivou a stručnou formou přiblížit moderní možnosti v plicních endoskopických metodách, přičemž odráží zkušenosti autorského kolektivu i současný stav literárních vědomostí.

Autoři: Jiří Votruba, Juraj Šimovič et al.

Doporučená cena 396 Kč

**MEDICAL
SERVICES**

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



Ústavní soud...

(Pokračování ze strany 3)

V oblasti výkonů pak lze říci, že nikoliv ze zákona, ale teprve z praxe ministerstva vyplývá, co a jak bude hrazeno. A to jednak z činnosti skupiny pro tvorbu Seznamu výkonů, jednak z definic a metodik DRG včetně stanovení relativních vah praxí analytických útvarů MZ a úhradovou vyhláškou. Jsem přesvědčen, že z identických důvodů, proč neobstály u Ústavního soudu materiálové číselníky, nemohou obstát ani tyto mechanismy. To je mimochodem důvod, proč od počátku považuji projekt DRG Restart za ústavněprávně nezpůsobilý jakkoliv ovlivnit úhrady pro nemocnice.

Next steps: Nekalosoutěžní žaloby?

Ústavní soud odložil účinnost nálezu až do 31. 12. 2018, aby dal legislativě dost času vytvořit nové řešení. Co dělat v mezičase? Zde si zaslouží honorable mention citace ze stanoviska VZP ČR v bodě 37 nálezu: „Ztotožnit se nakonec nelze ani s tvrzením o nemožnosti soudní ochrany proti jednání zdravotních pojišťoven. Navrhovatel zcela opomíjí možnost, kterou všechny dotčené subjekty využít naopak mohou. Pokud by totiž zdravotní pojišťovny porušily rovnost soutěžitelů, zcela jasně by se dopustily nekalé soutěže ve smyslu § 2976 odst. 1 občanského zákoníku. V takovém případě by se tak bylo možné žalobou domáhat toho, aby se příslušná zdravotní pojišťovna nekalé soutěže zdržela nebo aby odstranila závadný stav a bylo by po ní možné požá-



Ilustrační foto: Shutterstock

dovat přiměřené zadostiučinění, náhradu škody nebo případně vydání bezdůvodného obohacení.“ Přesně tak. Pozorní čtenáři tento návod našli již v judikatuře NSS ČR z období 2013, i Ústavní soud nyní v bodě 145 nálezu konstatoval, že domáhat se ochrany práv soudně zákon nijak neomezoval a neomezuje. Kdo zehrá na číselníková selhání – znevýhodnění svého podniku, zvýhodnění konkurenta atd. – může tedy i před 31. 12. 2018 využít cestu práva. A dle mého názoru to v úhradách opět platí všeobecně, i mimo úzký rámec materiálových číselníků.

Nález Ústavního soudu lze přivítat jako další krok „soudní“ reformy zdravotnictví, která představuje v českých podmínkách, pro nečinnost či kontraproduktivní zásahy mocí zákonné a výkonné, hlavní zdroj pokroku směrem ke standardním tržním i právním poměrům. „Povinným“ požadavkem na předvolební zdravotnické lídry stran je schopnost předložit konkrétní představu, jak vyřeší oblast úhrad zdravotnických prostředků, nejpozději do účinnosti nálezu.

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

Inzerce M171000231

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. výši 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.

KB



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.

Zjednodušili jsme schvalovací a povolovací proces, využít můžete i VZP Point

K žádostem o schválení (povolení) zdravotnických prostředků a léků již není nutné přikládat poukazy a recepty. Reviznímu lékaři stačí předložit pouze Žádanku o schválení (povolení) – tiskopis VZP 21/2013. Musí však obsahovat veškeré náležitosti a nutné podklady k vyřízení dané metodikou. Poukaz nebo recept vystaví ošetřující lékař až na základě schválené Žádanke o schválení (povolení). **Nově již nejsou poukazy a recepty revizním lékařem potvrzovány.**

Jak při podání žádosti správně postupovat?

- Náležitě vyplněný a zdůvodněný tiskopis VZP 21/2013 – Žádanka o schválení (povolení) předložíte VZP. Předání dokladů v elektronické podobě, ve formě souboru kdavka.111 s definovaným datovým rozhraním, je možné na datovém nosiči nebo s využitím portálového řešení **VZP Point, což je preferovaná varianta.**
- Pokud se rozhodnete využít VZP Point, zašlete tiskopis jako úlohu 08 (08 – Vyúčtování zdravotní péče – soubor dávek), včetně příloh, které se samy spárují, pokud budou mít správný název (příloha je zasílána, pokud je ze strany PZS nutné obsírné zdůvodnění požadavku nebo přílohy naskenovaných lékařských zpráv apod.).
- Revizní lékař se k žádosti vyjádří a kopii žádanky se svým stanoviskem odešle zpět na vaši adresu. Proces posouzení žádosti a vydání stanoviska probíhá zavedeným způsobem v souladu se zákonem č. 500/2004 Sb., Správní řád.
- Schválení či neschválení žádosti je zaneseno do informačního systému VZP, který je přístupný oprávněným revizním pracovníkům.
- **Na základě doručené kopie schválené žádanky vystavíte poukaz nebo recept.** Na poukazu nebo



*Ing. Miroslav Hakl
garant aplikace VZP Point
pro poskytovatele zdravotních služeb*

na receptu (v místě pro záznamy zdravotní pojišťovny) potvrdíte jako předepisující lékař schválení/povolení revizním lékařem, a to otiskem svého razítka, podpisem a vypsáním jména schvalujícího/povolujícího revizního lékaře.

Co je VZP Point a k čemu se využívá?

VZP Point je webová aplikace, která umožňuje komunikovat s pojišťovnou zabezpečenou elektronickou formou. Jejím prostřednictvím můžete zasílat dávky, faktury, ale i jiné dokumenty. Výhodou je, že u všech těchto podání je vidět stav zpracování a jsou kdykoliv zpětně dohledatelné.

VZP Point vám také usnadní komunikaci s pracovníky pojišťovny. Prostřednictvím jednoduchého formuláře nazvaného „Obecné podání“ jim můžete zaslat dotaz, požadavek nebo sdělení. Odpověď vám bude zpravidla doručena opět do VZP Pointu.

Aplikace má však i další užitečné funkce, jejichž prostřednictvím je možné ověřit:

- stav pojištění podle čísla pojištěnce, čísla průkazu zdravotní pojišťovny (EHIC) nebo příjmení a data narození,
- platnost smlouvy poskytovatele zdravotních služeb s VZP podle jeho IČZ,
- příslušnost pojištěnce ke kapitaci u praktického lékaře,
- platnost průkazu zdravotního pojištění (EHIC) u pojištěnců VZP.

Dále lze v aplikaci vyhledat poskytovatele zdravotních služeb podle názvu subjektu, identifikačního čísla zařízení (IČZ) nebo identifikačního čísla pracoviště či lékaře (IČP).

Jak získat přístup do VZP Pointu?

O přístup do VZP Pointu si můžete zažádat osobně v kterékoliv pobočce VZP nebo doručením vyplněných dokumentů, které naleznete na stránce www.vzp.cz/e-vzp/registrace/vzp-point. Po schválení žádosti a podpisu smlouvy vám zdarma zřídíme zabezpečený uživatelský účet. Přes něj lze v případě potřeby zastupovat i více poskytovatelů zdravotních služeb najednou.

Více informací o elektronické komunikaci najdete na www.vzp.cz/ekk.

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!



eRecept SÚKL a nález NKÚ

System eReceptu stojí na hliněných nohou. V současné době ho využívá mizivá část lékařů. Na základě veřejné zakázky je ale připravován „nový“ systém, který se v podstatě neliší od původního, jenž má být od 1. 1. 2018 pro všechny lékaře a pacienty povinný.

V rámci zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, byl SÚKL pověřen zřízením a provozováním Centrálního úložiště eReceptů (CÚeR) se zahájením provozu dnem 1. 1. 2009. První eRecept byl však lékařem vystaven až v roce 2011 a po dosud neuzavřených soudních sporech týkajících se porušování autorských práv z konce roku 2015 byl provoz systému na tři měsíce zastaven a v základní verzi obnoven začátkem dubna 2016.

Podle nálezu NKÚ vynaložil SÚKL na budování a provoz eReceptu do konce roku 2016 min. 317 660 609 Kč. V letech 2017 až 2020 lze očekávat další výdaje minimálně ve výši 17 762 800 Kč, bez nákladů na mzdy vlastních pracovníků. Od srpna 2011 do října 2016 bylo podle NKÚ vystaveno 308 318 916 lékařských předpisů, z toho 4 784 850 eReceptů, což představuje 1,55 procenta. Ve finančním vyjádření tak přišel jeden eRecept na 66,39 Kč, zatímco cena běžného papírového receptu se pohybuje okolo 0,16 Kč. Přitom drtivá většina eReceptů byla po roce 2012 vystavena povinně až po nařízeních managementů nemocnic a zdravotnických zařízení lékařům.

Je s podivem, že po utracení 318 mil. Kč a ztrátě 8 let, kdy CÚeR funguje pouze jako drahá přešlácí schránka lékových předpisů v elektronické podobě, je ve vládě i v jiných orgánech klid. Přitom:

- největší deklarovaný přínos eReceptů a to lékový záznam pacienta není, po budoucím zařazení do legislativy a povolení přístupu SÚKL do základního registru obyvatel, ve kterém je paradoxně méně údajů, než požaduje SÚKL v eReceptu po lékařích již nyní, prý bude někdy po 1. 1. 2018;
- název eRecept implikuje pocit, že zmizí papírový recept, to se však nestane, protože tzv. Identifikační znak eReceptu (IzeR) přenášejí pacient od lékaře do lékárny v čárovém kódu buď na běžném papírovém receptu, nebo na papírové průvodce eReceptu stejného formátu;

- zaslání IzeR pacientům na mobil formou SMS nebo e-mailem neodstraňuje v lékárně jeho ruční vkládání do počítače.

Existují však ještě závažnější aspekty kauzy eRecept, zejména pak vystavování lékaři bez prokazatelného souhlasu pacienta, které nemůže být nikdy povinné, a pokud ano, koluduje si taková povinnost o ústavní stížnost:

- jakékoliv údaje o zdravotním stavu pacienta, a údaje o užívaných lécích k nim jednoznačně patří, jsou ty vůbec nejcitlivější a snadno zneužitelné osobní údaje. Zdravotní péči si platí pacienti formou zdravotního pojištění a nikdo, ani stát, nemá právo jim zprostředkovaně přes nařízení lékařům do ochrany jejich nejcitlivějších údajů jakkoliv zasahovat;
- co se stane, když pacient nebude od lékaře chtít vystavit eRecept? Nedostane léky? Bude vyřazen z pojištění?;
- pokud vystaví lékař pacientovi eRecept bez jeho souhlasu, může pacient šikmým přeškrtnutím IzeR v čárovém kódu na běžném receptu nebo papírové průvodce eReceptu čárový kód znečitelnit a CÚeR se už nikdy nedozví, zda a ve které lékárně si pacient léky vyzvedl;
- nebude-li lékař povinně vystavovat eRecepty, jsou sice v zákoně připraveny sankce až ve výši dvou milionů korun. Podle prohlášení ředitele SÚKL ale lékaři sankcionováni nebudou. Bylo by ostatně zajímavé sledovat, jestli by si úřad dovolil zejména starší lékaře sankcionovat a avizovaným ukončením jejich praxí riskovat ohrožení zdravotní péče;



- zamýšlenou platbu 1,70 Kč lékařům za jeden eRecept nelze zařadit do Úhradové vyhlášky, jak pan ministr již deklaroval, a hradit ho z fondu zdravotní péče pojištěnoven, neboť vystavení jakéhokoliv receptu, stejně jako třeba žádanky na laboratoř, není zdravotní, ale pouze administrativní výkon;

- dříve nebo později může dojít ke kolizi systémů eReceptu a digitalizované dPreskripce vycházející z patentově chráněného řešení, kterou tak bude muset opět posoudit soud;

- dosavadním vrcholem je ovšem zamýšlené nahrazení souhlasu pacienta s vytvářením jeho lékového záznamu

(LZ) tzv. negativním souhlasem. Pokud pacient neodmítne vytváření LZ, bude se to brát automaticky jako jeho souhlas. Když odmítne, tak jeho citlivé osobní údaje v CÚeR stejně budou, což vzhledem k možnému úniku dat může „potěšit“ všechny lidi v produktivním věku, např. při změně zaměstnání, o kandidátech ve volbách a ústavních činitelích nemluvě. O totéž se bez vědomí pacientů SÚKL pokoušel hned od začátku roku 2009, kdy měl podle zákona začít fungovat v té době zdaleka nefungující eRecept, což v srpnu 2009 ukončil ÚOOÚ nařízením SÚKL smazat v té době již obrovskou databázi zhruba 20 mil. nezákoně získaných záznamů z běžných receptů a zaplatit pokutu ve výši 2,3 mil. Kč.

Jak je vidět, problémů v systému eReceptu, zejména pak právních a bezpečnostních s ochranou citlivých osobních údajů pacientů, je víc než dost, což jistě neznamená, že by se informační a komunikační techniky neměly ve zdravotnictví využívat. Určitě ano, ale rozhodně ne násilím. (red)

Inzerce M17100136

Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte jako dárek

BALÍČEK BYLINNÝCH PRODUKTŮ Herbadent
– ústní vodu, Herbadent Homeo zubní pastu
a jemný zubní kartáček

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen
do 30. 7. 2017.

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

Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM0617**. Předplatit si můžete také **on-line** a našich stránkách www.mf.cz

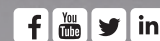


Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM0617**. Nezapomněte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

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

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



Antikoagulační terapie dabigatran vs. rivaroxaban u seniorů nad 65 let

Fibrilace síní (FS) je nejčastější setrvalou poruchou rytmu, jejíž prevalence se pohybuje kolem 3 procent ve věku nad 20 let, s přibývajícím věkem a prevalencí ve starší populaci.

Odhaduje se, že v EU má FS přibližně 20,9 milionů mužů a 12,6 milionů žen. Předpokládá se, že do roku 2030 vzroste počet pacientů s FS v EU na 14–17 milionů, přičemž každoročně bude FS nově diagnostikována u 120–215 tisíc lidí. Důležitost problematiky FS v ČR se stárnutím populace ukazuje fakt, že v roce 2030 bude ČR v počtu seniorů na 2. místě v Evropě. Závažnost FS dokresluje data o mortalitě a riziku vzniku iktu.

V managementu FS jsou důležité zejména čtyři oblasti – léčení příznaků, kontrola srdeční frekvence, kontrola rytmu a prevence trombotických příhod, především iktu, pomocí antikoagulační terapie. Doporučené postupy pro antikoagulační terapii jsou formulovány v dokumentu České kardiologické společnosti (ČKS) z roku 2016, který vznikl na základě Doporučených postupů ESC 2016 pro léčbu fibrilace síní.

Nová antikoagulační léčba

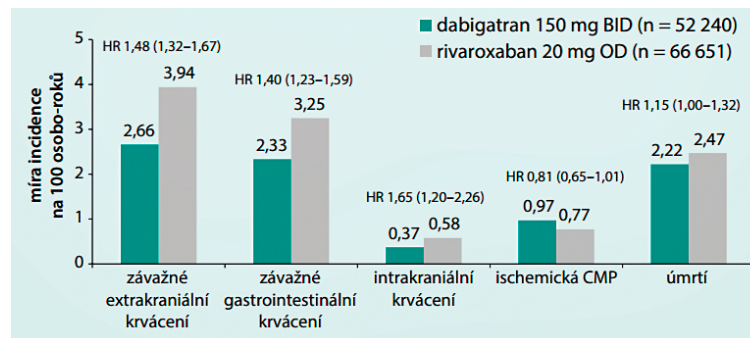
Žijeme v éře, kdy nejsme již odkázáni jen na použití antagonistů vitamínu K (VKA), tedy warfarin, ale můžeme použít i nová antikoagulační (NOAC), mezi která patří přímý inhibitor trombinu dabigatran a inhibitory faktoru Xa apixaban, rivaroxaban a edoxaban. Při volbě vhodného antikoagulačního se řídíme podle různých kritérií, přičemž základem je CHA₂DS₂-VASc skóre, HAS-BLED skóre, SAMeTT₂R₂ skóre, musíme ale vycházet i z dalších faktorů, jako je hodnota clearance kreatininu apod.

Mezi nejčastěji užívané léky patří dabigatran a rivaroxaban. Jejich uvedení do praxe umožnily klinické studie RE-LY (dabigatran) a ROCKET-AF (rivaroxaban). V praxi jsou však velmi důležitá tzv. tvrdá data z reálné praxe. Hodnotíme nejenom efektivnost léčby či prevence antikoagulační léčby, ale také výskyt nežádoucích účinků, především výskyt závažného krvácení, a to intrakraniálního či gastrointestinálního. Mezi obzvláště rizikovou skupinu patří skupina seniorů ve věku nad 65 let.

Porovnání NOAC

Hodnocení NOAC ve vztahu k VKA je dostatečně známé. Porovnání NOAC mezi sebou navzájem je podstatně složitější. „Head to head“ porovnání dabigatranu a rivaroxabanu bylo provedeno na základě retrospektivní kohortové studie Grahama et al z FDA v USA u nových uživatelů antikoagulačních látek, kteří začali užívat jednu z uvedených látek od listopadu roku 2011 do června 2014. Analýza dat byla provedena v období od 7. 5. 2015 do 30. 6. 2016. Cílem retrospektivní nerandomizované studie bylo porovnat riziko tromboembolických příhod (TEN), intrakraniálního krvácení (ICH), velkých extrakraniálních krvácení a mortalitu u pacientů s nevalvulární FS, kteří užívají dabigatran nebo rivaroxaban v prevenci ischemické CMP.

Kohortová studie hodnotila celkem 118 891 pacientů s nevalvulární FS ve věku nad 65 let, a to 52 240 pacientů léčených dabigatranem v dávce 2x 150 mg a 66 651 pacientů léčených rivaroxabanem v dávce 1x 20 mg (47 procent žen). Ve 100 procentech se jednalo o pacienty warfarin-naivní. Během sledovaného období se objevilo 2537 příhod posuzovaných jako primární end-point. Jako statistická metoda, která ukazuje, jakou roli hrají korelované proměnné při



Graf. Srovnání výsledků podávání dabigatranu a rivaroxabanu

odhadování účinků rizikových faktorů, byla využita analýza pomocí propensity skóre. Výsledkem hodnocení je, že užívání rivaroxabanu je ve srovnání s užíváním dabigatranu spojeno se statisticky nesignifikantním snížením rizika vzniku iktu (HR 0,81; 95% CI 0,65–1,01; p = 0,07), statisticky signifikantním zvýšením rizika vzniku intrakraniálního krvácení (HR 1,65; 95% CI 1,20–2,26; p < 0,001), statisticky signifikantním zvýšením rizika extrakraniálního krvácení (HR 1,48; 95% CI 1,32–1,67; p < 0,001), včetně krvácení do gastrointestinálního traktu (HR 1,40; 95% CI 1,23–1,59).

Pravděpodobně je s užíváním rivaroxabanu u seniorů spojena i vyšší mortalita. Počet příhod intrakraniálního

krvácení v souvislosti s užíváním rivaroxabanu eliminoval snížení rizika vzniku iktu. Vyšší antikoagulační efekt pozorovaný u rivaroxabanu může být způsoben vyšší dávkou podávanou 1x denně, nemůže být vyloučeno ani off-label použití rivaroxabanu u pacientů se zhoršenou funkcí ledvin.

Uvedená retrospektivní studie má celou řadu limitací, u mladších pacientů mohou být výsledky odlišné. Mohly by se lišit i u pacientů, u nichž byla změněna terapie VKA na terapii NOAC.

Závěry

Uvedená retrospektivní studie je novým milníkem v éře výzkumu NOAC: mezi sebou jsou porovnávány jednotlivé látky z této skupiny. V našem konkrétním případě se ukazuje, že by dabigatran ve srovnání s rivaroxabanem měl být preferenčně užíván u pacientů ve věku nad 65 let, a to z důvodu vyšší bezpečnosti i většího snížení rizika vzniku iktu u pacientů s nevalvulární FS. Bezpečnost užívání dabigatranu umocňuje i skutečnost, že v Evropě (a tedy i v ČR) lze u starších pacientů ve věku nad 80 let podávat dabigatran v nižší dávce 2x 110 mg a existence specifického antidota idarucizumabu.

MUDr. Martin Polák,

JIP interních oborů Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

Kombinace flutikason-furoát + vilanterol zlepšuje kontrolu astmatu

Výsledky Salfordské plicní studie prokázaly, že přípravek Relvar Ellipta (flutikason-furoát/vilanterol nebo FF/VI) ve srovnání s obvyklou péčí významně zlepšil kontrolu astmatu.

Salfordské plicní studie astmatu se účastnilo přes čtyři tisíce pacientů léčených praktickým lékařem v 74 britských zdravotnických zařízeních. Otevřená randomizovaná studie ukázala, že ve srovnání s pacienty, kteří pokračovali v užívání svých obvyklých léků, dosáhlo zlepšení v kontrole astmatu významně více pacientů s astmatem léčených přípravkem Relvar Ellipta 100/25 µg nebo 200/25 µg. Obvyklá léčebná péče zahrnovala inhalační kortikosteroidy (IKS), které se podávaly jako monoterapie, nebo v kombinaci IKS/LABA (dlouhodobě působící beta-agonisté).

Analýza primární účinnosti prokázala, že ve srovnání s pacienty pokračujícími v obvyklé léčbě (56 procent) dosáhlo po 24 týdnech lepší kontroly astmatu výrazně vyšší procento pacientů s nekontrolovaným astmatem, kteří přešli na léčbu FF/VI (71 procent), měřeno testem kontroly astmatu (poměr šancí 2,00; 95% interval spolehlivosti 1,70; 2,34; p < 0,001). Zlepšení bylo definováno jako celkové skóre ACT ≥ 20 nebo zvýšení oproti vý-

chozím hodnotám o ≥ 3. Statisticky významná zjištění byla pozorována také po 12, 40 a 52 týdnech.

Vedoucí výzkumu, Ashley Woodcock, profesor respirační medicíny a klinický ředitel pro respirační medicínu, jenž působí ve fakultní nemocnici v South Manchesteru a na University of Manchester, uvedl: „Z výsledků studie jsem opravdu nadšený. Kontrola astmatu je pro pacienty a zdravotnickou komunitu i nadále skutečnou výzvou. Nedostatečná kontrola může mít zásadní vliv na život pacientů s astmatem. V rámci tradiční dvojité zaslepené randomizované kontrolované studie, jejíž koncepce a intruzivní sledování mohou ovlivnit chování pacientů, je obtížné zjistit vliv různých způsobů léčby na kontrolu astmatu. U Salfordské plicní studie astmatu jsou významnými koncovými ukazateli konkrétní výsledky pacientů. Společnosti GSK bychom měli pogratulovat k realizaci této jedinečné studie, jejímž cílem bylo pochopit, jak fungují léky na astma v každodenní klinické praxi.“ Zdroj: GSK



Přiznání rizikového příplatku

Pracuji 30 let jako radiologický asistent v nemocnici. Vždy jsem dostával rizikový příplatek za práci v záření. Přechodem na smluvní plat mi však byl příplatek odebrán. Postupovala nemocnice správně? Vrátil jsem se proto od letošního roku raději do tarifní mzdy. Mám nárok požadovat rizikový příplatek zpětně za dobu, kdy jsem ho nepobíral, pokud jsem na něj měl nárok? Nemocnice je můj život, ale byl jsem dlouhodobě nemocen a každá koruna by se mi hodila. Děkuji za odpověď.

Za práci ve ztíženém pracovním prostředí náleží podle zákoníku práce příplatek, bez ohledu na to, zda je zaměstnanec odměňován mzdou či platem. Rozdílný je pouze přístup v jeho výpočtu. Podle Vámi podaných informací předpokládám, že uvedený druh práce spadá pod výkon práce v pracovním prostředí, v němž je výkon spojen s mimořádnými obtížemi vyplývajícími z vystavení účinkům ztěžujícího vlivu a z opatření k jejich snížení nebo odstranění.

Tímto zatěžujícím vlivem je dle § 6 nařízení vlády číslo 567/2006, o minimální mzdě, i radiační činnost vykonávaná v kontrolovaném pásmu pracovníky kategorie A, stanoveným vyhláškou č. 307/2002, o radiační ochraně. Pokud je výkon práce možné pod tento „zatěžující vliv“ podřadit, jedná se o výkon práce ve ztíženém pracovním prostředí a na příspěvek máte zákonný nárok. Pokud ale výkon práce pod ztěžující vliv nepatří např. z důvodu nižší intenzity působení, může Vám i tak zaměstnavatel ztěžující vliv nižší intenzity kompenzovat. Zde se však již jedná o jeho rozhodnutí a dobrou vůli, s tím že podmínky pro získání kompenzace by měl regulovat vnitřním předpisem, aby byla zajištěna rovnost odměňování zaměstnanců.

Jak jsem výše uvedla, rozdíl v odměně mohl vzniknout tím, že při stanovování výše příspěvku se postupuje odlišně. V případě, že je zaměstnanec odměňován smluvní mzdou, pak příspěvek ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí činí za každý ztěžující vliv nejméně 10 procent základní sazby minimální mzdy (viz nařízení č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě). V případě, že jste odměňován platem, řídí se stanovení příplatku za práci ve ztíženém pracovním prostředí § 7 nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, kdy výše příspěvku činí od 400 Kč až po 1400 Kč měsíčně. Přesnou výši příspěvku určuje zaměstnavatel podle míry rizika, intenzity a doby působení ztěžujících vlivů.

Rozdíl ve výši příspěvku, který Vám byl poskytován v případě smluvní mzdy, či zákonného platu, se může lišit s ohledem na výše uvedené nejen díky způsobu jeho výpočtu, ale také zde mohla nastat situace, že Váš druh práce nespadá pod tento zákonný příspěvek z důvodu nedosažení potřebné intenzity a že příspěvek byl poskytován pouze na základě vnitřního předpisu zaměstnavatele. Doporučím Vám obrátit se na mzdové oddělení, aby uvedený rozdíl ve výši příspěvku odůvodnili. Dlužnou mzdu, tedy i příplatek, je možné vymáhat i zpětně v obecné promlčecí lhůtě tří let.

Podle mého názoru zde tazatel srovnává mzdu (soukromý sektor) a plat (veřejný sektor) z důvodu, že smluvní plat již nelze od 1. 1. 2015 sjednat. Do tohoto data ho bylo možné sjednat jen se zaměstnanci náležícími do 13. a vyšší platové třídy. Smluvní plat však již zahrnoval veškeré příplatky včetně příplatku za ztížené pracovní prostředí. Pokud tak hovoří o tomto institutu, pak náhrada na příspěvek za ztížené pracovní prostředí v případě smluvního platu nevzniká, protože by již měl být reflektován ve výši smluvního platu.

Mgr. Petra Maryšková,
advokát

Inzerce M171000326



Foto: archiv Petry Maryškové

6. KONGRES ČESKÉ GASTROENTEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

30. 11. - 2. 12. 2017
CLARION CONGRESS HOTEL OSTRAVA



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

www.gastro2017.cz

GENERÁLNÍ PARTNER



UVÁDÍ

LETNÍ SHAKESPEAROVSKÉ SLAVNOSTI 2017



27. 6. – 9. 9. |

vstupenky: www.shakespeare.cz

PREMIÉRA HAMLET

hlavní partneři



hlavní mediální partneři



spolupořadatelé



partneři



mediální partneři



pořadatel



předprodej



MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR





Ilustrační foto: Shutterstock

Psychopati ve zdravotnictví. Co s nimi?

Z medicínského hlediska není psychopatie snadno uchopitelná. Určité možnosti léčby sice existují, dosahují ale nejasných výsledků, diagnostika má své limity. Nemoc bývá často zaměňována za jiné poruchy. I o tom se debatovalo na první české konferenci o psychopatii.

I když zájem o psychopatii ze strany zdravotníků v posledních letech roste, stále je tato porucha v medicínském prostředí nejasně ukotvena a často zaměňována za jiné poruchy. V současnosti není uznána jako diagnóza, byť podle odborníků existují velmi validní diagnostické nástroje. Mezi nejspolehlivější patří test PCL-R, jehož autorem je americký psycholog Robert Hare. Test hodnotí chování respondenta pomocí bodové škály a velmi rychle dokáže odhalit člověka s psychopatickými rysy. Změny lze pozorovat u psychopatů i na samotném mozku. Nefunguje jim spojení mezi amygdalou a centrem uvědomění v čelní mozkové kůře. Bolest vnímají psychopati slabě a strach nemají vůbec, proto nemají ani morálku. „Vše, co projde do vědomí člověka, jde to do thalamu, pak do amygdaly, a pokud je to ohrožující podnět, pokračuje to do hypothalamu, kde se spustí poplachová fáze stresu, která nás má stimulovat ke rvačce nebo úprku. U psychopatů to nic nevyvolá. Nereagují stresem, nejsou vůbec nabuzení, jednají klidně. Jsou přirození, vzoroví, přitažliví,“ popisoval na konferenci významný psychiatr Radkin Honzák.

Kvalita testů pokulhává

Přesný počet psychopatů není znám. Odhaduje se, že je to mezi dvěma až pěti procenty populace, přičemž ve vězení jde až o třetinu lidí, a podle některých údajů

dokonce o celou polovinu. Diagnostický problém tkví zejména v tom, že psychopat nikdy nevyhledá odborníka a nepozoruje u sebe žádné problémy. Určitý vzorek poskytnou například psychotesty u profesí s vyšším společenským vlivem, jako je tomu u pilotů či vrcholových manažerů. Jsou ale mnohdy limitovány kvalitou. „Diagnostikovat piloty pětiminutovým on-line testem, kdy piloty nikdo nevidí, považují za zločin. Je to bohužel možné, protože to umožňuje legislativa,“ říká psychoterapeut se specializací na psychodiagnostiku Daniel Tůma. „Máme kouče s třídním výcvikem, který se někde naučil, co má říkat, k tomu máme respondenta, který se někde naučil, co má odpovídat. Dají to dohromady a jsou spokojení,“ dodává ještě Tůma. Přitom psychopati budou první, kdo se správně odpovědi naučí. Jsou velmi empaticí a manipulativní. Nevzdělaný kouč nemá tudíž šanci psychopata rozeznat, proto se mohou velmi snadno dostávat do vysokých funkcí.

Hlavní rys: manipulace, povrchní šarm

Velmi příbuzným jevem psychopatie je disociální porucha osobnosti, nelze je ale vzájemně zaměňovat. „Má sice podobné charakteristiky, ale u disociální poruchy je uveden jako hlavní rys i bezohlednost v sociálních vztazích. Psychopati mají mimořádnou schopnost se ve vztazích orientovat a pohybovat. Lidé s disociální či antisoc-



ciální poruchou osobnosti nejsou na rozdíl od psychopatů schopni manipulativního chování a chybí jim povrchní šarm. Psychopati také bývají úspěšnější,“ říká klinický psycholog a soudní znalec Radek Ptáček. Nelze podle něj psychopaty zaměňovat se sociopaty, kteří „nemají vzorce predátora, neumí číhat. Oproti psychopatovi budou více roztržití, nervózní. Jsou schopni odpuštění a projevují sice nízké, ale alespoň nějaké emoce,“ dodává ještě znalec. Často bývá psychopatie řazena mezi duševní poruchy. Ale to jsou poruchy vymezené v diagnostických a statistických manuálech mentálních poruch, jsou to onemocnění, která mají svůj průběh, a lze je úspěšně léčit.

Obtížná léčba

Pokud by se psychopat k nějakému odborníkovi již dostal a ten jeho poruchu odhalil, bude mít přesto velmi omezené nástroje léčby. Obecně se předpokládá, že na psychopaty platí zejména metody negativního podmiňování, tedy ještě „větší klacek“. Jenže podle některých odborníků to příliš nefunguje. „Ve vězení se ukazuje, že se jejich chování nemění. Experimentální výzkumy ukazují, že by mohlo fungovat pozitivní podmiňování. Politicky je to ale složité. Představte si, že vám někdo oloupe dceru a pachatele by dali do nějakého fešáckého vězení, kde by ho chválili za to, že se chová normálně,“ říká přednosta Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni Jan Vevera, který s vězni pracuje. Podle něj by to ale mohlo přinést výsledky.

Zcela změnit psychopata asi není možné, lze ale ovlivnit míru vyjádření jeho rysů, to je vidět třeba na míře recidivy u vězňů. „Skvělých výsledků například dosahuje program TERČ: terapie orientovaná na trestný čin. Zavádí ji v Čechách pan doktor Jiříčka, hlavní psycholog vězeňské správy. Program vychází z metod kognitivně-behaviorální terapie. V jejím rámci se pracuje s mladými vězni rok před propuštěním, každý týden se s nimi dělá jedna skupina. Tam podrobně hovoří o konkrétních trestných činech, jsou přinuceni o nich mluvit a dívat se na ně jinak než dosud,“ popisuje terapii Vevera. Ukazuje se, že zatímco se do vězení během roku vrátí 50–70 procent propuštěných vězňů, z lidí, kteří prošli tímto programem, to bylo jen deset procent. „To je naprosto skvělé číslo. Moc tomu fandím, je to záslužná věc a efekt je naprosto zázračný,“ dodává Vevera. I proto se terapie pomalu rozšiřuje do dalších věznic, kde vznikají specializovaná oddělení, jež s recidivou bojují.

Omezené možnosti nabízí i farmakologická léčba. Lze tlumit jen určité příznaky, které mnohdy poruchu provází, třeba agresivitu. „Dáváme jim léky na schizofrenii či epilepsii, protože mohou být v malých dávkách prospěšné. Nevíme ale, co jim máme přesně dávat, nefungují na ně totiž stoprocentně,“ dodává Vevera. Sám už delší dobu pracuje s profesorem Stanislavem Kmochem z Ústavu dědičných metabolických poruch na studii, která hledá geny způsobující agresii. „Předpokládáme, že tím vysvětlíme třeba jen 15 procent násilí, ale to je třeba o 20 vražd ročně méně,“ říká Vevera. Genetická studie by měla ukázat, jaké léky komu prospějí. „Věříme, že najdeme lidi, kteří mají problémy s monoaminoxidázou, což je enzym, který odbourává dopamin a serotonin. Rovněž doufáme, že najdeme geny kódující častou formu Parkinsonovy nemoci, nebo geny způsobující nedostatečnou tvorbu serotoninu či třeba ukládání mědi v mozku, které dosud nebylo diagnostikováno. A to jsou poruchy, které umožňují cílenou léčbu,“ popisuje Vevera. *Michaela Ryšavá – Svobodová*

Zlatý status pro KCC ÚVN

Komplexnímu cerebrovaskulárnímu centru Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha (KCC ÚVN) bylo na kongresu Evropské organizace pro léčbu mozkových příhod uděleno ocenění ESO Angels award – Gold status.

V České republice je řada center, která poskytují špičkovou péči pacientům s cévní mozkovou příhodou (CMP). Všechna centra zadávají údaje do registru RES-Q, aby získala přehled na celostátní úrovni, zpětnou vazbu a porovnání s ostatními centry. Hlavní důraz se kladé na zkrácení času od prvních projevů CMP do doby, kdy je pacientovi poskytnuta specializovaná terapie, a zároveň na zvyšování kvality následné péče o pacienty po prodělané CMP. Komplexní cerebrovaskulární centrum ÚVN je jediným centrem v Česku, které je držitelem tohoto ocenění.

„Pro udělení ESO Angels award se hodnotí několik základních kategorií z registru RES-Q, mezi které patří procento pacientů s CMP podstupujících rekanalizační terapii, dále procento pacientů léčených do 60 a 45 minut, vyšetření poruch polykání či nasazení vhodné sekundární prevence,“ uvádí primář KCC ÚVN MUDr. Martin Šrámek. „Získání Zlatého statusu vnímáme jako ocenění práce celého našeho iktového centra, pro veřejnost je to pak jasný signál dobré kvality péče poskytované pacientům s cévní mozkovou příhodou,“ doplňuje doktor Šrámek.

Zdroj: ÚVN VFN Praha (red)



Ilustrační foto: Shutterstock



Z výjimečného výkonu se stává rutinní operace

Před nedávnem se v Kardiochirurgickém centru Fakultní nemocnice Ostrava uskutečnila operace, která byla dříve proveditelná jen stěží. Před několika lety totiž nebylo možné odpojit pacientovo srdce a zavést tzv. mimotělní oběh krve.

Operace proběhla letos v březnu a pacientkou byla sedmasedmdesátiletá žena. Důvodem výkonu byla nedomykavost aortální, mitrální a trikuspidální chlopně, srdeční arytmie (fibrilace síní) a defekt mezisíňového septa. „Jednalo se tedy o kombinovaný výkon, který se skládal z několika kroků,“ přiblížil zákrok primář ostravského Kardiochirurgického centra Radim Brát, který operaci vedl.

Přes dvě hodiny bez srdce

Operace probíhala obvyklým způsobem a bez komplikací. „Pacientku jsme napojili na mimotělní oběh a provedli nejprve odstranění poškozené aortální chlopně, poté kryoablaci levé síně s odstraněním ouška levé síně, dále pak následovalo provedení plastiky mitrální chlopně, uzávěr defektu mezisíňového septa, plastika trikuspidální chlopně a nakonec jsme implantovali biologickou chlopeň, kterou jsme nahradili odstraněnou chlopeň aortální. Vlastní výkon na srdci trval 104 minut, na mimotělním oběhu byla nemocná 131 minut a celá operace probíhala přibližně čtyři hodiny,“ uvedl k náročnosti Radim Brát.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o starší paní s poměrně velkým množstvím přidružených chorob, byl výkon poměrně komplexní. Nesmírně důležité proto bylo, aby

celá operace probíhala hladce, bez komplikací a rychle. Podle primáře totiž platí, že čím delší je doba vlastního výkonu na srdci, tím větší je riziko pooperačních komplikací.

Základem ostravského operačního týmu jsou kardiochirurgové, kardiioanestezio- log, perfuziolog, sálové sestry a anestezio- logická sestra. Všichni tito lidé musí tvořit sehraný tým, který úzce spolupracuje. „Nicméně pro zdárné provedení kardiochirur- gické operace je nezbytné nejen úspěšné provedení vlastní operace, ale stejně důle- žité je i zvládnutí pooperační péče, na které se kromě kardiochirurgů podílejí velmi významně intenzivisté, kardiologové, zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení a rehabilitační pracovníci. Z uvedeného je tedy zřejmé, že ke zdárnému zvládnutí takovýchto operací je nezbytné velké množství lidí různých odborností, kteří jsou špičkovými specialisty ve svém oboru a kteří vzájemně velmi úzce spolupracují,“ připomíná primář Radim Brát.

Rutinní zákrok?

Operace dopadla podle jeho slov úspěšně, v pooperačním období nenastaly žádné komplikace a nemocná byla devátý den po operaci z ostravské Fakultní nemocnice propuštěna. Absolvovala kardiorehabilitační léčbu. „Při poslední ambulanci kontrole na našem pracovišti byla ve velmi dobrém stavu s možností postupného zvyšování fyzické zátěže. Z hlediska kardiálního jsou vyhlídky pacientky poměrně dobré, bude moci postupně zvyšovat fyzickou zátěž a předpokládám, že ji do budoucna bu- dou ve fyzické aktivitě limitovat spíše problémy s pohybovým ústrojím. Pochopitel- ně však bude nutná dispenzarizace a pravidelné užívání léků,“ zdůrazňuje primář Brát.

Podobné operace se v České republice provádí podle primáře prakticky na všech kardiochirurgických pracovištích a jejich frekvence postupně narůstá. „Ještě před několika lety byl v České republice takto komplexní výkon u rizikové pacientky spíše výjimečný. V současné době se jedná o operaci, kterou sice neprovádíme denně, nic- méně se na našem pracovišti stává výkonem téměř rutinním,“ pokračuje Radim Brát.

Přístroj pro mimotělní oběh je k operování na otevřeném srdci zcela nezbytný. V dnešní době je používán při provádění většiny kardiochirurgických operací. Pouze část výkonů pro ischemickou chorobu srdeční – aortokoronárních bypassů – je možné provést bez mimotělního oběhu, tedy na bijícím srdci. V Ostravě je přístroj pro mi- motělní oběh používán od vzniku tamního Kardiochirurgického centra v roce 1993. V Československu ho poprvé použil profesor Navrátil v Brně v roce 1958.

Martin Ježek

Princip přístroje na mimotělní oběh krve

Pro vyřazení srdce z činnosti a zachování života operovaného pacienta musí přístroj zvládnout tyto činnosti:

- 1. Zabezpečení krevního oběhu** – musí krev uvádět do pohybu a fungovat jako pumpa místo srdce.
- 2. Výměnu krevních plynů** – během operačního výkonu by bylo komplikova- né, a pravděpodobně zcela nemožné, použít vlastní pacientovy plíce k okys- ličování krve a výdeji oxidu uhličitého.
- 3. Udržování acidobazické rovnováhy** – tím, že krev teče ve složitém přístro- ji s velkým množstvím trubic a hadiček, je ohroženo její složení, hlavně ob- sah minerálních látek a její kyselost. To si tělo velmi přísně hlídá a i malá odchylka může ohrozit zdraví.
- 4. Regulaci teploty** – krev je vyvedena do systému hadiček mimo tělo. Dří- ve bývalo v mnoha případech výhodnější operovat při tzv. hypotermii, kdy bylo tělo pacienta ochlazené až na 14 °C. V současnosti se již více používají operace v normotermii. Krev se v přístroji ohřívá zpět na tělesnou teplotu.

Inzerce M17100046



Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR Vás zve na:

IX

výroční kongres

poskytovatelů sociálních služeb

Tábor, 5.–6. října 2017

Hotel Palcát, 9. května 2471/2
Centrum Univerzita Tábor, Vančurova 2904

1. den
Společný program v kongresovém sále

2. den
Odborné sekce
Sekce péče o osoby s demencí
Sekce opatrovnictví v sociálních službách
Ekonomicko-provozní sekce
Sekce nízkoprahových zařízení a azylových domů
Sekce psychoterapie v sociálních službách

Společenský galavečer v kongresovém sále Hotelu Palcát
Předávání certifikátů Značka kvality v sociálních službách
Ocenění za mimořádný přínos sociálním službám
Křest knihy
Raut
Hudební vystoupení: ABBA revival

**Přihlásit se můžete na www.apsscr.cz,
v menu Konference & Kongresy & Semináře**

Nové šance pro pacientky s poruchami příjmu potravy

Závažných onemocnění poruchami příjmu potravy (PPP) stále přibývá. Vyléčení z této nemoci trvá několik let. Lékaři stále hledají nové možnosti léčby, základem je ale mít normální hmotnost.

„České pacientky mohou v ústavní léčbě, která bývá při nabírání hmotnosti z hlediska další prognózy nejpřínosnější, zůstat několik týdnů až měsíců. Takový luxus nemají ani pacienti v některých vyspělých zemích,“ říká vedoucí lékařka Centra pro léčbu poruch příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., která je hlavní pořadatelkou letos již 11. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě.

Skruté i během hospitalizace

V populaci je asi 5 procent nemocných s poruchami příjmu potravy. Dívka s anorektickým chováním však podle prof. Papežové stále přibývá. Reálný počet pacientů je stále trochu skrytý, protože řada z nich se komplexní psychologicko-psychiatrické léčbě vyhýbá nebo je léčena neodborně, mimo mapované zdravotní služby. Pacienti zůstávají na interních odděleních nemocnic, kde jsou léčeni pouze pro tělesné následky onemocnění a své skutečné, dlouhodobé problémy s jídlem tají a další péči odmítají. „Přítom potřebují často velmi komplexní zdravotnickou péči, z níž lze tu psychologicko-psychiatrickou málokdy vynechat,“ říká Hana Papežová.

Psychiatrii někdy léčí i tři generace pacientů s patologickým jídelním režimem. „Máme matky s anorektickou anamnézou nebo celoživotními nezdravými dietami, kterými svým dětem dávají rizikový příklad,“ podotýká psychiatricka. Svou roli hraje ale také genetika. Pacientky s poruchami příjmu potravy se mohou schovávat za extrémně zdravou stravu nebo za různými domnělými alergiiemi.

Vedle mentální anorexie v Centru pro poruchy příjmu potravy lékaři stále častěji pečují o pacienty s psychogenním přejídáním, které je oproti restriktivní anorexii na úplně opačném konci spektra těchto onemocnění. „V poslední době léčíme více anorektických pacientek, které byly obézní a přešly do opačného extrému. Strach z tloušťky je u nich ještě větší a onemocnění se hůře léčí. Při stanovení diagnózy psychiatři spolupracují i s obezitology,“ podtrhuje prof. Papežová a připomíná příčiny problému – nárůst počtu obézních dětí, stigma obezity a tlak na extrémní štíhlost.



Ilustrační foto: Shutterstock

Novinky ve výzkumu a léčbě

Nové přístupy v léčbě psychiatři stále hledají. Kromě dosažení normální hmotnosti pomáhají pacientkám nalézt cestu zpět do normálního života. S tím mají ale pacientky problém. Hladověním bývají porušené kognitivní funkce (např. soustředěnost, schopnost flexibilních rozhodnutí, schopnost rozzeznat emoce ostatních). Lékaři se v poslední době věnují také tzv. kognitivní remediaci, tedy propojení podpory poznávacích dovedností a emoční terapie. „Nesprávné zpracování emocí a reakce na odměnu, kdy se jedinou životní odměnou stalo hubnutí, jsou u poruch příjmu potravy zásadním rizikem. Potvrdilo se, že tyto dívky hůře snášejí negativní emoce a vyhýbají se řešení problémů. „Výzkum pomocí nových zobrazovacích metod, jako jsou funkční magnetická rezonance nebo EEG, ukazuje, že dívky s poruchami příjmu potravy vnímají emoce jinak než běžná populace. Nerozumí tolik výrazům obličeje, které lidé běžně dokážou z tváře druhého vyčíst, a nedokážou pak v sociálním poli vnímat ostatní, podobně jako lidé s autismem. To zhoršuje jejich orientaci ve vztazích během nemoci i po ní,“ vysvětluje Hana Papežová.

Genetika jako nabitá pistole

Centrum pro poruchy příjmu potravy se podílelo na rozsáhlém multicentrickém projektu (GWAS), který u 3500 pacientek z celého světa zjišťoval genetický základ onemocnění. Vědci poprvé potvrdili přesné umístění genu, který je za anorexii zodpovědný. Nachází se na 12. chromozomu a v minulosti jej vědci označili za sídlo genu zodpovědného za diabetes 1. typu a autoimunitní choroby.

Výsledky studie byly letos v květnu vědecké veřejnosti oznámeny na tiskové konferenci Severokarolínské univerzity v Chapel Hil (UNC). „Ukazuje se nejen to, že anorexie, obezita i obsedantně-kompulzivní porucha mají některé geny shodné, ale že shodné genetické riziko může mít anorexie také s metabolickými a autoimunitními chorobami. Je stále průkaznější, že anorexie vzniká vzájemným působením rizikových genetických faktorů a rizikového prostředí. Medikům

Světový den poruch příjmu potravy

Druhý ročník Světového dne poruch příjmu potravy proběhl 2. června letošního roku. Odborníci z celého světa se shodli na devíti pravdách o poruchách příjmu potravy, které mohou ulehčit vyhledání pomoci postiženým a rodinným příslušníkům.

1. Mnoho lidí s PPP může vypadat dobře i přes extrémně vážné onemocnění.
2. Rodiny za onemocnění nenesou vinu, mohou být nejlepším spojencem pacientek i zdravotníků.
3. Diagnóza PPP je zdravotní krizí, která poškozuje osobní i rodinné vztahy.
4. PPP nejsou výsledkem volby, ale představují vážnou, biologicky ovlivněnou nemoc.
5. PPP postihují v současnosti lidi všech věkových kategorií, etnicit, tělesných tvarů a váhy, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní.
6. U PPP narůstá riziko sebevražd i zdravotních komplikací.
7. Geny a prostředí hrají důležité role v rozvoji PPP.
8. Geny samotné však neodhalí, kdo PPP onemocní.
9. Úplné uzdravení je možné. Proto jsou včasné rozpoznání a intervence velmi důležité.

Čeští odborníci přidávají desátou pravdu. Nespokojenost s vlastním tělem souvisí často s nespokojeností se sebou, nízkým sebevědomím i porušeným vnímáním vlastního těla, prožíváním stresem a rizikem pro vznik PPP.

1. LF UK ráda cituji naši významnou kolegyni C. Bulik z USA, která se na objevu podílela. Genetika je podle ní nabitá pistole a my můžeme prostředím ovlivnit, zda vystřelí, nebo ne,“ upozorňuje prof. Papežová.

Přibývá chronických průběhů

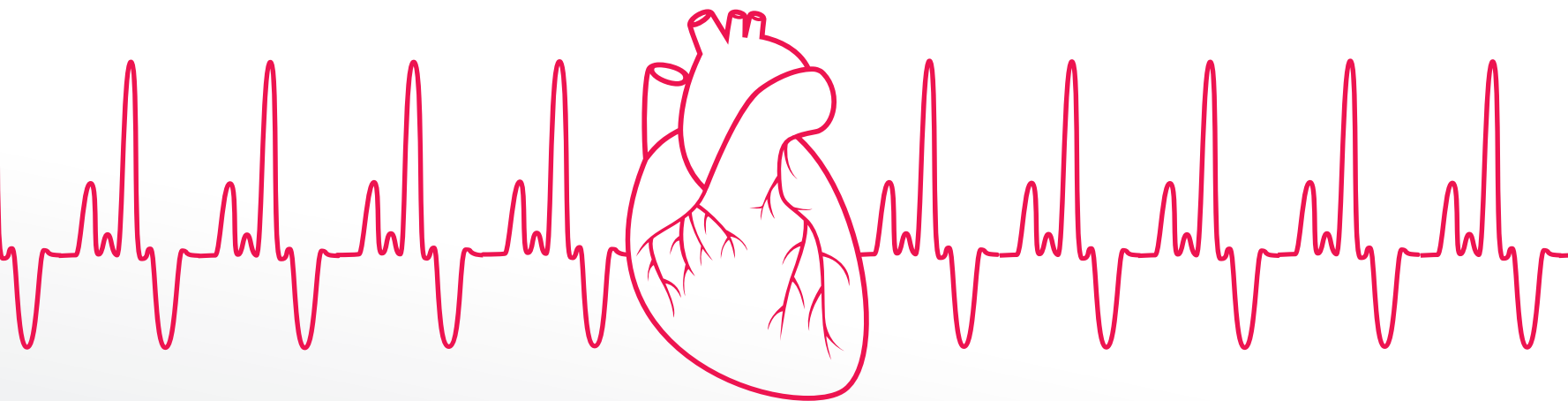
Poruchy příjmu potravy patří mezi závažná psychiatrická onemocnění s vysokým procentem sebevražd. V klinické praxi se psychiatři stále častěji setkávají s chronickým průběhem PPP. V odborné literatuře je označován jako Severe and Enduring Anorexia (SEAN). Proč se pacientkám onemocnění stále vrací? „Jedním z důvodů může být skutečnost, že v posledním desetiletí dochází v České republice k nárůstu počtu osob, které se odborné psychiatrické léčbě dlouhodobě vyhýbají. Pacientky i jejich rodiny preferují pouhou léčbu somatických následků malnutrice a odbornou psychologicko-psychiatrickou terapii vyhledávají pozdě, což vede k nárůstu chronicity i invalidizaci mladých žen na začátku pracovní kariéry,“ varuje prof. Papežová.

Reforma psychiatrie by měla přinést podporu multidisciplinární spolupráce a umožnit včasnější a diferencovanější přístup k problému. I když je v ČR možnost delší hospitalizace pacientek s poruchou, je podle prof. Papežové třeba podpořit i v této oblasti deinstytucionalizaci neboli možnost delšího léčebného pobytu v komunitě podporované odborníky. Zdroj: 1. LFUK (red)

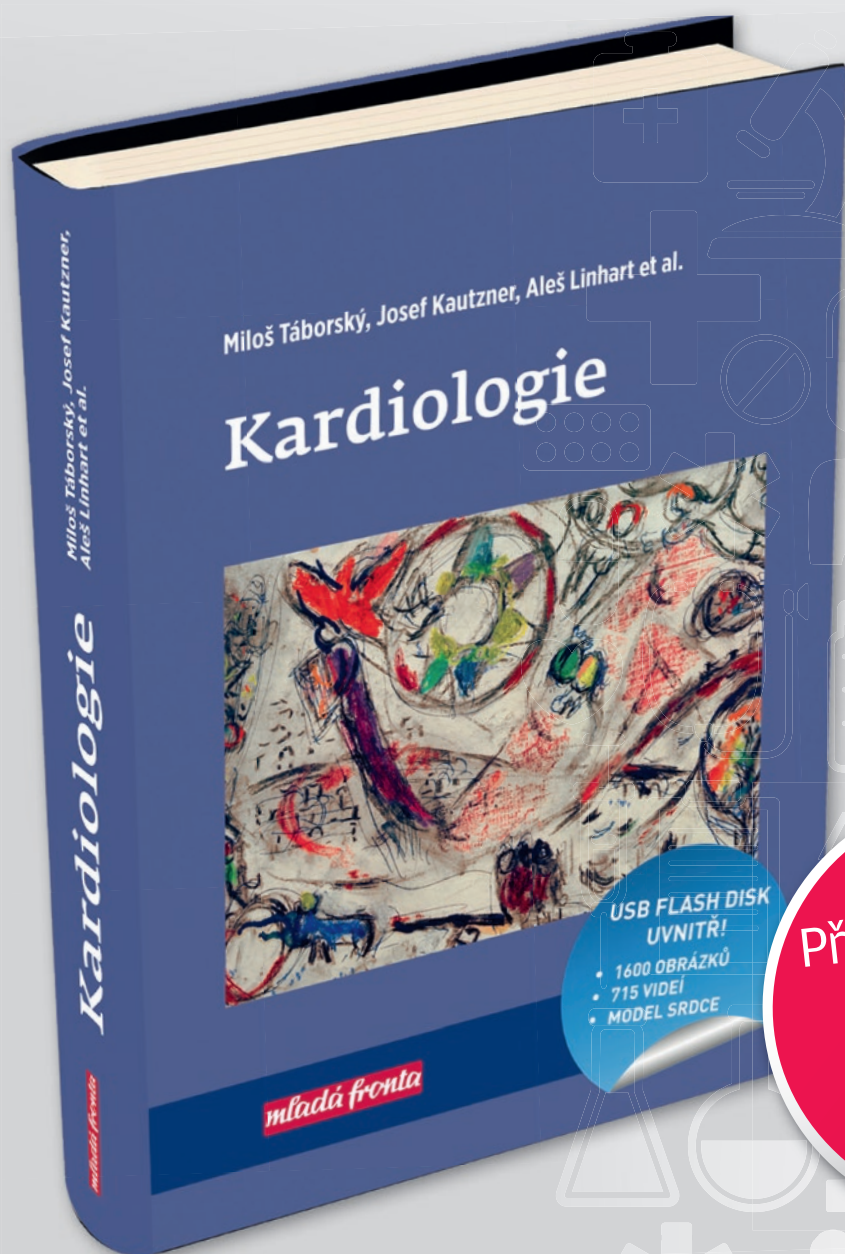
Mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě

Ve dnech 8.–10. 6. proběhla v Praze konference s podtitulem: Může reforma v psychiatrii zlepšit péči o poruchy příjmu potravy? Pořadatelé byli Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Sekce pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické společnosti ČLS JEP a E-clinic.

Akce byla letos propojena s International Conference on Eating Disorders (ICED 2017). Na programu byla problematika ambulantní léčby poruch příjmu potravy, její léčba v rámci urgentní medicíny, zkušenosti s léčbou duální diagnózy mentální anorexie s Crohnovou chorobou, prevence obezity u dětí. Program kladl důraz na multidisciplinární přístup nejen z pohledu lékaře, ale i v ošetrovatelském týmu.



Představujeme novou interaktivní učebnici **Kardiologie**



Tato publikace vychází z unikátní **interaktivní** kardiologické **výukové platformy**, která je dostupná na 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 Tábořský,
Josef Kautzner,
Aleš Linhart et al.**

Při objednání na
knihka.cz
sleva 5 %

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

MEDICAL TV

Unikátní TV projekt s odborným zpravodajstvím o zdravotnictví



Rozhovory s lékaři, farmaceuty, vědci, odborníky, zdravotníky



Diskuse s významnými autory zdravotnických publikací



Inovativní forma prezentace Vaší firmy/služby využívající online spojení mediální a odborné sféry

www.medical-tv.cz

**Moderuje Karel Novotný, MBA,
a MUDr. Michaela Lízlerová**



MEDICAL SERVICES  

SLEDUJTE AKTUÁLNÍ ROZHOVORY:



Host: **prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC**
Téma: **Arytmie – když srdce vypadne z rytmu**



Host: **prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc.**
Téma: **Podcenění fotoprotekce u pacientů po transplantaci se nemusí vyplatit**



Host: **doc. MUDr. Martin Oliverius, Ph.D.**
Téma: **Selhání a transplantace tenkého střeva – aneb jak se žije bez střeva?**

Natočte s námi odborný rozhovor!



Cílíme na vlastní databáze tisíců lékařů, farmaceutů a specialistů



YouTube

Dostaneme Vaše téma mezi odbornou veřejnost



Kontaktujte nás: medical-tv@mf.cz

Psychologicko-etické problémy v onkológii a onkologickom ošetrovatelstve

Onkologické ochorenia patria k najpálčivejším zdravotníckym fenoménom súčasnej spoločnosti. Ich incidencia zaznamenala prudký nárast v priebehu druhej polovice 20. storočia. Stali sa druhou najčastejšou príčinou úmrtí u dospelých po srdcovo-cievnych ochoreniach a u detí po úrazoch.

Onkologické ochorenia tvoria v súčasnosti už významný podiel na celkovej chorobnosti a úmrtnosti obyvateľstva. Tento podiel bude pravdepodobne ďalej narastať, a to aj vzhľadom na predlžovanie priemerného veku dožitia ako v rozvinutých, tak aj v rozvojových krajinách. V istom zmysle ide o trend, ktorý je aj dôsledkom úspechov modernej medicíny vrátane súčasnej farmakoterapie: účinná a relatívne bezpečná liečba a prevencia iných závažných ochorení (napríklad oblasť kardiovaskulárnych chorôb) „umožňuje“ pacientom dožiť sa vyššieho veku, pre ktorý je nateraz typický nárast onkologických chorôb. Z uvedeného vyplýva, že lieky určené na liečbu onkologických chorôb (onkologiká) tvoria osobitne významnú skupinu aj z ekonomického hľadiska: ide o lieky pre pomerne početné a početne rastúce skupiny pacientov. Medicína a ošetrovatelstvo na onkologickom oddelení zabezpečujú starostlivosť o človeka chorého i zdravého (agenda o prevencii nádorových ochorení a vykonávanie preventívnych onkologických prehliadok). Preto etické princípy vyplývajú nielen zo všeobecne platných etických noriem, ale aj z konkrétnych situácií a činov vzhľadom na ich následky, ku ktorým vedú. Etické princípy v onkológii sú v mnohom totožné s princípmi biologických a humanitných disciplín a vyplývajú nielen zo všeobecne platných etických noriem, ale aj z konkrétnych situácií a činov vzhľadom na ich následky, ku ktorým vedú. Medicínske a ošetrovateľské princípy sú v mnohom totožné. Ich aplikácia v konkrétnej praxi si vyžaduje zrelosť osobnosti a predovšetkým ich ovládanie.

1. Princíp dobročinnosti (beneficiencie) predstavuje pozitívnu dimenziu neškodnosti. V praxi znamená uplatnenie tohto princípu vyhýbanie sa všetkým postupom, ktoré by mohli mať negatívny dopad na chorého, kedy ich prípadný nežiaduci efekt či riziko nie sú adekvátne a zreteľne vyvážené prínosom zvolenej metódy či postupu (predchádzať poškodeniu, odstraňovať ho a súčasne podporovať dobro, to znamená telesnú a duševnú pohodu a všestranný prospech pre chorého), vrátane pomoci pri uskutočňovaní jeho plánov. Často to znamená nebyť nečinný. Ide teda o prejavenie úprimného a nezištného záujmu o potreby chorého v jeho bio-psycho-sociálnej dimenzii v procese preventívnych aktivít, diagnostiky, terapie a ošetrovateľských činností.

2. Princíp neškodnosti (nonmaleficiencie) predstavuje taký princíp konania, ktorý je vždy v záujme a v prospech chorého. Zakazuje ublížiť, poškodiť alebo dokonca usmrtiť iných. Je teda podporou známeho „nezabiješ“. Tento princíp vyjadruje základné anxiómy celej medicíny a ošetrovatelstva. Tými sú ochrana života, obnovenie zdravia, úľava od bolesti a utrpenia, obnova či korekcia poškodených orgánových funkcií, zlepšenie kvality života. Má vzťah k zásade „primum non nocere“ (predovšetkým neškodí!).

3. Princíp autonómie (svojbytnosti) znamená rešpekt k stavu nezávislého, samostatného konania, bez vonkajšieho ovplyvnenia. Je formou slobodnej aktivity, v ktorej jednotlivec určuje spôsob svojho jednania v súlade so svojimi plánmi, podľa svojho vlastného výberu, svojich vlastných preferencií, prianí, hodnôt a ideálov. Princíp autonómie vyžaduje rešpektovanie rozhodnutí pacienta na základe jeho informovanosti a slobodnej voľby. Na to, aby sa chorý človek mohol rozhodnúť správne, potrebuje vysvetlenie jednotlivých zdravotníckych a ošetrovateľských postupov, aby ich pochopil a vedel prijať. Autonómia predpokladá schopnosť zvážiť a rozlišovať jednotlivé alternatívy a schopnosť uskutočňovať vlastný plán, ktorý si človek zaumienil.

V situácii, keď ide o mentálne nekompetentného pacienta (napr. dieťa, človeka zbaveného svojprávnosti) je oprávnený princíp paternalizmu, kedy v plnej miere za chorého rozhoduje lekár. Paternalizmus (partnerstvo) predstavuje v podstate „prebranie zodpovednosti“ za pacienta. Znamená „konanie v jeho prospech“. Prichádza do úvahy vtedy, ak je lekár nútený rozhodovať o pacientovi sám, pretože život chorého je v ohrození. Sú situácie, kedy sú rozhodnutia a priania zákonných zástupcov v rozpore s odporúčaním lekára a modernej medicíny.

4. Princíp spravodlivosti (justice) súvisí predovšetkým s fenoménmi rovnomerného rozdeľovania prostriedkov, pozornosti, záujmu. Vyžaduje si rovnaké jednanie s ľuďmi, ktorí sú v podobnej situácii a diferencované jednanie s ľuďmi, ktorí sú v rôznych situáciách. To znamená, že pokiaľ majú pacienti rovnaké potreby vo veciach zdravia, malo by o nich byť postarané rovnako. Princíp spravodlivosti má súvislosť predovšetkým s rozdeľovaním prostriedkov. Existujú dve formy uplatňovania tohto princípu. Buď pomocou porovnávania potrieb jednotlivcov alebo skupín



Ilustrační foto: Shutterstock

ľudí v prípade obmedzených zdrojov, alebo na základe určitého kľúča bez komparácie. Princípiálnou požiadavkou je, aby zdravotnícki pracovníci poskytovali odbornú zdravotnú starostlivosť všetkým chorým rovnako bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu, národnosť či náboženstvo.

5. Informovaný súhlas pacienta vyžaduje od pacienta súhlas s plánovaným diagnostickým a liečebným postupom. Informovaný súhlas chorého s navrhovanými liečebnými, diagnostickými a ošetrovateľskými postupmi by mal byť pravidlom v situáciách, kedy je ho možné vzhľadom ku kompetentnosti získať. Výnimkou sú nekompetentní chorí a to predovšetkým deti, stavy bezvedomia, duševne chorí, u ktorých psychiater a súd rozhodol o zbavení ich svojprávnosti. Významnou podmienkou uplatňovania tohto princípu je kvalitná informácia o liečebnom, diagnostickom alebo ošetrovateľskom postupe. Z etického hľadiska je mimoriadne náročná interakcia rodič - dieťa - zdravotník, ktorá v sebe zahŕňa záujem a práva dieťaťa spolu s povinnosťami a autoritou rodičov.

6. Dôveryhodnosť vyjadruje, že sa oplatí niekomu veriť a je naňho spoľahnutie. Je najdôležitejším kritériom účinnej komunikácie. Dôveryhodnosť závisí sčasti od názoru iných. Aby sa zdravotnícky pracovník stal osobou vierohodnou, musí byť osobou vzdelanou, z jeho reči musí vyžarovať istota a spoľahlivosť. Často sa to označuje



termínom pozitívizmus. Spoľahlivosť sa získava dôslednosťou a čestnosťou. Ľudia si vážia zdravotníka, ktorý si uvedomuje svoje hranice poznania a dokáže povedať: „Neviem vám sám na túto otázku odpovedať, ale spýtam sa niekoho, kto to vie.“

7. Pravdovravnosť by sme mohli charakterizovať ako cnosť, ktorá sa prejavuje v našich slovách a skutkoch, pričom sa snažíme vyvarovať dvojakosti, pretvárania a pokrytectva. Lož je opak pravdy, spočíva v tom, že človek hovorí nepravdu s úmyslom oklamať, znamená to jednáť proti pravde, aby sme niekoho uviedli do omylu. V niektorých konkrétnych prípadoch je nutné zvážiť, či je vhodné odhaliť pravdu. Napríklad lekár nepovie pacientovi pravdu o jeho stave, nakoľko by ho mohol zbaviť nádeje na úspešný boj s chorobou. No ani lekár by nemal klamať. Zamlčanie časti pravdy nie je to isté ako klamstvo. Keď nepovieme niekomu celú pravdu, nemusíme mu tým ublížiť, lebo vieme, že celá pravda by ho „veľmi ranila“. V súčasnosti vstúpila do popredia v komplexnej starostlivosti aj závažnosť psychologickéj problematiky pri ošetrovaní onkologických pacientov. Rakovina je choroba, ktorá má viacero foriem s veľmi rozdielnymi biologickými a klinickými prejavmi (čo súvisí aj so správaním týchto chorých), ktoré by mala sestra poznať. Poznatky z onkológie a psychológie by mali sestry pomôcť v jej profesii a to z hľadiska náročnosti onkologickej práce, jej svedomia a zodpovednosti.

Mnoho pacientov musí dokázať so svojou chorobou žiť dlhý čas. Možno teda konštatovať, že chorý sa musí naučiť žiť s rizikami agresívnej liečby, bolesťou či hrozbou recidívy ochorenia. Tiež musí zaobchádzať s týmito rizikami tak, aby jeho šanca na prežitie a kvalita života boli čo najvyššie. Aktuálnou sa v tejto situácii javí psychosociálna podpora chorého za aktívnej účasti rodinných príslušníkov, aby konkrétne psychosociálne metódy umožnili chorým aktívne zvládať ich strach, zúfalstvo, či úzkosť. V mnohých prípadoch je dokázateľné, že to, do akej miery chorý človek cíti sociálnu či emocionálnu podporu blízkeho okolia, do tej miery to pozitívne ovplyvňuje priebeh ochorenia.

Hlavné telesné, psychické a sociálne problémy, ktoré sú spojené s diagnózou rakoviny a jej liečbou sú:

- **hrozba smrti** – diagnóza „rakovina“ je stále spájaná s nevyhnutnosťou smrti a umieraním, je chápaná ako „rozsudok smrti“. Znamená zrušenie doterajšieho spôsobu života chorého a jeho rodiny. Akcentácia na hodnotový systém v kontexte úcty k ľudskej dôstojnosti je nespochybniteľná;
- **strata telesnej nedotknuteľnosti** – pocit „nezraniteľnosti“ je prirodzený a normálny. Zdravý človek v zásade nikdy nemyslí na to, že by jeho organizmus mohol prestať

fungovať. Onkologické ochorenie naruší subjektom ponímaný atribút telesnej integrity;

- **strata autonómie** – pocit sebaurčenia a riadenia vlastného osudu je v základoch otrásený a stratený. Chorý tápe v zajatí autonómie a paternalizmus poníma ako stratu hodnoty a dôstojnosti seba samého;
- **strata aktivít** – vykonávanie bežných aktivít je čiastočne alebo celkom znemožnené, často z dôvodu deficitu selfmanažmentu;
- **sociálna izolácia, strach zo stigmatizácie** – zmeny v obvyklých sociálnych vzťahoch na základe zmenených reakcií chorého voči svojmu okoliu a naopak. Často sa vyskytujú subtílné formy sociálneho odstupu v rámci relevantných sociálnych vplyvov okolia;
- **ohrozenie sociálnej identity a pocitu vlastnej hodnoty** – sebavedomie, sebahodnotenie a sebaúcta sú v základoch otrásené.

Jednotlivec a spoločnosť: práva, zodpovednosť a ich hranice

Vo všetkých odborných odporúčaniach na európskej aj na celosvetovej úrovni sa pri protinádorovej liečbe pokročilého, progredujúceho nádorového ochorenia nereagujúceho na prvé línie protinádorovej liečby dostáva do rozhodovacieho algoritmu aj paliatívna (medicínska a ošetrovateľská) starostlivosť. Paliatívna medicína nie je totožná s paliatívnou protinádorovou liečbou. Ak to dovoľuje stav pacientovej fyzickej výkonnosti, tak je možné v paliatívnej medicíne protinádorovú liečbu použiť v prípade, že je vhodná na zmiernenie príznakov ochorenia. Ak to pacient sám už nechce, pretože nevládze alebo lekár usúdi, že tento typ paliatívnej protinádorovej liečby by jeho organizmus nezvládol, pacient má dostať všetku potrebnú medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť, aby fyzicky, duševne a sociálne netrpel.

Záver

Onkologické ochorenie je závažné ochorenie, s ktorým je nutné a možné naučiť sa žiť. Každý, kto bojuje s onkologickým ochorením, je v ťažkej situácii a základný etický imperatív znie: „nikto nesmie byť ponechaný viesť tento boj sám“.

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.,
Fakulta zdravotníckych odborov PU

Inzerce M171000158

PROFESIONALITA A PRESTIŽ

Cadenza®




NOVINKA TRIČKO LIMA

Udělejte si radost a přivítejte
léto v pastelových barvách.



Profesní oděvy Cadenza nakupujte na
WWW.CADENZA.CZ





Čas odletět ted's bonusem 400 Kč pro každého pasažéra

Kód **TM400** zadejte do pole “slevový kód” ve vyhledávacím formuláři na webové stránce **www.trip.market** a lette ještě výhodněji.

trip.....market



Ocenění ortopeda z Plzně

Chlumského cenu převzal 18. května na Národním kongresu České společnosti pro ortopedii a traumatologii MUDr. Petr Zeman, lékař Kliniky ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí FN Plzeň. Ocenění získal za publikaci Artroskopie kyčelního kloubu, na níž spolu s kolektivem autorů pracoval téměř dva roky. Kniha přináší ucelený pohled na operační miniinvasivní metodu bez výměny kyčelního kloubu za umělý, na níž se v Plzni specializují již více než 11 let.

MUDr. Petr Zeman, specialista na artroskopické operace velkých kloubů a sportovní traumatolog, v knize podrobně popisuje operační metodu, kterou byl úspěšně operován i slovenský prezident Adrej Kiska. „Artroskopie kyčelního kloubu je v posledních 15 letech velmi dynamicky se rozvíjející technika vhodná nejen pro biologicky mladší aktivní dospělé pacienty, ale i adolescenty. Je to specializovaná operační metoda zachovávající vlastní kyčelní kloub, při které se jedním vpichem do kyčle zavede optika a sledováním na monitoru se celý kyčelní kloub velice podrobně prohlédne a diagnostikuje. Dalšími vpichy se zavádějí do kloubu speciální nástroje, jimiž je možné vnitřní struktury kloubu dokonale vyšetřit a současně ošetřit tkáně poškozené úrazem nebo různými chronickými procesy. Jedná se o zachovné metody, při kterých se kyčel nevměňuje za umělý kloub. Metoda se hodí převážně pro mladší pacienty trpící bolestmi i jinými problémy kyčle a napomáhá lidem v produktivním věku k rychlému návratu do komfortního života.“ Chlumského cena je pojmenována po vynikajícím ortopedovi Vítězslavu Chlumském, jenž v roce 1921 založil v Bratislavě první ortopedickou kliniku na území tehdejšího Československa.



Petr Zeman přebírá ocenění

Foto: archiv Ortopedické centrum s. r. o.

Nový děkan LF MU

Akademický senát Lékařské fakulty Masarykovy univerzity (MU) zvolil do čela fakulty **Prof. MUDr. Martina Bareše, Ph.D.**, dosavadního prorektora MU a zástupce přednosty pro vědu I. neurologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně.

Bareše, který získal 32 hlasů všech přítomných členů akademického senátu, musí do funkce ještě jmenovat rektor MU Mikuláš Bek. Fakultu pak povede od února 2018 po další čtyři roky. Na pozici děkana vystřídá Jiřího Mayera, který stál v čele fakulty po dvě funkční období. Do vedení fakulty přichází Bareš v době, kdy se škola potýká s výrazným podfinancováním výuky. „Situace je nadále neudržitelná, protože bez navýšení finančních prostředků na výuku na lékařských fakultách nemůžeme nadále garantovat kvalitu výuky,“ uvedl Bareš.

Mezi jeho základní cíle ve vedení fakulty patří snížení počtu studentů připadajících na jednoho pedagoga a vybudování simulačního centra pro podporu praktické výuky medicínských oborů v bohunickém kampusu, na který univerzita získala peníze z evropských fondů.

Zaměřit se chce také na internacionalizaci výuky a získávání talentovaných studentů. Hodlá zlepšit vnější prezentaci fakulty a komunikaci se studenty i absolventy a soustředit se chce i na vztahy s fakultními nemocnicemi, které jsou klíčové pro praktickou výuku studentů lékařské fakulty.



Foto: archiv MU, Ludmila Komešová



Foto: archiv FNUSA

Spirit of Excellence

Doc. MUDr. Robert Mikulík, Ph.D., z Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně získal na květnové konferenci Evropské iktové organizace ocenění Spirit of Excellence. Dr. Mikulík je vedoucím Komplexního cerebrovaskulárního centra FN a Cerebrovaskulárního výzkumného týmu FNUSA-ICRC. Od roku 2015 vede komplexní projekt „ESO-EAST“ zastřešený Evropskou iktovou organizací, jehož cílem je zlepšení péče o cévní mozkové příhody ve 23 zemích východní Evropy

a střední Asie. V rámci projektu vzniká pod vedením doc. Mikulíka také registr kvality iktové péče RES-Q, do něhož se podařilo zařadit již více než 220 nemocnic z 25 zemí.

V rámci projektu vzniká pod vedením Roberta Mikulíka také registr kvality iktové péče RES-Q, do něhož se podařilo zařadit již více než 220 nemocnic z 25 zemí. Konference v Praze se zúčastnilo přes čtyři tisíce odborníků z celého světa, aby společně diskutovali o nových poznatcích z diagnostiky a léčby cévních mozkových příhod. Konference Evropské iktové organizace (European Stroke Organisation Conference) se řadí mezi nejvýznamnější akce v oboru na světě. Letos se na její organizaci významně podíleli i členové výboru Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP a pracovníci Cerebrovaskulárního výzkumného týmu FNUSA-ICRC.

Symposium pro pneumology

Ve středu 7. června se konalo v hotelu Grandior v Praze symposium Pneumologie, pořádáné v rámci vydání suplementa časopisu Postgraduální medicína. Akcí jako součást celoživotního vzdělávání lékařů evidovala ČLK a ohodnotila ji čtyřmi kredity.

Garantem odborného programu byl přednosta kliniky plicních nemocí a tuberkulózy FN Olomouc prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc., který zároveň přednesl příspěvek Sarkoidóza - plicní a mimoplicní. Zazněly například příspěvky na téma syndromu Churga-Straussové (MUDr. Martina Šterclová, Ph.D.), karcinomu plic a paraneoplastických projevů (prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.), idiopatické plicní fibrózy (MUDr. Martina Doubková, Ph.D.) nebo rehabilitace u plicních onemocnění (Mgr. Kateřina Neumannová, Ph.D.). (strana - red)



Foto: archiv Jana Schrammová

UZS

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY



MLADÁ FRONTA

www.medical-services.cz
www.uzs-konference.cz

ODBORNÁ KONFERENCE

pod záštitou
předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky
a ministra zdravotnictví JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka, MBA

ZDRAVOTNICTVÍ

2018

MANAGEMENT
ZDRAVOTNICKÝCH
ZAŘÍZENÍ

12.–13. ŘÍJNA 2017

HOTEL GRANDIOR, NA POŘÍČÍ 42, PRAHA 1

Generální partner



Hlavní partner



Partner



Odborný partner



Mediální partneři



Postgraduální
medicína

euro•

Sociální služby

edumenu.cz

Záštitu udělily





Ilustrační foto: Shutterstock

Mezioborový přístup u poruch spánku v lékařské praxi

Spánek patří mezi základní lidské potřeby. V poslední době se významně rozvíjí zájem o jeho výzkum nejen v oblasti klinické diagnostiky a léčby spánkových poruch. Odborníci se zajímají také o dopady zdravého a narušeného spánku na lidské zdraví.

Výzkumy ukazují, že spánek zasahuje příznivě do řady psychických a tělesných funkcí. Včasná diagnostika a léčba poruch spánku má proto nezpochybnitelný význam také v léčbě jiných onemocnění (psychiatrických, neurologických, metabolických či kardiovaskulárních). Ukazuje se, že regulatorní systémy (cirkadiánní rytmy, spánek a bdění, arousal neboli úroveň aktivace organismu) jsou jednou z domén, jejichž zkoumání by mělo pomoci objasnit mechanismus etiopatogeneze duševních poruch. Poruchy spánku/bdění, arousalu a cirkadiánních rytmů často provázejí neuropsychiatrická i somatická onemocnění a vyskytují se napříč těmito diagnózami. Mnohdy také těmto onemocněním předcházejí. Jejich časná diagnostika a cílené léčebné intervence proto získávají značný preventivní a terapeutický význam.

Mezioborová spolupráce pro lepší diagnostiku

Mezioborová spolupráce v klinické praxi může poskytnout komplexní diagnostiku i léčbu poruch spánku. Klíčová je spolupráce především s ORL specialisty, plicními a praktickými lékaři. Ta je významná hlavně v diagnostice a léčbě poruch dýchání vázaných na spánek. Mezioborová spolupráce je však neméně důležitá u dalších spánkových poruch. Praktičtí lékaři se ve svých ordinacích nejčastěji setkávají s akutní či chronickou insomnií (nespavostí). S ní se setkávají také ORL specialisté, především u pacientů s tinitem. Insomnie patří mezi nejčastější obtíže, na které si tyto pacienti stěžují a které mohou zpětně negativně ovlivňovat jejich prožívání a kvalitu života. Nelze tedy opomenout spolupráci s dalšími odborníky z řad psy-

chiatrů, neurologů i psychologů, jež se ukazuje jako mimořádně přínosná. Vede k lepšímu porozumění příčinám poruch spánku, přesnější diferenciální diagnostice a efektivnímu plánování léčby. Neuropsychiatrická spolupráce je přínosná také v problematice nočních záchvatovitých stavů či hypersomie (nadměrné denní spavosti). Psychologické vyšetření může pomoci v diferenciální diagnostice psychogenních příčin spánkových onemocnění a zhodnocení jejich vlivu na denní fungování jedince.

Diagnostika poruch spánku probíhá na různých pracovištích odlišně dle jejich zaměření. Ve spánkové laboratoři Národního ústavu duševního zdraví se nejprve koná formou ambulantního vyšetření na základě doporučení ošetřujícího praktického lékaře, psychiatra, neurologa, ORL specialisty či plicního lékaře. Pro

objektivní vyšetření spánku mohou být pacienti dále doporučení k polysomnografickému vyšetření (PSG), které probíhá za hospitalizace. Pacient stráví zpravidla jednu až dvě noci ve spánkové laboratoři. Při polysomnografickém vyšetření je během spánku měřena aktivita mozku pomocí elektroencefalografie (EEG) a další fyziologické funkce, jako jsou oční pohyby, svalové napětí, dýchání, srdeční frekvence, saturace kyslíku v krvi. Spánek je vždy pro účely správného vyhodnocení polysomnografického záznamu natáčen na video. V případě spánkové apnoe je možné využít limitované polygrafie, kdy se sledují parametry proudu vzduchu nosem i ústy, dýchací pohyby hrudníku a břicha, saturace krve kyslíkem, pohyby končetin a EKG.

Kombinace přístupů různých lékařských směrů se využívá také v léčbě poruch spánku, kterou můžeme obecně rozdělit do tří typů. Jedná se o farmakologickou, přístrojovou nefarmakologickou (např. léčba poruch dýchání ve spánku) a psychotherapeutickou léčbu. Poslední zmíněný přístup zahrnuje především kognitivně behaviorální terapii a jiné individuálně zacílené terapeutické metody (například hypnotherapie).

Spánková apnoe a insomnie

Kooperace spánkových specialistů s ORL a plicními lékaři, která přispívá k přesné diagnostice, je důležitá především u syndromu spánkové apnoe. Dlouhodobě nediodagnostikovaná, a tedy i neléčená porucha dýchání vázaná na spánek totiž zvyšuje riziko rozvoje závažných zdravotních důsledků, jako jsou kardiovaskulární onemocnění či diabetes. Vzhledem ke sníženému okysličování mozku během spánku při neléčeném onemocnění dochází k vyšší únavě organismu. Může dojít také ke snížení kognitivních funkcí (především pozornosti, paměti), které mohou mít v některých případech podobné projevy jako mírná kognitivní porucha. Mezi nejčastější poruchy spánku patří také insomnie. Její diagnostická kritéria naplňuje přibližně 10–15 procent dospělé populace na světě. Insomnie je definována přetrvávající nedostatečnou kvalitou či kvantitou spánku, která narušuje subjektivní pohodu nebo každodenní fungování člověka. Projevu se potíže s usínáním, udržením kontinuity spánku nebo předčasným ranním probuzením, přestože má pacient adekvátní příležitosti ke spánku. Obtíže se vyskytují nejméně třikrát do týdne po dobu alespoň tří měsíců.

Ve většině případů bývá na počátku insomnie působení stresoru, který vede k rozvoji akutní nespavosti. Pokud se jedinec začne narušeného spánku obávat a osvojí si nevhodné návyky (např. dospávání spánkového deficitu během dne, rozvoj katastrofických myšlenek), pak se insomnie může stát chronickou. Velice často je komorbidní s jiným neuropsychiatrickým onemocněním, jako jsou např. afektivní a úzkostné poruchy, schizofrenie, poruchy příjmu potravy. Akutní i chronická insomnie se objevuje také u řady somatických onemocnění. Pacienti s chronickými bolestmi mohou mít potíže s udržením kontinuity spánku. Již zmínovaný tinitus může zhoršovat především usínání v tiché místnosti. Dosavadní výzkumy ukazují, že insomnie se s komorbidním onemocněním může vzájemně ovlivňovat, proto taky léčba jednoho ze symptomů může pozitivně působit na druhý. A naopak, zhoršení jednoho může vést ke zhoršení druhého onemocnění.

Spánková mispercepce

Diagnóza insomnie se stanovuje dle subjektivních potíží pacienta, není tedy zapotřebí vyšetření pomocí PSG. Objektivní metody vyšetření mají své místo pouze v některých případech diferenciální diagnostiky, především u poruch dýchání ve spánku či syndromu neklidných nohou. Objektivní měření spánku je využíváno také ve výzkumu v klasifikaci podtypů insomnie. Exi-

stuje totiž skupina pacientů, která nadhodnocuje dobu trvání spánkové latence a podhodnocuje celkovou dobu spánku ve srovnání s objektivním měřením pomocí PSG či aktigrafu. Objektivně tedy nemusí být prokázáno narušení spánku, avšak pacient si na ně subjektivně stěžuje. Uvedený fenomén se nazývá spánková mispercepce a může se vyskytnout samostatně nebo u jiných typů insomnie (primární či komorbidní s jiným onemocněním). Pacienti se spánkovou misperpeccí mohou být v praxi považováni za simulující, což může vést k podceňování jejich obtíží. Poslední výzkumy však ukazují, že tyto pacienti nemají narušený spánek na úrovni makrostruktury, ale spíše na úrovni mikrostruktury. Spánek tedy může být objektivně narušený, avšak v jiných spánkových parametrech, než je délka spánku, spánkové latence či počet probuzení během noci.



Ilustrační foto: Shutterstock

Za metodu první volby v léčbě chronické insomnie je v současné době považována kognitivně behaviorální terapie (KBT), která se zaměřuje především na myšlenky a chování pacientů, které insomnii udržují. Náplní je především psychoedukace, praktické nácviky terapeutických metod a technik (např. relaxace, rámování myšlenek). Terapie funguje na principu aktivního zapojení pacienta do léčby a vzájemné spolupráce s terapeutem. Mezi sezeními si pacient nacvičuje osvojené techniky v domácím prostředí, což přispívá k jeho soběstačnosti. Ve srovnání s psychofarmaky je léčba pomocí KBT náročnější, avšak její efekt je dlouhodobější.

Parasomnie

Mezioborová spolupráce lékařů a psychotherapeutů má svůj význam také u parasomnií. Jedná se o abnormální projevy při usínání, během spánku a při probuzení. V populaci poměrně rozšířeným jevem je spánková obrna (během života ji zažije až 40 procent jedinců). Projevu se nemožností volního pohybu v průběhu usínání nebo při probuzení ze spánku a bývá často (75–89 procent) provázena nepříjemnými halucinacemi s intenzivním prožitkem strachu. Ačkoliv je spánková obrna vnímána jako nepříjemná a děsivá, jen malé množství jedinců vyhledá lékařskou pomoc. V klinicky významných případech lze spánkovou obrnu léčit farmakologicky nebo psychotherapeuticky. Z psychotherapeutického hlediska lze využít kognitivně behaviorální techniky zaměřené na úpravu spánkové hygieny, práci s obsahem halucinací, snahou o před-

cházení/přerušování epizod a psychoedukací, kde dojde k ujištění, že se paralýza nestane trvalou. Pracovat se dá také s relaxačními technikami zaměřenými na zacílení pozornosti směrem na vnitřní příjemné vzpomínky. V literatuře se popisuje také aplikace hypnózy, kdy se jedinec učí mít kontrolu nad svým tělem a možnost ukončit trvání epizody.

Poměrně rozšířené jsou také noční můry, což jsou opakující se intenzivně nepříjemné sny, které vedou k náhlému plnému probuzení a je na ně jasná vzpomínka. Noční můry se častěji vyskytují u jedinců, kteří zažili traumatický zážitek (v době tří měsíců po traumatické události jsou přítomny asi u 80 procent pacientů s PTSD). Stává se, že noční můry přetrvávají i po залечení PTSD. Z psychotherapeutických možností se jako nejvíce účinná jeví možnost terapie návratu obrazů (IRT), která pracuje s imaginací vytvoření alternativních konců obsahů nočních mūr, což umožňuje získat pocit kontroly nad snovým obsahem. Využít lze například také technik lucidního snění nebo hypnózy.

Porucha chování v REM spánku (RBD) je charakterizována abnormálním chováním v průběhu REM spánku souvisejícím s obsahem současně probíhajícího snu. K motorickým projevům dochází v důsledku nedostatečné svalové atonie během REM spánku. RBD bývá mimo jiné dáváno do souvislosti s Parkinsonovou nemocí, demencí s Lewyho tělísky a multisystémovou atrofií. Prevalence RBD u Parkinsonovy nemoci je 42 procent. RBD je zařazována společně s poruchou čichu mezi premotorické projevy Parkinsonovy nemoci.

Hypersomnie

Další významnou skupinou poruch spánku jsou hypersomnie neboli nadměrná denní spavost. Nejčastěji se objevují při spánkové deprivaci jako syndrom insuficientního spánku. Vyskytují se také jako komorbidní onemocnění u neurologických a psychiatrických poruch, případně jako hypersomnie primární. Častý výskyt je ve spojení s depresí, pozornost je potřeba věnovat vyloučení přítomnosti poruchy funkce štítné žlázy. Léčba hypersomnií se skládá z medikamentózní léčby, u některých typů ji lze doplnit vhodnou psychotherapií (především u hypersomnií komorbidních s psychiatrickým onemocněním).

Důležitou součástí léčby bývá úprava denního režimu. Ta je důležitá také v léčbě poruch cirkadiálního rytmu. Ty se projevují tak, že preferovaný čas uléhání a vstávání je odchýlen od společenské normy o více než dvě hodiny. Pacienti s těmito poruchami si stěžují na insomnii či hypersomnii, proto je důležitá diferenciální diagnostika u lidí, kteří přicházejí se stížnostmi na narušený noční spánek či nadměrnou denní ospalost. Poruchy cirkadiálního rytmu se mohou vyskytovat samostatně jako syndrom opožděné nebo předsunuté fáze spánku. Často také doprovázejí různá psychiatrická a neurologická onemocnění (např. deprese, bipolární porucha, Alzheimerova demence). Nejčastěji indikovanou léčbou poruch cirkadiálního rytmu je farmakoterapie melatoninem nebo terapie světlem (tzv. fototerapie).

Výše předložené možnosti mezioborové spolupráce a úskalí diferenciální diagnostiky spánkových poruch nemohou být vyčerpávající. Mezioborová spolupráce otevírá otázky, jejichž odpovědi umožní zpřesnit diagnostiku primárních i komorbidních onemocnění, lépe zacílit terapeutické intervence a prevenci zhoršení průběhu nemoci. Další poznatky o provázanosti spánku, psychických a ostatních tělesných funkcí přispějí ke zdokonalení komplexního přístupu ke zdraví.

Mgr. Karolina Velďová,

Mgr. Monika Lišková,

PhDr. Jana Koprivová, Ph.D.,

Národní ústav duševního zdraví, Klecany,
3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

73. klinická konference Revmatologického ústavu Praha

Koncem dubna se konala tradiční klinická konference Revmatologického ústavu Praha, tentokrát zaměřená na doporučení Evropské ligy proti revmatismu (EULAR) pro diagnostiku a léčbu revmatických onemocnění a jejich aplikace v klinické praxi. Informace poskytl moderátor konference a přednosta RÚ Praha **prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.**

Proč jste se letos zaměřili právě na problematiku EULAR doporučení?

Revmatologie je moderním, dynamicky se rozvíjejícím oborem, do něhož průběžně vstupují nové léky a nové léčebné postupy, které se v posledních letech přibližně každé tři roky hodně mění, a je snaha do nich zapracovávat veškeré změny a novinky. V běžné klinické praxi jsou doporučené postupy široce využívány. Národní doporučení přitom reflektují doporučení Evropské ligy proti revmatismu, které jsou striktně



„evidence based“ čili založené na důkazech, a jejich vznik podléhá přísným metodologickým pokynům. Na tvorbě se podílejí epidemiologové, revmatologové, praktičtí lékaři, a dokonce i pacienti, což je velice důležité, protože doporučení musí být „patient friendly“ neboli přátelská k pacientovi. Je třeba uvést, že vycházejí z výsledků kvalitních recentních klinických studií. EULAR je v současnosti velmi aktivní vědecká organizace považovaná za rovnocenného partnera American College of Rheumatology a její závěry jsou respektovány evropskými regulačními orgány. Jen v posledních dvou letech vydala asi deset diagnostických a terapeutických doporučení pro nejrůznější revmatologická onemocnění. Proto jsme dospěli k závěru, že by bylo zajímavé se jednou podívat na naši klinickou praxi právě z jejich úhlu pohledu.

Jak obtížné je pro běžného revmatologa orientovat se v stále se měnících doporučeních? Během konference bylo prezentováno asi deset různých doporučení...

Je to trochu specifický způsob vzdělávání. Nicméně léčebné algoritmy nejsou až tak složité. Mnohé je prezentováno formou obrázků. Ze zájmu účastníků, kteří vydrželi až do konce akce, vyplynulo, že to pro ně bylo podnětné a užitečné. V průběhu konference probíhala živá diskuse, a to jak u závažnějších diagnóz, tak u běžnějších revmatologických onemocnění, s kterými se každý revmatolog dennodenně setkává. Nevěnovali jsme se samozřejmě jen aktuální biologické léčbě, ale i třeba dávkování kortikoidů.

Jaký je současný vztah mezi EULARem a Českou revmatologickou společností, co se týče aplikace doporučených postupů?

Řekl bych, že velmi těsný. Chtěl bych připomenout, že EULAR nemá individuální členství jako American College of Rheumatology. Členy jsou zde jednotlivé národní revmatologické společnosti. Samozřejmě že EULAR vítá, jsou-li jeho doporučení jsou publikována, evaluována a šířena v členských zemích. My je res-

pektujeme, protože bychom stěžejně vymysleli něco lepšího. Při tvorbě národních doporučení sice neopisujeme EULAR doslova, ale až v 99 procentech je akceptujeme. Naopak při srovnání evropských a amerických doporučených postupů nacházíme více odlišností – léčebný přístup za oceánem je přeci jen trochu odlišný. Jsou zde například registrovány některé jiné léky nebo je doporučené jiné dávkování.

Neobjevují se při „harmonizaci“ postupů v rámci evropských států problémy s úhradou léků?

Je třeba si uvědomit, že doporučené postupy neřeší úhradu, ale medicínský problém. To znamená, že prezentují postup *lege artis*, který má mít co největší benefit pro pacienta. Je pravdou, že součástí dnešních postupů je i to, že lékař by měl přihlížet k ekonomickým aspektům moderní léčby. Pokud je však indikována pro dané onemocnění finančně nákladná biologická léčba, pak by nemělo hrát roli, zda pacient s tímto onemocněním žije ve Francii, nebo v České republice. Smyslem léčby je zlepšení kvality jeho života a není možné, abychom léčbu neindikovali, protože ji pojišťovna neproplácí. Dnes víme, že v mnoha případech je důležité, aby se s cílenou léčbou začalo včas. Máme pro to množství dat ze studií. Pokud se terapie zahájí až v pokročilé fázi onemocnění nebo při vysoké aktivitě nemoci, její efekt je nižší než v případě zahájení při střední aktivitě.

Jmenujme například doporučení pro léčbu spondyloartritid, pro užití zobrazovacích metod při



Zaplňený sál v Clarion Congress Hotel Prague Foto: 2x Congress Prague

diagnóze a léčbě spondyloartritid, pro léčbu systémové sklerodermie, pro léčbu ANCA asociovaných vaskulitid či polymyalgia rheumatica. Šlo vesměs o starší a revidovaná doporučení, nebo o nové postupy?

Většina z doporučení byla publikována v roce 2016. Šlo tedy o update stávajících postupů. Jedno bylo zásadně nové, a sice doporučení pro diagnostiku klinicky suspektních artralgií. Odráží nový přístup k problematice a samotný pojem suspektní artralgie je v současnosti hojně diskutován. Relativně novým tématem je také léčba antirevmatiky v těhotenství a při laktaci.

Do jaké míry by měli být s doporučeními EULAR a České revmatologické společnosti obeznámeni praktičtí lékaři?

To je trochu složitá otázka. Většina guidelines je konzultována s praxí a z některých vznikají i doporučení pro praktické lékaře. Obecně by praktik měl být se základními body seznámen. Jsou zde například uvedena zmíněná doporučení o zahájení včasné léčby nebo různá referenční kritéria pro praktické lékaře, kteří by v určitých klinických situacích měli upozornět a odeslat pacienta k revmatologovi. Týká se to právě suspektní artralgie nebo varujících příznaků, jako je horečka u pacientů na biologické léčbě. Praktik by pro revmatologa měl být vzdělaným partnerem. Nemusí se však obávat složitosti studia, většina doporučených postupů má kolem deseti až dvanácti základních bodů.

Můžete vyzdvihnout některé hlavní body konference, které by si měli čtenáři zapamatovat?

V revmatologii je stále důležitý aspekt „léčba – cíl“. To znamená, že bychom si měli u léčby stanovit konkrétní léčebný cíl. Je to obdobný princip jako třeba v kardiologii, kde se stanovilo, že účelem léčby hypertenze je dosažení krevního tlaku o hodnotě 140/80. V revmatologii vyjadřujeme cíl nejčastěji pomocí indexu aktivity onemocnění. Jde o stanovení strategie léčebného postupu, který vede k remisi choroby a zlepšení kvality života pacienta – v konkrétním případě třeba revmatoidní artritidy. U ní se, a to je další důležitý bod, v současné době doporučuje podávání glukokortikoidů v počátku léčby. Prokázalo se totiž synergické působení s methotrexátem. Léčba by však neměla přesáhnout šest měsíců, což se v praxi běžně nedodrzuje. Diskutovány jsou dále dlouhodobé strategie u biologické léčby či použití biosimilars. Zde by bylo dobré uvést, že ačkoli v doporučeních EULAR jsou biosimilární léky považovány za rovnocenné s originálními biologickými léky, převedení na ně se zatím paušálně nedoporučuje – je zde třeba určité opatrnosti. Switch lze provést ve vybraných případech u stabilních pacientů a po dohodě s nimi. Rozhodně by kritériem převedení na biosimilars neměla být pouhá finanční úspora.

MUDr. Andrea Skálová

Je bezpečné darovat vajíčka?

Podle reprodukční kliniky Repromeda až 15 procent žen, které mají problém otěhotnět, využívá darovaných vajíček. Co všechno musí dárkyně v Česku absolvovat a jak celý proces darování probíhá?

Předčasný nástup menopauzy, předchozí operační odstranění vaječníků, ale také nízká kvalita vlastních vajíček jsou příčinami, proč se některé ženy musejí spolehnout pouze na darované vajíčko. Po 40. roce věku ženy je úspěšnost získání zdravého vajíčka v rámci jednoho cyklu dokonce pouhých pět procent. Z těchto důvodů mnohdy nezbyvá jiná možnost než využít vajíček od zdravých mladých dárek.

V České republice mohou darovat vajíčka ženy od 18 do 35 let. Musejí ale podstoupit rozsáhlá zdravotní vyšetření. „Ne každá potenciální dárkyně úspěšně projde vstupními testy. Nesmí jí být více než 33 let, musí mít dobrý zdravotní stav, pravidelný menstruační cyklus a normální hodnotu BMI. Nezbytná je také absence dědičných a psychiatrických onemocnění v rodině, nesmí rovněž kouřit a být drogově závislá. Navíc požadujeme, aby si v průběhu posledních šesti měsíců nenechala udělat čerstvé tetování nebo piercing,“ vysvětluje MUDr. Kateřina Veselá, Ph.D., ředitelka brněnské genetické a reprodukční kliniky Repromeda.

Po úspěšném absolvování zdravotních, genetikých, gynekologických a krevních vyšetření je dárkyně zařazena do programu darování vajíček, přičemž získá harmonogram a rozpis hormonální přípravy. Celý následný proces trvá zhruba tři týdny a je naplánovaný podle jejího menstruačního cyklu. Během několika dnů se zahájí hormonální stimulace, která vede k dozrání dostatečného počtu kvalitních vajíček. Dárkyně je pod pravidelnou kontrolou lékařů a absolvuje ultrazvuková vyšetření, případně odběr krve. Samotná

stimulace není bolestivá, neboť hormony se aplikují perem s velmi tenkou jehlou do kožní řasy v oblasti pupíku. Odběr vajíček probíhá zhruba 10.-15. den stimulace v krátké 15 minut trvající celkové anestezii. Odebraná vajíčka jsou následně oplodněna spermii partnera příjemkyně. Vzniklá embrya se kultivují a později transferují do dělohy příjemkyně. Dárkyně se kompenzuje náklady spojené s darováním – ušlý zisk, doprava či stravné v rozmezí od 15 do 25 tisíc korun.

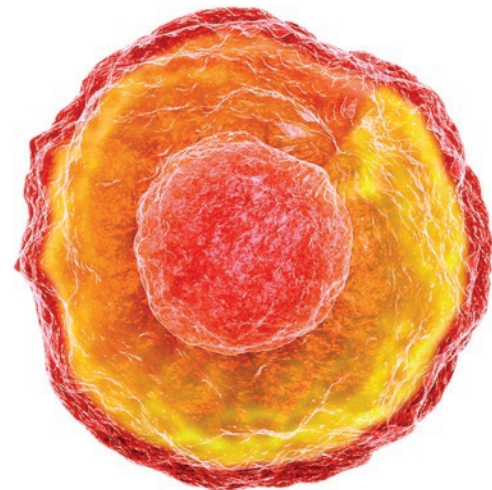
Neohrožuje dárkyně vlastní plodnost?

Každý měsíc se ve vaječnicích ženy připravuje kolem 25 folikulů neboli váčků, v nichž rostou vajíčka. Při klasické ovulaci se uvolňuje jedno, výjimečně dvě vajíčka. Ostatní již v tomto cyklu nedozrají a dochází k jejich přirozené degeneraci. Po podání hormonálních preparátů nedojde k předčasnému vyčerpání zásoby vajíček, ale pouze k dozrání vyššího počtu připravených v daném cyklu. Dárkyně se nemá čeho obávat.

„Už tím, že dárkyně úspěšně prošla naším výběrem a všemi testy, můžeme jí zaručit, že právě ona má dostatečnou ovariální rezervu. Díky tomu navíc získá komplexní přehled o svém zdravotním stavu,“ doplňuje Veselá.

Je darování anonymní?

V České republice je darování vajíček anonymní a dobrovolné. Příjemci však získávají základní informace o dárkyni, mezi něž patří barva vlasů a očí, výška, váha, krevní skupina, povahové rysy, záliby nebo dosažené vzdělání.



Ilustrační foto: Shutterstock

Výhodou anonymity je vyšší procento dobrovolných dárek, jichž ani tak není mnoho. „V Evropě se zvažuje tzv. model open identity (zrušení anonymity). Zastánci argumentují tím, že každý jedinec má právo znát své biologické rodiče a zjistit svou genetickou identitu. Na druhou stranu si však rodiče často nepřejí, aby se jejich dítě dovědělo, že není biologicky vlastní, a ani dárkyně by si nepřály být odtajněny. Záleží však vždy na legislativní úpravě daného státu. Najdeme i země, kde je darování vajíček zcela zakázané,“ dodává ředitelka genetické a reprodukční kliniky Repromeda.

Zdroj: Repromeda (red)

IKEM již rok úspěšně transplantuje dělohy

Již šesti ženám transplantoval v uplynulém roce speciální operační tým pod vedením Jiřího Fronka z IKEM a Romana Chmela z FN Motol dělohu.

Historicky první transplantaci dělohy v České republice provedl tým lékařů IKEM a FN Motol 30. dubna 2016. Jednalo se o příbuzenskou transplantaci, kdy matka darovala orgán své dceři, která se bez dělohy narodila. Mladá žena tak dostala šanci přivést na svět vlastní dítě. „Byla to teprve 11. transplantace dělohy od žijící dárkyně na světě. Za ten rok jsme jako první na světě úspěšně transplantovali již dvě dělohy od zemřelých dárek, což dává velkou naději do budoucna ženám bez funkční dělohy, které touží po vlastním dítěti. V rámci naší studie platí velmi přísná kritéria. Příjemkyně dělohy jsou výhradně bezdětné ženy s chybějící nebo nefunkční dělohou. Očekáváme, že bychom mohli během letošního roku v počtu provedených transplantací dělohy překonat i kolegy ve Švédsku, kteří s uceleným programem od žijících dárek začali již v roce 2012 a kteří mají za sebou celkem devět transplantací,“ říká přednosta Kliniky transplantací chirurgie IKEM doc. MUDr.

Jiří Froněk, Ph.D., FRCS., který program transplantací dělohy dále rozvíjí.

Klinická studie zahrnuje celkem 20 transplantací, deset žen dostane dělohu od žijící dárkyně a deset od zemřelé. Po transplantaci by měly být schopné porodit jedno či dvě zdravé děti. „Celý proces je velmi náročný. Po podrobném vyšetření dárkyně i příjemkyně následuje technicky velmi složitý odběr dělohy a její transplantace. Oba zákroky mohou trvat až 16 hodin. Pokud organismus příjemkyně dělohu do několika měsíců neodmítne, následuje šest až devět měsíců, kdy se čeká na přenos embrya do dělohy. Během tohoto období se snižují a vysazují léky, jež potlačují imunitní reakci, a sleduje se funkce dělohy. Teprve poté přistupujeme k umělému oplodnění. Aby mohla transplantace proběhnout, odebírají se předem vajíčka, následně oplodněna spermii partnera. Pokud by vše vyšlo podle ideálního scénáře, tak bychom mohli slavit narození prvního dítěte již

v příštím roce. Jak však ukazují i zahraniční zkušenosti, musíme být velmi trpěliví, každý případ je totiž velmi individuální a nelze s jistotou předpovědět, kdy se po transferu připravených oplozených vajíček do dělohy dočkáme úspěšného těhotenství,“ vysvětluje přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 2. LF UK a FN Motol MUDr. Roman Chmel, Ph.D., MHA.

Přípravy na historicky první transplantaci dělohy v Česku probíhaly čtyři roky. „Velmi mne těší, že se tým našich lékařů řadí mezi světovou špičku, a tak jako oni sbírali zkušenosti v zahraničí, teď se k nim jezdí učit další lékaři z jiných světových center, jak náročný výkon úspěšně provést. Naším cílem však stále zůstává nic nepodcenit a neuspěchat. Chceme především přivést na svět zdravé děti. Jsem rád, že se tímto způsobem daří dávat šanci neplodným ženám, kterým tak svitla naděje, že by mohly v budoucnu mít svoje vlastní děti,“ říká MUDr. Aleš Herman, Ph.D., ředitel IKEM.

Zdroj: IKEM (red)



Obtížně dostupná péče o umírající děti v ČR

Dostupnost péče o nevléčitelné a umírající děti shrnuje dokument Stav dětské paliativní péče v ČR v roce 2017, který připravila Pracovní skupina dětské paliativní péče České společnosti paliativní medicíny.

Dětská paliativní péče je nezbytným pomocníkem a průvodcem v situaci, kdy rodina pečuje o nevléčitelně nemocné nebo umírající dítě. Pomáhá jim co nejlépe a nejdůstojněji zvládnout těžkou životní etapu. V případě České republiky se jedná zhruba o několik tisíc nevléčitelně nemocných dětí ročně. Pomoc umírajícím dětem a jejich rodinám v domácím prostředí nabízí v současnosti pouze čtyři organizace. Péči však systematicky nehradí zdravotní pojištění. Tento stav začala měnit Pracovní skupina (PS) dětské paliativní péče České společnosti pro paliativní medicínu ČLS JEP založená koncem roku 2015.

Většina život limitujících onemocnění nedává naději na uzdravení, ale vyžaduje nesmírně náročnou péči. V dětském věku se nejčastěji jedná o velmi široké spektrum nenádorových diagnóz, např. dědičné poruchy metabolismu, vrozená neurodegenerativní



Ilustrační foto: Shutterstock

Prognóza

Prognóza nemoci dítěte závisí na typu onemocnění. Může se jednat o dny, ale i měsíce či roky. Hlavním cílem paliativní péče o dítě je minimalizovat fyzické, psychické i sociální strádání dítěte a zajistit odbornou podporu také pečujícím a široké rodině. Je nezbytné, aby paliativní péče byla dostupná jak ve zdravotnických zařízeních, tak i v domácím prostředí dítěte, kdy za rodinou pravidelně dojíždí multidisciplinární tým odborníků, dostupný 24 hodin denně.

onemocnění, nervosvalová onemocnění nebo závažná postižení mozku. Pacienti s onkologickou diagnózou tvoří zhruba 20 procent dětí vyžadujících paliativní péči. V České republice je domácí paliativní péče pro většinu dětí dostupná pouze omezeně. Zlepšení situace nejen v této oblasti, ale v poskytování paliativní péče obecně začala prosazovat právě PS dětské paliativní péče.

Domácí paliativní péči nabízí pouze čtyři organizace. Kromě tří organizací v Praze (Cesta domů), Brně (mobilní paliativní tým MUDr. Petra Lokaje) a v Ostravě (Mobilní hospic Ondrášek) začal minulý rok fungovat i domácí hospic Nejste sami v Olomouci, který disponuje samostatným pediatrickým týmem.

Podstatou domácí hospicové péče je trvalý pobyt dítěte doma u rodičů s možností pravidelných návštěv

zdravotníků a sociálních pracovníků, kteří jsou také 24 hodin denně dostupní pro telefonickou asistenci a případný akutní výjezd. Kromě odborné péče pomáhají organizace zapůjčit potřebné a finančně velmi nákladné zdravotnické pomůcky (např. polohovatelná lůžka či koncentrátory kyslíku).

Paliativní péče pro děti v ČR bohužel patří mezi dlouhodobě opomíjená témata. Mimo jiné i z toho důvodu zorganizovala PS dětské paliativní péče České společnosti pro paliativní medicínu ČLS JEP v loňském roce dvě odborné konference v Jihlavě a v Praze, které finančně podpořilo Ministerstvo zdravotnictví. V roce 2017 plánuje PS uspořádat v Olomouci již třetí konferenci dětské paliativní péče v ČR. Jen spolupráce napříč všemi úrovněmi sociální i zdravotní péče může zajistit nejvyšší možnou kvalitu života dětí a jejich rodin.

www.detsky-hospic.cz, www.paliativnimedicina.cz (red)

Proč jsou pneumokoky nebezpečné zvláště pro nejmenší děti?

Imunitní systém nejmenších dětí není dostatečně zralý, aby se uměl vypořádat s napadením organismu pneumokokovými infekcemi. Jednou z možností prevence je očkování v prvním roce života.

Díky vakcinaci dochází ke snížení nosičství v populaci, čímž klesá riziko onemocnění i pro neočkované osoby. Ačkoli jsou vakcíny proti invazivním pneumokokovým onemocněním (IPO) hrazeny zdravotními pojišťovnami, proočkovanost dětí proti pneumokokům průběžně klesá. Vysoká proočkovanost společnosti přitom pomáhá chránit rizikové skupiny, do kterých děti patří.

Podle nejnovějších statistik Státního zdravotního ústavu bylo v roce 2016 zaznamenáno celkem 13 případů IPO u dětí do pěti let. Reálný počet však bývá vyšší, protože ne všechny se podaří diagnostikovat a nahlásit. Pneumokoky se vyskytují ve všech věkových kategoriích, nejzávažnější komplikace ale způsobují u nejmenších dětí a seniorů.

Pneumokoky

Pneumokoky (*Streptococcus pneumoniae*) jsou bakterie kulovitého tvaru, jež běžně osidlují horní cesty dýchací. U jedinců s dostatečně silnou a vyzrálou imunitou obvykle nezpůsobují zdravotní potíže. Pneumokokové infekce se šíří vzduchem. Léčí se antibiotiky, závažné případy však vyžadují hospitalizaci.

Zdroj: GSK (red)



Ilustrační foto: Shutterstock



Novinka v léčbě nekomplikované cystitis

V klinické praxi se velmi často setkáváme s infekcemi močových cest (IMC). Močové infekce zahrnují řadu jednotek, od klinicky bezvýznamné přítomnosti bakterií v močových cestách přes infekci močové trubice (uretritidu), močového měchýře (cystitidu), zánět prostaty až po závažný bakteriální zánět ledvin (pyelonefritidu).

Problémem nebývá jedna epizoda infekce, ale formy opakované. Většina opakovaných se odehrává v prvních třech měsících od první ataky. Vzhledem k anatomickým a hormonálním předpokladům jsou infekcemi močových cest nejčastěji postiženy ženy. Podle statistik je jedna ze tří žen léčena antimikrobiálními léky pro epizodu IMC do 24 let a více než polovina žen prodělá jednu epizodu v průběhu svého života. Naštěstí je většina těchto IMC nekomplikovaná.

Pokud epizody přicházejí opravdu často, jsou klinicky významné, obtěžující a mají případně horečnatý průběh, měla by být žena doporučena k důkladnějšímu vyšetření (kultivace moči, včetně atypických bakterií, případně ultrazvuk či cystoskopie). V případě symptomatické infekce močových cest u muže musíme mít vždy na zřeteli, že se často jedná o komplikovanou infekci. Muž s opakovanými infekcemi by měl být také doporučen k vyšetření urologem či nefrologem.

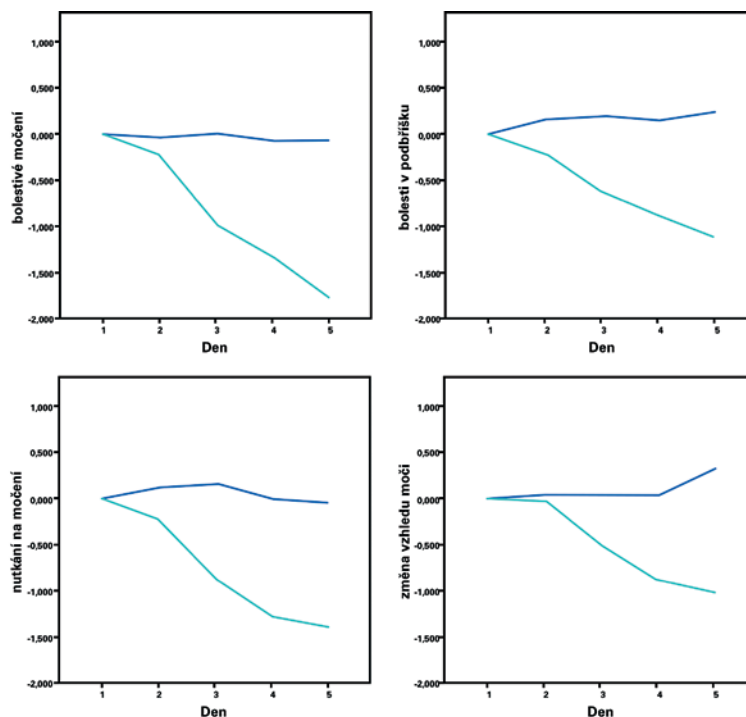
Infekce IMC vznikají ve většině případů ascendentní cestou a ženy jsou k nim z anatomických důvodů náchylnější. Muži mají výhodu v tom, že mají močovou trubici delší než ženy, a proto bakterie většinou nestihnou doputovat až do močového měchýře. Zdrojem uropatogenních kmenů bakterií je střevní rezervoár.

Nekomplikované IMC

Nekomplikované IMC postihují jinak zcela zdravé ženy, u kterých není přítomna strukturální nebo funkční abnormalita močového traktu. Jsou charakterizovány přítomností mikroorganismů (nejčastěji gramnegativních bakterií), které jsou nejčastěji (až z 80 procent) vyvolány uropatogenními kmeny bakterie *Escherichia coli*, která je jedním z nejdůležitějších zástupců střevní mikroflóry, a její přítomnost je pro správný průběh trávicích procesů ve střevě nezbytná. Pokud se ale dostane do našeho močového ústrojí, pak způsobuje problémy. IMC totiž začíná kolonizací vaginálního vestibula (předkožkového vaku) a následně se infikuje močová trubice, močový měchýř a vzácně i horní močové cesty.

Důležitou roli hraje zvýšená virulence bakteriálních původců a faktory, které negativně ovlivňují imunitní obranné schopnosti hostitele (geneticky podmíněná zvýšená vnímavost sliznice močových cest vůči uropatogenům), a některé další nepříznivé vlivy: ochablé svalstvo (po porodu, při těhotenství), diabetes mellitus, používání lokálně působících spermicidních kontraceptivních látek nebo deficit estrogenu u postmenopauzálních žen. Velmi častou příčinou je pak instrumentální vyšetření a močová cévka.

Diagnostika nekomplikované uretrocystitidy se opírá o typickou klinickou symptomatologii (strangurie, urgence, cystalgie) a průkaz pyurie (vyšetření močového sedimentu nebo průkaz leukocyturie ponorným papírkem



Signifikantní zmírnění příznaků nekomplikovaných IMC (infekcí močových cest) při podání Utipro Plus v porovnání s placebem během 5 dnů.

na podkladě esterázové reakce). Bakteriologické vyšetření moče není při epizodické IMC, prezentující se jako uretrocystitida/cystitida, nutné.

Bohužel má nekomplikovaná dolní IMC tendenci k recidivám a je spojena s nepříjemnými klinickými symptomy, které snižují kvalitu života postižených pacientů a vedou k časté pracovní neschopnosti. Víme, že při vzniku IMC hraje významnou roli schopnost adherence bakterie k uropitelu močových cest. *E. coli* mají tzv. fimbrie, které jim tuto adhezenci umožňují.

Snížení adheze a proliferace

Xyloglukan je želatina ve stavu síťového komplexu proteinů a rostlinných polysacharidů, ve kterých jsou kovalentní vazby. Po požití prochází kyselým prostředím žaludku v nezměněné podobě a vytvoří na epiteliálních buňkách střevní sliznice biofilm. Xyloglukan má podobné složení jako přirozený střevní hlen, a proto se i stejně chová. Nezabraňuje tudíž ani průchodu živin, vody nebo léků, ani jejich vstřebávání. Snižuje tím adhezi a proliferaci uropatogenních bakterií ve střevní sliznici (zabrání přilnutí bakterií *E. coli* na střevní stěnu a jejich patologickému zmnožení). Tento efekt významně snižuje migraci mimo střeva a následnou kolonizaci urogenitálních cest.

Druhý účinek je v močovém měchýři a je založen na vlastnostech květů ibišku a propolisu. „Obě jsou bohaté na organické kyseliny, které jsou vylučovány močí. Infikovaná moč totiž obsahuje velké množství dusitanů, jejichž okyselení vede k tvorbě oxidu dusnatého, který má

antimikrobiální vlastnosti. Snížení pH moči inhibuje proliferaci bakterií.

Klinické studie

Dvě randomizované, placebem kontrolované a dvojitě zaslepené studie poukazují na klinické účinky, a to jak v akutních infekcích močových cest, tak u recidivujících nekomplikovaných IMC. Do pětidenní studie u akutní IMC bylo zařazeno 60 pacientů. Hlavním kritériem zařazení byly věk rovný nebo vyšší než 18 let, jeden nebo více příznaků IMC (dysurie, nutkání na močení, bolest v podbřišku a/nebo organoleptické změny moči), nástup příznaků méně než 72 hodin před vstupem do studie a pozitivní výsledek testu moči (esteru, leukocytů nebo dusičnanů).

Pacienti obdrželi testovaný zdravotní prostředek nebo placebo každých dvanáct hodin. Při zachování nebo zhoršení příznaků po pěti dnech dostali pacienti antibiotika. Zatímco v aktivně léčené skupině pouze u deseti procent z nich bylo nutné zahájit léčbu antibiotiky, ve skupině kontrolované placebem šlo o 33 procent. Kromě toho, akutní příznaky ve skupině s přípravkem Utipro® plus trvaly jen dva dny, protože po pěti dnech léčby byla bolest při vyprazdňování močového měchýře a nucení na močení ve srovnání s placebem významně zlepšena.

Druhá dvojitě zaslepená studie byla provedena u 100 pacientů s recidivující infekcí močových cest, kde bylo vhodné podávat uvedený zdravotnický prostředek jako profylaxi. Účastníci studie byli náhodně rozděleni na ciprofloxacin (500 mg/d) plus Utipro® plus nebo ciprofloxacin (500 mg/d) plus placebo. Od šestého dne profylaxe bylo v obou skupinách podávání antibiotik přerušeno. Sledovaná skupina s Utipro® plus obdržela po dobu 15 dní jednu kapsli přípravku, v druhé kontrolní skupině jednou denně placebo. Tento 15denní interval ošetření se cyklicky opakoval v dalších dvou následujících měsících. První předběžná analýza ukázala převahu Utipro® plus v prevenci rekurentní cystitidy.

Recidivující infekce močových cest jsou velmi častým klinickým problémem, který vyžaduje náročnou a opakovanou léčbu. Dlouhodobé užívání antibiotické profylaxe může mít za následek řadu vedlejších účinků a často vede ke vzniku multirezistentních kmenů bakterií. Uvedené přírodní přípravky či imunopreparáty mohou být užívány současně s antibiotiky, ale i bez nich.

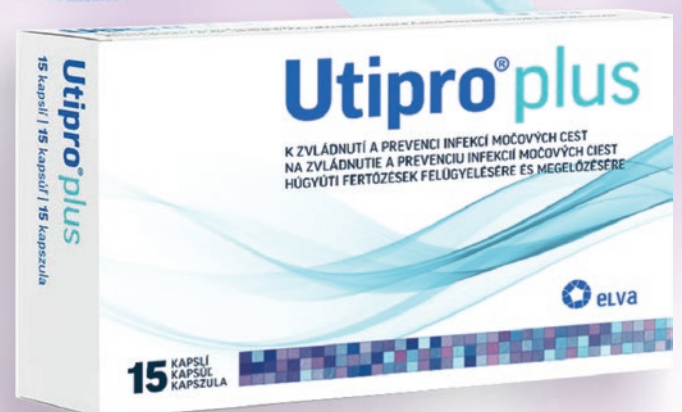
Doporučení pro snížení rekurujících infekcí močových cest spočívá v první řadě v prevenci - vyvarování se prochlazení, v dostatečném pitném režimu (2-2,5 litrů nesyčených nápojů), v postkoitálním vymočení, v nepoužívání spermicidních krémů, lubrikačních gelů nebo ve vyvarování se koupele ve stojatých vodách. Zmiňované přírodní přípravky a imunopreparáty jsou bezpečnou, efektivní, používanou a doporučenou cestou.

Zdroj: ElvaPharma (red)

Utipro[®] plus

K ZVLÁDNUTÍ
A PREVENCI INFEKČÍ
MOČOVÝCH CEST

NOVINKA
S UNIKÁTNÍM
MECHANIZMEM ÚČINKU



Distributor: Elva Pharma s.r.o., Dr. Janského 599, Černošice, Česká Republika, email: info@elvapharma.com

Lékárnickému povolání je třeba vrátit etický rozměr

Koncem dubna proběhla v Praze mezinárodní konference zaměřená na vzdělávání lékárníků. Mezi přednášejícími byla i farmaceutka **Michèle Boiron**, dcera jednoho ze zakladatelů největší farmaceutické firmy vyrábějící homeopatické léky. Do České republiky se přijela podělit o více než čtyřicetileté zkušenosti z lékárenské praxe, zejména z oblasti homeopatické léčby.

Jedním z hlavních poselství paní Boiron byl apel na komunikaci mezi lékařem a lékárníkem a vyzdvihla také význam jejich partnerství. „Lékárny by se neměly měnit v supermarket - lékárník by měl být spíše rodinným poradcem než jen pouhým výdejcem léků, měl by mít s pacientem bližší kontakt. Každý klient, který přichází do lékárny, by se pro nás měl stát přítelem, kterého jsme dlouho neviděli, ne jen otevřenou peněženkou,“ myslí si Michèle Boiron. Pozitivním trendem podle ní je, že v lékárnách vznikají oddělené prostory pro konzultace s pacientem.



Najít rovnováhu mezi metodami léčby

Michèle Boiron působí v oblasti lékárenství od roku 1968, kdy po ukončení studia farmacie nastoupila do rodinné lékárny. Později koupila malou lékárnu v Lyonu, v níž začala nabízet homeopatika, a v průběhu osmi let několikanásobně zvýšila roční obrát. Jejím cílem vždy bylo propojovat homeopatickou léčbu s klasickou (alopatickou) medicínou. To zprvu nebylo jednoduché – lékárny totiž nabízely většinou buď alopatické léky, nebo naopak ty homeopatické. Ve svém úsilí kombinovat oba přístupy pokračovala paní Boiron i po návratu do rodinného podniku a jak sama uvádí: „K velkému zděšení svého dědečka, který zastával čistě homeopatický přístup.“ V roce 2005 lékárnu prodala s cílem odejít do důchodu, její zájem o homeopatii a potřeba dělit se o získané zkušenosti s ostatními však vedly k tomu, že se z ní stala světoběžnice a propagátorka homeopatické léčby. Každý měsíc proto navštíví nejméně jednu zemi. Stala se rovněž spoluautorkou knihy *Homeopatie v lékárenské praxi*, která byla přeložena do 14 světových jazyků.

Pro děti, seniory i onkologické pacienty

„Homeopatii považuji za nedílnou součást medicíny,“ zdůrazňuje Michèle Boiron a dodává: „Je však třeba si

uvědomit, že homeopatie není zázračná, je to léčba, která funguje na určitá onemocnění.“ Homeopatické léky jsou dnes ve Francii běžně dostupné v lékárnách. Široké spektrum homeopatik je určeno na rozmanité akutní problémy i samoléčbu a ve vyšších potencích pomáhají léčit chronická onemocnění. Zde je však nezbytná konzultace se zkušeným lékařem-homeopatem. Jejich výhodou je bezpečnost a absence nežádoucích účinků. Z tohoto důvodu jsou častými zájemci o homeopatickou léčbu maminky s malými dětmi. „Velkou výzvou pro budoucnost homeopatie je léčba seniorů. Homeopatika se zde mohou úspěšně využít v léčbě smutku či deprese v souvislosti s koncem života, dále k prevenci a léčbě komplikací řady chorobných stavů, uplatňují se v léčbě úrazů nebo bolesti, zmírňují vedlejší účinky onkologické terapie,“ vyjmenovává výhody paní Boiron.

Podle francouzských průzkumů požaduje 60 procent pacientů s onkologickým onemocněním, kteří trpí vedlejšími účinky chemoterapie, komplementární léčbu, kam patří i homeopatie. Někteří francouzští onkologové proto spolupracují s homeopaty a odesílají k nim své pacienty. Velká observační studie EPI3, jíž se účastnilo 8000 pacientů a 900 lékařů (výsledky byly publikovány v loňském roce), ukázala, že homeopatická léčba je ve sledovaných indikacích (muskuloskeletální bolesti, anxiodepresivní symptomy/pochyby spánku a infekční respirační onemocnění) stejně účinná jako léčba alopatická. Dále se zjistilo, že u pacientů užívajících homeopatika vedla léčba k redukci léků s potenciálními nežádoucími účinky. Pacienti, kteří užívali homeopatické léky, užívali zároveň méně léků s nežádoucími účinky, téměř o polovinu méně antibiotik a nesteroidních antiflogistik a o 70 procent méně antidepresiv.

Dva principy

Homeopatická metoda je založena na principu ředění (potenciace) účinných látek a na principu podobnosti. Princip ředění pochází od zakladatele Samuela Hahnemanna (*1755), který na základě studia tehdejších vědeckých děl dospěl k závěru, že mnohé užívané látky (například odvar z rostlin, jako jsou rulík a durman) jsou v původní podobě toxické, ale pokud se použijí v malém množství, mají léčebný účinek. Princip podobnosti neboli léčba „stejného stejným“ pak znamená, že se daným homeopatikem léčí takové symptomy, jaké vyvolává tato látka v původním, neředěném stavu. Příkladem může být *Apis melifica* vyrobený ze včely, který působí proti páliivým a svědivým otokům různé etiologie připomínající včelí bodnutí.

Homeopatické léky užívá 300 milionů lidí na celém světě. Přestože homeopatie zaujímá jen jedno procento světového farmaceutického trhu, její obliba neustále vzrůstá. Podle paní Boiron je důležité vzdělávat v této oblasti lékaře, lékárníky a sestry. „V mnoha zemích nastává obrát ke zdravému životnímu stylu. Lidé se stále více zabývají svou integritou a zdravím, chtějí se dobře stravovat, léčit bezpečně a bez vedlejších účinků své děti. Homeopatie zde má své uplatnění, jen je třeba, aby se o ní lidé dozvěděli,“ uzavírá Michèle Boiron.

MUDr. Andrea Skálavá



Michèle Boiron při setkání s novináři v Praze

Foto: 2x archiv Boiron



České zdravotnictví na cestě k Health 4.0

Na konferenci Health 4.0 Možnosti a benefity IT trendů ve zdravotnictví se diskutovalo o digitálně propojené a efektivnější zdravotnické péči.

V Praze proběhla 17. května 2017 konference, která se komplexně věnovala konceptu zdravotní péče založené na digitálním propojení. Elektronické zdravotnictví (EZ) umožňuje zefektivnit diagnostické, léčebné a ošetrovatelské procesy včetně personalizované péče. Pod pojmem Health 4.0 lze rozumět aktuální IT trendy, které propojují všechny komponenty (senzory, biosenzory, systémy a kybernetickou nadstavbu) se subjekty pomocí internetu, respektive internetu věcí. Health 4.0 využívá principů konceptu čtvrté průmyslové revoluce a Společnosti 4.0.

Konferenci o benefitech elektronizace pořádala Česká společnost pro systémovou integraci ve spolupráci s Vysokou školou ekonomickou v Praze. Hlavním partnerem byla společnost CompuGroup Medical Česká republika a dále ji podpořily firmy Cisco a ICZ. Mediálním partnerem byla divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta.

Na celodenní konferenci zazněly příspěvky odborníků ze státní i soukromé sféry, které se téma elektronického zdravotnictví snažily uchopit z nejrůznějších úhlů pohledu. Ať už šlo o ohlédnutí do minulosti a připomenutí počátků, které v podstatě představují nedávnou minulost, nebo připomenutí kontextu (spojitost s e-Health) a zkušeností se zaváděním informačních a komunikačních technologií (ICT) ve vybraných zemích. Stranou nezůstaly ani právní aspekty konceptu a otázky bezpečnosti a ochrany osobních údajů, které všechny subjekty zapojené do elektronizace logicky považují za klíčové.



E-Health – není cesta zpátky

Pojem e-Health (elektronické zdravotnictví) je relativně nový (používá se od konce 90. let 20. století) a obecně označuje moderní koncept služeb nebo systémů využívající komunikační a informační technologie v oblasti medicíny, a to především v oblasti prevence, diagnostiky i léčby. Vzhledem k neustálému rozvoji digitálních technologií získává pojem neustále nové významy a konotace. Podstatou elektronického zdravotnictví je vzájemné sdílení dat mezi pacienty, zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními a subjekty. A to na podkladu elektronických zdravotních zázna-

mů, elektronického předepisování léků a poskytování zdravotních informací. Koncept však nezahrnuje jen výměnu dat, ale také například monitoring pacientů pomocí internetu nebo mobilních komunikačních technologií. Vyhodnocení parametrů na dálku s využitím self-monitoringu může hrát zásadní úlohu třeba při záchraně života.

Aby projekty elektronického zdravotnictví úspěšně pronikly do praxe, je nutné, aby na tvorbě standardů a metodik spolupracovaly všechny subjekty od vládních i nevládních organizací přes zdravotní pojišťovny, orgány veřejné správy, zdravotnická zařízení a soukromé firmy a v neposlední řadě také jednotliví zaměstnanci, lékaři a pacienti, jichž se celý systém elektronizace bezprostředně týká.

Příspěvek Martina Potančoka, odborného garanta konference, představil Health 4.0, nadstavbu e-Health, jež bude s velkou pravděpodobností představovat v budoucnosti řešení, jak snížit neustále rostoucí náklady na zdravotní péči stárnoucí populace. Cílem je především vytvořit personalizovanou péči, která by efektivně propojovala informační a komunikačních technologie využívající virtualizaci, kyberfyzikální systémy, cloud computing, mobilní komunikační sítě či internet věcí. Tato IT řešení mohou díky nositelným senzorům pomoci lékařům, aby sledovali zdravotní stav pacientů na dálku. Díky tomu bude ve zdravotnických zařízeních možné lépe monitorovat zdravotnické materiály či léky. Využití cloudových služeb ve zdravotnictví se ve svém příspěvku věnoval i Vlastimil Černý z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Cloudový reporting, který zajistí přehled na firemní data ze všech úhlů pohledu, byl tématem prezentace Michala Rozenhala (Reporting.cz).

Situace v České republice

Aktuální stav v České republice přiblížil ve svém příspěvku Martin Zeman z Odboru informatiky Ministerstva zdravotnictví ČR, který je spoluvýřecem Národní strategie elektronického zdravotnictví (NSEZ). Shrnuje kroky, které se podařily, jako například schválení Akčního plánu NSEZ, zahájení realizace Národního kontaktního místa pro e-Health nebo získání 48 milionů Kč na podporu Národního centra EZ. Za prioritní aktivity elektronizace označil strategické řízení rozvoje EZ v rezortu MZ, e-preskripci, vybudování rezortního datového rozhraní pro komunikaci transakčních informačních systémů, čímž by se měla vyřešit elektronická identita zdravotnických pracovníků a posílila by se jejich právní a organizační jistota při práci s elektronickými písemnostmi a zdravotnickou dokumentací.

Zároveň se bude ministerstvo v nejbližších letech soustředit na jednotný koncept výměny zdravotnické dokumentace, kybernetickou bezpečnost, telemedicínu a portál elektronického zdravotnictví. Jednotlivé projekty, jako například infrastruktura e-Health nebo sdílení zdravotnické dokumentace, jsou připravené a měly by se realizovat během roku 2017 a 2018. Zeman rovněž připomněl komplikace, s nimiž se NSEZ potýká. Jde zejména o kritický nedostatek lidských zdrojů.

Na konferenci zazněl i příspěvek o projektu NIX-ZD.cz – Národní centrum pro výměnu zdravotnické dokumen-



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

tace – který je součástí NSEZ a který koordinuje Kraj Vysočina. Předmětem projektu, z velké části financovaného ze zdrojů CEF Telecom, je v letech 2017–2020 vybudovat Národní kontaktní místo (bránu) pro e-Health v České republice a zapojit ji do celoevropského mechanismu výměny zdravotnických dat pro službu patientského souhrnu (Patient Summary). NIX-ZD by mělo shromažďovat informace o všech dostupných zdrojích zdravotnické dokumentace (Master Patient Index), vytvořit adresář komunikujících subjektů, jejich služeb, adres, klíčů a protokolů. Zároveň by se v Národním kontaktním místě monitorovala dostupnost služeb a jejich případná odezva. Nezbytnou součástí tvoří i systém identifikace cizinců a možnost výměny zdravotnických dat s ostatními státy.

Abyste se projekt mohl naplno rozběhnout, je zapotřebí se zabývat nedostatky kolem editace dat v Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPSZ) a umožnit, aby se registr aktivně využil pro aktivity jednotlivých krajů. Vyřešit by se také měla technická platforma identifikace uživatelů/lékařů. Nutné budou také legislativní změny, například zavedení elektronického patientského souhrnu jako nezbytné součásti zdravotnické dokumentace.

Pacienty, ale i zdravotnické pracovníky je možné přesvědčit o přínosu nových technologií jen tehdy, když budou usnadňovat práci. Drobným, ale funkčním příkladem z praxe je aplikace „Mobilní aplikace záchranka“, kterou představil Filip Maleňák. Umožňuje přivolat ZRS pomocí nouzového tlačítka, jež lokalizuje polohu volajícího. Nouzová zpráva se dispečinku odesílá pomocí datového připojení. V případě nedostačitého připojení se odešle ve formě SMS. Do aplikace mohou lidé zadat řadu nepovinných údajů, které zdravotníkům umožní rychleji zahájit službu první pomoci. Za rok své existence již aplikace zachránila sedm tisíc lidských životů.

Česká společnost pro systémovou integraci (www.cssi.cz) je neziskovou platformou pro výměnu informací a názorů v oblasti informačních systémů i informačních a komunikačních technologií. Sdružuje uživatele a dodavatele informačních a komunikačních technologií.

Pavína Perlíková

Včasná a dlouhodobá léčba IBD

Další ze vzdělávacích symposií pořádaných divizí Medical Services, tentokrát na téma *Idiopatické střevní záněty*, proběhlo 20. dubna v Hotel Andel's by Vienna House Prague. Odborným garantem symposia byl **MUDr. Karel Lukáš, CSc.**, ze IV. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Akci podpořila společnost Abbvie.

V průběhu odpoledního programu zazněly příspěvky věnované vývoji klasifikace idiopatických střevních zánětů (IBD), klinickým příznakům onemocnění (MUDr. Jana Koželuhová), možnostem imunologické laboratorní diagnostiky (MUDr. Karin Malíčková), rentgenové diagnostice (MUDr. Lukáš Lambert), endoskopickému vyšetření u IBD (doc. MUDr. Zdena Zádorová, Ph.D.), významu mikrobiologického vyšetření (MUDr. Václava Adámková), algoritmu léčby (MUDr. Karel Lukáš, CSc.) a specifikám idiopatických střevních zánětů u dětí (prof. MUDr. Jiří Nevorál, CSc.). V tomto článku se zaměřujeme na dva z prezentovaných příspěvků.

Klíče k úspěchu udržovací léčby:

1. jednoduché a stereotypní schéma aplikace,
2. podávání účinných léků,
3. nepřetržitá aplikace (menší zdroj protilátek),
4. pravidelné sledování,
5. úprava režimu a léčby při příznacích,
6. pokračování i v případě, že je pacient asymptomatický.

Algoritmus léčby

Současným možností léčby IBD se MUDr. Karel Lukáš podrobněji věnoval ve svém druhém příspěvku. Připomenul, že etiologie onemocnění dosud není známa a že kauzální léčba proto není k dispozici. Platí nicméně, že čím dříve se s léčbou začne, tím lepší je také odpověď. V průběhu času mnohdy roste rezistence na léčbu. Cílem terapie IBD je odstranění symptomů (léčba indukční) a zachování remise (léčba udržovací).

V indukční fázi se využívají léky potlačující zánět, zatímco v té udržovací jde zejména o zachování kvality života a prevenci progresu, relapsu a rozvoje komplikací onemocnění. K dispozici jsou léky ze skupiny aminosalicylátů, kortikosteroidy a biologika. Kortikosteroidy podávané systémově mají protizánětlivý, antialergický, imunomodulační a imunosupresivní efekt. Využívají se k indukční léčbě středně těžkých nebo těžkých atak, nejsou však vhodné pro udržovací léčbu. U těžkých forem IBD, kde hrozí sepse, je třeba podávat také antibiotika podle bakteriologického vyšetření.

U jednotlivých léků dochází k rozdílnému nástupu účinku, mimo jiné i v závislosti na aplikační formě. Zatímco i. v. podané kortikosteroidy působí do tří dnů, při perorálním podání je to po jednom až dvou týdnech. Thiopuriny a methotrexát působí až po třech či čtyřech měsících podávání. V případě biologických léků mnohdy dochází k nástupu účinku již během dvou až tří týdnů.

Biologická léčba

Z biologik se v léčbě IBD využívají zejména monoklonální protilátky proti TNF-alfa. Léčba pomocí těchto preparátů vede k hojení zánětu, indukci a udržení remise. Adalimumab, infliximab a golimumab jsou považovány

za rovnocenné léky 1. linie. MUDr. Lukáš uvedl, že účinná je především včasná biologická léčba. Optimální čas k jejímu zahájení je před rozvojem slizničního poškození a poruchy střevní funkce. Samotná terapie má trvat do bodu považovaného za klinickou remisi. Ke klinickému zlepšení dojde obvykle po dvou až čtyřech týdnech, maximálně však za tři až čtyři měsíce. Po dosažení remise je nezbytná udržovací léčba. Výběr preparátu závisí na pacientově preferenci, lékařově zkušenosti a územní dostupnosti léku.

Při relapsu se nabízejí tyto možnosti:

- a) navýšit dávku,
- b) zkrátit intervaly podávání,
- c) přidat kortikosteroidy, EV/PV či antibiotika,
- d) switch na jiný lék,
- e) chirurgické řešení.

Ukončení biologické léčby je možné u pacienta v remisi, jestliže je nekuřák, má endoskopicky prokázané hojení, normální hodnotu CRP a nemá špatné prognostické faktory, jako je extenzivní postižení tenkého střeva či perianální píštěle. Relapsy po ukončení jsou až v 57 procentech, upozornil přednášející.

Dlouhodobá biologická léčba se ukončuje také při ztrátě odpovědi na léčbu, rozvoji výrazných vedlejších účinků, rozvoji malignity, cestování do oblasti s endemickou tuberkulózou a rovněž pokud pacient nespolupracuje. Naopak se rozhodně nedoporučuje ukončení, je-li pacient v remisi a má v anamnéze četné operace, intolerance mnoha léků či obtížně kontrolovatelnou nemoc.

V závěru příspěvku se MUDr. Lukáš vyjádřil k možnosti využití biosimilars v léčbě IBD. Tyto léky zvyšují dostupnost terapie. Může se avšak lišit výskyt imunitních reakcí po podání „podobných“ přípravků, a není tedy vhodné je nepromyšleně zaměňovat za originální přípravky.

Závěr

Moderní léky dramaticky změnil osud nemocných s idiopatickými střevními záněty, snížily potřebu hospitalizací, operací i výskyt komplikací. Obecně platí, že „čím dříve nemoc začne, tím hůře“, avšak „čím dříve začne léčba, tím lépe“.

MUDr. Andrea Skálová



Dvě, tři nebo víc nemocí?

V úvodním příspěvku se MUDr. Karel Lukáš věnoval historii terminologie a klasifikace idiopatických střevních zánětů podle projevu, průběhu a lokalizace onemocnění. Jako Crohnova nemoc se označuje zánět tenkého, tlustého střeva nebo obou, případně některé části trávicí trubice. Ulcerózní kolitidou pak je míněn chronický zánět postihující obvykle sliznici konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku. Vedle toho existuje tzv. indeterminovaná kolitida, která se vyskytuje u 10–20 procent pacientů s IBD. Obvykle má těžký průběh, je nezvladatelná konzervativní léčbou a nemocní se často musejí podrobit kolektomii. Ani vyšetření resekátu však mnohdy nepřinese jasnou diagnózu.

Jako IBD-U se označuje neklasifikovatelná atypická kolitida charakterizovaná zánětem tračníku s rysy Crohnovy nemoci i ulcerózní kolitidy. Mezi IBD se v současnosti řadí i mikroskopická kolitida, u níž je normální endoskopický nálezn, ale mikroskopicky prokázaný zánět. Atypické projevy kolitidy nacházíme také u dětí. U pankolitidy nemusí být postiženo rektum, naopak bývá časté postižení horního trávicího traktu. Relativně častá je souvislost apendicitidy a ulcerózní kolitidy. MUDr. Lukáš také upozornil na rozmanitost průběhu IBD. Kolitida může probíhat kontinuálně i intermitentně. U Crohnovy nemoci nacházíme mírný, až maligně agresivní průběh s perforacemi a vznikem stenóz.

Přednášející pak poukázal na milníky v historii klasifikace IBD. První zmínky o nemoci se objevují v roce 1859 (Samuel Wilks – Wilksova nemoc), v dalším století pak jsou IBD nazývány podle svých „objevitelů“ jako nemoc Dalzielova, Tietzeho, Bergova, Ginzburgova, Oppenheimerova či Bagrenova. Pojem Crohnova nemoc byl stanoven na podkladě publikace vědecké práce HARRISE a kol. v Surgery, Gynecology & Obstet v roce 1933 (Chronic cicatrizing enteritis-regional ileitis – Crohn).





Dvousložkové zdravotní pojištění si přeje většina Čechů

Zdravotní pojišťovny chtějí dát pojištěncům možnost připojištění. Základní výše pojistného i úroveň služeb by zůstala stejná.

Pojistné na zdravotní pojištění platí občané podle stejných pravidel bez ohledu na zdravotní pojišťovnu (ZP), u které jsou registrovaní. Stejná je i poskytovaná péče, jež jsou pojišťovny povinny každému pacientovi zaplatit. Konkurenční boj, který by pojišťovny nutil k nejhospodárnějšímu nakládání s penězi pojištěnců a ke snaze nabídnout jim co nejlepší podmínky, je velmi omezený. Pojištěnci tak, pokud jde o placení pojistného, z pluralitního systému zatím profitovat nemohou. Zlepšit by to mohlo zavedení dvousložkového pojistného, které má podporu i ze strany ZP.

Není důvod, aby zdravotní pojišťovny fungovaly jinak než ostatní ekonomické subjekty, které také musejí soupeřit o své klienty. „Navrhujeme zavedení cenové konkurence, díky níž by úspěšné ZP mohly nabízet svým pojištěncům nižší platbu za pojistné. Úroveň poskytovaných služeb by přitom zůstala stejná. Zároveň bychom chtěli, aby pojišťovny měly možnost nabízet svým klientům i rozšířenou péči, čímž by pojištěnci získali možnost si zaplatit péči nad rámec standardu. Díky tomu by se do celého systému dostávalo více peněz, ze kterých by profitovali i lidé, kteří by z finančních důvodů patlili

Swaz zdravotních pojišťoven České republiky:

Swaz zdravotních pojišťoven sdružuje všech šest zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v České republice. Hájí společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče s hlavním cílem zkvalitňovat služby pro své klienty. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny poskytují služby pro cca 4,4 mil. občanů ČR.

Více informací naleznete na webových stránkách www.szpcr.cz.

System zdravotního pojištění v Nizozemsku

Každý, kdo žije v Nizozemsku, má právo na základní zdravotní péči, která je hrazená ze zdravotního pojištění. Kromě standardního zdravotního pojištění má právo se připojistit v závislosti na svém zdravotním stavu a životním stylu.

Základní zdravotní péče (konkrétní podobu určuje vláda):

- péče praktického lékaře,
- hospitalizace včetně transportu,
- léky na předpis,

- péče zubního lékaře (do 18 let),
- péče vybraných specialistů (např. logopedie),
- fyzioterapie pro chronické pacienty,
- péče zdravotnického personálu o starší a nemožící osoby v domovech.

Připojistit se dále pak může každý podle svých potřeb, například připojištění zaměřené na péči zubního lékaře nebo na fyzioterapii.

Zdroj: Nizozemské Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu

pouze základní pojistné. Tento model již dobře funguje například v Nizozemsku, ale dvousložkové pojistné má i řada dalších států,“ vysvětluje Ing. Ladislav Friedrich, prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

Mít možnost ovlivňovat výši pojistného si podle nedávného průzkumu přálo 81 procent dotazovaných, kteří by byli rádi, kdyby je ZP odměňovaly za odpovědný přístup ke svému zdraví. I ZP jsou přesvědčeny, že zodpovědní jedinci by měli být oceněni. „Obavy, že zavedením dvousložkového pojistného dojde ke znehodnocení občanů s nižšími příjmy, nejsou na místě. Základní rozsah péče, jak ho známe dnes, zůstane stejný, ne-li lepší, díky větším příjmům do systému zdravotnictví,“ popisuje Friedrich.

System ZP, který dnes funguje v České republice, nijak nemotivuje pojištěnce, aby se o své zdraví zodpovědně starali. Pojištěnci nevědí, jaký je rozsah základní zdravotní péče, ani nemají možnost si připlatit za nad-

standardní péči. Ročně přitom odvede každý z nás do systému zdravotního pojištění přibližně 27 tisíc Kč, měl by proto mít možnost alespoň trochu ovlivnit činnost své ZP. A to by právě dvousložkové zdravotní pojištění otevřelo. ZP budou více nuceny optimalizovat své výdaje, aby mohly svým pojištěncům nabízet nejnížší možné pojistné. „Optimalizací výdajů zdravotních pojišťoven bychom mohli docílit úspor v systému, což by znamenalo i více prostředků na nákladnou léčbu, která představuje stále větší část výdajů na zdravotní péči,“ dodává prezident Svazu zdravotních pojišťoven.

Současný systém čistě centralizovaného financování zdravotní péče není dlouhodobě udržitelný. Měli bychom se proto inspirovat u jiných zemí EU, které mají dlouhodobě prověřené dobře fungující systémy zdravotního pojištění. Ukazuje se, že klíčem k úspěchu je solidární systém zdravotní péče, doplněný individuální možností připojištění. Zdroj: SZP ČR

Češi chtějí komunikovat s lékaři elektronicky

Stále více lidí stojí o elektronickou komunikaci s lékaři. Z průzkumu společnosti CompuGroup Medical (CGM) realizované agenturou STEM/MARK v dubnu 2017 na 521 respondentech vyplývá, že zájem o ni má každý devátý Čech.

Komunikace s lékaři telefonicky a docházení do ordinací jsou mnohdy zdlouhavé. Není to však vždy nutné. Některé úkony by bylo možné totiž řešit elektronicky. Většina Čechů uvádí, že by rádi využívali elektronickou komunikaci. Nejčastěji by tuto možnost využívali k objednání se k lékaři (96,7 procenta), k připomínce pravidelných kontrol (91 procenta) a k vystavování receptů (89,4 procenta). Velký zájem je také o přístup k výsledkům vyšetření on-line (88,9 procenta).

Většina lidí by dále měla zájem o on-line konzultace, zjištění ceny či doplatku za lék nebo lékařský úkon, konzultace možných interakcí a nežádoucích účinků u léků nebo sdílení základních zdravotních údajů se záchrannou službou. Více než dvě třetiny Čechů pomá-



Ilustrační foto: Shutterstock

hají svým blízkým. I těm by pomohla elektronická komunikace, zejména v komunikaci s obvodním lékařem (84,7 procenta) a zubařem (54,1 procenta).

Ženy by elektronické spojení ocenily v komunikaci s gynekologickou ordinací, téměř 84 procent však tuto možnost nemá. Ženy by ji nejraději využívaly k on-line objednávání (88,8 procenta), k připomínce pravidelných vyšetření (72,3 procenta), k vystavení receptů na léky (69,5 procenta) či k přístupu k výsledkům vyšetření on-line (68,7 procenta). O možnost konzultovat problém s gynekologem elektronickou cestou by měla zájem téměř každá čtvrtá žena.

Zdroj: CompuGroup Medical ČR (red)

Roadshow

– Malé doškolovací dny

Od března do června letošního roku opět probíhaly tradiční Malé doškolovací dny (MDD). Celý cyklus se konal v osmi městech České republiky. Závěrečné akce v Praze se zúčastnilo bezmála dvěstěpadesát odborníků. Akci pořádala společnost Levret s. r. o., partnery byly společnosti Heaton k. s., Besins Healthcare, Astra Zeneca a Takeda.

Předchozí akce se konaly v Českých Budějovicích, Plzni, Ostravě, Olomouci, Hradci Králové, Teplicích a Brně. Odborným garantem se stal prof. MUDr. David Cibula, CSc., z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze, který v rámci MDD pronesl dvě přednášky. První s názvem „Role progesteronu a jeho substituce během života ženy“ a druhou nazvanou „Zástava krvácení v porodnictví a v endoskopii“, včetně videozáznamu doporučeného postupu. Program celé konference byl interaktivní, a tak se mohli zapojit i posluchači. „Je to osmé místo, kde jsme se zastavili s naší roadshow, a vždycky končíme v Praze. Musím hlavně poděkovat Davidovi Cibulovi, že to tak hezky zorganizoval,“ poděkoval MUDr. Radovan Vlk, Ph.D., z Gynekologicko-porodnické kliniky FN Motol.



David Cibula hovoří o progesteronu

Foto: 2x Jana Schrammová

Vzestup císařského řezu

Konferenci v Praze odstartovala přednáška na téma spojující privátní i nemocniční gynekologii, a to problematika císařského řezu. Od roku 2000 u nás rostly počty císařských řezů z 12,8 procenta na 26,5 procenta v roce 2015. Česká republika se tak na žebříčku evropských zemí nachází zhruba uprostřed. Nejde o alarmující počty, ale v rámci srovnání s jinými zeměmi je u nás patrný razantní vzestup, který má snad kromě ČR jen Slovensko a Polsko. „Většina západních zemí má trendy stacionární, ať se jedná o 15-16 procent v severských zemích nebo 23 procent na úrovni Španělska. Nikdo ovšem nemá takové trendy jako my,“ upozornil na rostoucí počty císařských řezů v ČR MUDr. Radovan Vlk, Ph.D.

Podle něj stoupl počet císařských řezů minimálně dvojnásobně. Má za to, že pokud pracoviště preferuje vaginální porody, tak je to jedním z důležitých faktorů, který zvyšuje šanci i jejich celkové procento, že budou přijímat pacientky s anamnézou císařského řezu. Když ale porodnice dává přednost císařskému řezu, pak v ní většina žen rodí císařským řezem. Jako by platilo nepsané pravidlo „jednou císařský řez, vždycky císařský řez“. V České republice je přitom 26 procent žen s anamnézou císařského řezu, které úspěšně porodí vaginálně.

Pacientky odpovídaly na otázku, co by je vedlo k roz-

hodnutí znovu porodit císařským řezem, nebo naopak preferovat porod vaginální. Z výsledků vyplývá, že v případě volby vaginálního porodu jsou nejčastějšími důvody touha po prožitku spontánního porodu, rychlejší doba rekonvalescence, strach z operace (tedy císařského řezu) a pocit lepšího kontaktu s dítětem. Důvody, proč preferovat císařský řez, jsou podle žen lepší možnost naplánování porodu, větší bezpečnost pro plod, nedůvěra ve vlastní schopnosti porodit či strach z urgentního řezu.

„Zajímavé je, že většina důvodů je naprosto nemedicínských, proto je nemůžeme ovlivnit. Těžko můžeme dát ženám návod k tomu, jak mají родit. Většinou se řídí vlastním pocitem,“ uvedl k preferenci typu porodu pacientkami MUDr. Radovan Vlk.

Mateřská rizika

Jako zásadní se jeví mateřská a neonatální rizika. Multicentrická studie porovnávala hysterektomii a další závažné komplikace. Ve srovnání s vaginálním porodem je jejich riziko u císařského řezu dvakrát vyšší. Stejně tak jsou častější tromboembolie, pouze u infekcí a transfuzí lze dojít ke srovnatelným výsledkům. I u mateřské mortality je při císařském řezu dvojnásobně vyšší riziko, přesto jde v absolutních číslech o čtyři úmrtí ku dvěma na sto tisíc porodů. „Pokud vezmeme tato čísla, tak iterativní císařský řez je lehce zvýšeným rizikem mateřské mortality a morbidit, ale ta čísla jsou tak malá, že s nimi nemůžeme argumentovat,“ poznamenal doktor Vlk. Podle něj jsou dnes oba postupy spojeny s relativně nízkým rizikem mateřských komplikací.

Neonatální rizika

U vaginálního porodu bude vždy existovat riziko hypoxie a neonatální mortality. Během prvních sedmi dní po porodu je u dětí porozených vaginální cestou zhruba dvojnásobně vyšší nebezpečí u než u novorozenců, kteří přišli na svět císařským řezem. Problémem je i transientní dechová nedostatečnost (tachypnoe). Neonatologové varují, že riziko dechové nedostatečnosti v době porodu je dvojnásobně vyšší u císařského řezu než u úspěšného vaginálního porodu. Tachypnoe novorozence je ovšem poměrně častý jev a podle přednášejícího nemá pravděpodobně žádný dlouhodobý dopad na zdraví dětí.

Primární volbou by měl být jednoznačně vaginální porod. Ačkoli existují pacientky, které profitují z císařského řezu, je nutné zdůraznit, že vaginální porod je pro dítě zdravý, stejně jako je pro něj zdravé i kojení. „Myslím si, že se o tom ve světě nediskutuje tak často, jako o tom polemizujeme my v České republice,“ doplnil MUDr. Vlk. Riziko spojené s vaginálním porodem je velmi nízké a úspěšnost vaginálního porodu je teoreticky 75 procent. Záleží, na jaké pracoviště je pacientka přijata. Riziko ruptury je okolo jednoho procenta. Císařský řez na přání rodičky by měl být vyhrazen pouze pro případy, kdy lékař po podrobném rozhovoru s pacientkou zhodno-

tí uvedený postup jako dostatečně bezpečný s ohledem na konkrétní podmínky a situaci daného těhotenství,“ uvedl k možnostem císařského řezu přednášející.

Role progesteronu během života ženy

Garant konference prof. MUDr. David Cibula, CSc., se pustil do atypické přednášky. Jeho příspěvek se snažil obsáhnout více témat – od porodnictví přes endokrinologii až po asistovanou reprodukci. Téma si vybral také proto, že právě progesteron provází celý život gynekologa. Poukázal na to, že hormon je jednou z terapeutických možností v léčbě nepravidelného děložního krvácení a že suplementace luteální fáze zvyšuje úspěšnost IVF. Progesteron významně působí na snížení rizika předčasného porodu, zejména u předčasného rizika v anamnéze a zkráceného děložního hrdla měřeného na začátku druhého trimestru.

Hormonální substituční terapie (HRT) je podle Cibuly stále neúčinnější možností v léčbě klimakterických příznaků. Kombinovaná HRT by měla být používána u žen s dělohou, respektive tam kde se může nacházet endometrium. Přidání gestagenů při dlouhodobém užívání pravděpodobně zvyšuje riziko karcinomu prsu, ale zdá se, že mikronizovaný progesteron nezvyšuje riziko karcinomu prsu v porovnání s jinými gestageny.

Co je PARPi

Jelikož se doc. MUDr. Michal Zikán, Ph.D., nacházel v tu dobu v USA, přednášku o PARPi (poly[ADP-ribose] polymeráze) přednesl MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., z Masarykova onkologického ústavu v Brně. PARPi nově vstupují do léčby pacientek s ovariálním karcinomem. Jedná se o pátý nejčastější nádor u žen a čtvrtou nejčastější příčinu úmrtí na nádorová onemocnění. Karcinom tuby a ovaria je nejčastější, ale oproti všem ostatním se jedná o nádor, který má naprosto nevyvážený poměr mezi incidencí a mortalitou. „Neumíme ho dobře screenovat a optimálně diagnostikovat v časném stadiu. Většina pacientek je diagnostikována ve třetím a čtvrtém stadiu,“ uvedl MUDr. Sláma.

To, co je dnes považováno za standard, vstoupilo do léčby již před dvaceti lety. Od té doby se nic nezměnilo. Je zde ale extrémní snaha najít jinou cestu a ovlivnit ovariální karcinom na různých úrovních. Existuje celá skupina karcinomů ovaria lišící se prognózou a odpovědí na léčbu. Nejčastěji se vyskytuje pět typů karcinomu: High-grade serózní (70%), endometrioidní (10%), světloluněčný (10%), mucinózní (3%) a low-grade serózní (méně než 5%).

BRCA mutace mohly být přítomny u 15-44 procent pacientek bez karcinomu prsu nebo ovaria v rodinné anamnéze. Zaměření testování pouze na rizikové skupiny může vést k tomu, že u některých pacientek s karcinomem ovaria nebude mutace BRCA 1,2 odhalena. „Musíme se naučit odesílat ženy na testování, nebýt se genů, pečovat o zdravé BRCA+ a u nemocných se starat nejen o aktuální nádor, ale i další rizikové orgány a léčit je podle molekulárních vlastností nádoru,“ uzavřel téma MUDr. Sláma. (dd)

Robotická navigace

Již deset let používají kardiologové z Nemocnice Na Homolce dálkovou elektromagnetickou navigaci Niobe, která umožňuje bezpečnější a efektivnější katetizační léčbu srdečních arytmií.

Na Homolce oslavili 8. června 2017 desetileté výročí od doby, kdy pacientovi poprvé zavedli magnetický katetr. Šlo vůbec o první zákrok v České republice. Díky novému přístroji lékaři mohli zahájit program léčby velmi složitých arytmií, zvláště u nemocných s vrozenými srdečními vadami, život ohrožujících komorových tachyarytmií a dalších komplexních arytmií. Zavedení dálkově navigované katetrizace přineslo naději



Robotická navigace Niobe

Foto: archiv Nemocnice Na Homolce

celé řadě nemocných, u kterých běžná léčba arytmií selhávala buď kvůli technickým limitacím, nebo z důvodu přílišného rizika vlastního zákroku.

„Pomocí magnetické navigace lze provést i tak náročný výkon, jako je alkoholová ablace u nemocných s tzv. hypertrofickou kardiomyopatií, což je genetické onemocnění, jež nemocné především v mladším věku ohrožuje náhlou srdeční smrtí. Ve srovnání s dříve používanými manuálně prováděnými procedurami lze katetizační ablace u velmi složitých srdečních arytmií pomocí systému Niobe provádět přesněji a efektivněji,“ říká primář kardiologie Nemocnice Na Homolce prof. MUDr. Petr Neuzil, CSc., FESC.

Systém Niobe tvoří dva permanentní magnety, které směřují přímo na hrudník nemocného a vytvářejí homogenní magnetické pole o průměru 30 cm a intenzitě 0,1 T. To je desetkrát méně, než je tomu v případě magnetické rezonance. Lékař neovládá katetry manuálně, ale pomocí počítačové myši a joysticku z kontrolní místnosti. Kombinací mechanického posunu a magnetické navigace ohybu a rotace katetru je dosaženo přesné polohy, přítlaku a orientace katetru,

který pak směřuje k příslušnému místu vzniku srdeční arytmie.

Katetizační ablace je metoda určená k léčbě poruch srdečního rytmu. Využívá katetry, jež se do srdce zavádějí cévami, a to jejich napíchnutím buď v třísele, nebo na krku. Kardiolog katetr zavede do místa v srdci, z něž se šíří arytmie, a provede s jeho pomocí tepelnou destrukci určené tkáně za pomoci radiofrekvenčního proudu.

Kardiologové v Nemocnici Na Homolce dosud systémem magnetické navigace Niobe provedli celkem 1 651 zákroků, převážně u nemocných se složitými srdečními arytmiemi. Za deset let běžného klinického provozu prokázali mimořádnou bezpečnost metody a při jejím použití nezaznamenali žádný případ život ohrožující komplikace. Magnetický katetr je velmi poddajný, na pohmat připomíná vařenou špagetu, takže není možné, aby pronikl srdeční stěnou. Komplikace nejsou registrovány ani v celosvětovém měřítku. První systém Niobe byl instalován v Hamburku v nemocnici St. Georg již v roce 2004.

Zdroj: Nemocnice Na Homolce (red)

Prevence infekcí u dialyzovaných pacientů

V Mexiku se peritoneální dialýza (PD) používá přibližně u 60 procent pacientů s chronickým selháním ledvin a potřebou dialýzy, což je výrazně nad průměrem ostatních latinskoamerických zemí i nad celosvětovým průměrem, který činí 25 procent.

V mexické studii bylo sledováno 111 pacientů podstupujících peritoneální dialýzu, kteří byli rozděleni do dvou skupin. V jedné se k prevenci infekcí souvisejících s dialýzou použil jodový roztok, ve druhé skupině pak roztok superoxidovaný. U skupiny ošetřované superoxidovaným roztokem byl po osmi týdnech léčby zaznamenán významně nižší výskyt infekcí než u skupiny ošetřované jodovým roztokem.

Jsou užívány různé typy peritoneální dialýzy. V Hospital General Regional N° 25 se používají intermitentní PD, automatizovaná PD (APD) a kontinuální ambulantní PD (CAPD). Bohužel i přes veškerá preventivní opatření a práci specializovaných týmů (lékař, sestra, dietolog a sociální pracovník) je PD stále spojena s vysokou četností výskytu infekcí. Na prvním místě je peritoneální infekce (9,3 procenta) následovaná infekcí katérového vstupu (3,9 procenta) a tunelovou infekcí (1,6 procenta). V současnosti jsou nejčastějšími používanými lokálními antiseptiky deriváty jodu a roztoky chlorhexidinu.

Autoři předkládají výsledky klinické kontrolované studie (longitudinální, prospektivní a srovnávací) prováděné od 1. dubna do 30. června 2012 v Hospital

General Regional N° 25. Byli do ní zahrnuti pacienti starší 16 let s trvalým funkčním vstupem pro PD, kteří v posledních čtyřech týdnech nepodstoupili antibiotickou léčbu. V průběhu studie byli vyřazeni nemocní, u kterých se objevila reakce na použité antimikrobiální roztoky a jejichž podávání muselo být ukončeno, a dále ti, kteří léčbu (antimikrobiální či dialyzační) ukončili ze své vůle.

Celkem bylo do studie zařazeno 111 pacientů, kteří byli náhodně rozčleněni do dvou skupin: skupina I (GI), u níž byl k dezinfekci použit jodový roztok, a skupina II (GII), kde byl použit superoxidovaný roztok (Microdacyn). V GI bylo 57 pacientů, v GII 54 pacientů.

Výsledky

Po osmi týdnech sledování se u skupiny I projevila infekce u 14 pacientů, v 11 případech šlo o infekci katérového vstupu (19,3 procenta) a ve třech případech o tunelovou infekci (5,3 procenta), peritonitida se nevykytla ani jednou. Ve skupině II se projevila infekce pouze u tří pacientů (6 procent), ve všech případech šlo o infekce katérového vstupu.



Ilustrační foto: Shutterstock

V případě GI skupiny byly jako původci infekce katérového vstupu identifikováni *Staphylococcus epidermidis* (osm případů), *Staphylococcus aureus* (2) a *Pseudomonas aeruginosa* (1), u tunelové infekce pak *Staphylococcus epidermidis* (1), *Staphylococcus aureus* (1) a *Pseudomonas aeruginosa* (1). Ve skupině GII byl identifikován ve všech třech případech *S. epidermidis*. S rozdílným bakteriálním spektrem pravděpodobně souvisí i kratší doba následné léčby infekce vstupu u GII. U skupiny GI trvala léčba 7–14 dní, u GII pouze 4–7 dní.

Užití superoxidovaného roztoku vykazovalo dobrou účinnost i bezpečnost v prevenci vzniku infekcí v souvislosti s peritoneální dialýzou.

Zdroj: Méndez-Durán A. Eficacia y seguridad del uso de solución de superoxidación en la prevención de infecciones relacionadas con diálisis. *Diálisis y Trasplante* 2013; 34 (4): 160–165, doi: 10.1016/j.dialis.2013.05.006.

www.prolekare.cz

Personalizovaný přístup v léčbě život ohrožujícího krvácení

V rámci XI. kongresu České společnosti intenzivní medicíny, který se konal 31. května až 2. června v Plzni, měli účastníci možnost zhlédnout satelitní sympozium společnosti CSL Behring, věnované problematice život ohrožujícího krvácení (ŽOK). Ve dvou příspěvcích byly představeny domácí a zahraniční zkušenosti s managementem závažného stavu. Odborným garantem sympozia byl prof. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D., z Anesteziologicko-resuscitační kliniky FN u sv. Anny v Brně.

Zahraniční zkušenosti s cílenou léčbou perioperačního krvácení prezentovala Judith Martini, M.D., z Kliniky anestezie a intenzivní péče Lékařské univerzity v Innsbrucku. Přednášející se zaměřila na srovnání terapeutických postupů a na výhody i nevýhody transfuzních protokolů. V úvodu představila výsledky vybraných klinických studií prezentovaných v prestižních časopisech *Circulation* (2007) a *NEJM* (2015). První studie poukázovala na zvýšené riziko mortality a pooperační morbidity po podání erytrocytárního koncentráta u pacientů, kteří podstoupili kardiovaskulární chirurgický výkon, oproti těm, kteří krevní transfuzi nedostali. Druhá studie porovnávala liberální a restriktivní transfuzní strategii u pacientů po kardiologickém zákroku. Sledovala totiž výskyt vážných infekcí a ischemických událostí u dvou tisíc pacientů po kardiologickém výkonu. Vyplynulo z ní, že restriktivní transfuzní práh nebyl superiorní vůči liberálnímu práhu ve vztahu k morbiditě a léčebným výdajům.

V guidelines Evropské anesteziologické společnosti o managementu závažného perioperačního krvácení z roku 2016 jsou během akutního krvácení doporučeny cílové hodnoty koncentrace hemoglobinu 7–9 mg/dl, přičemž je zdůrazněno, že management krvácení = management koagulace. Dr. Martini rovněž vyzdvihla význam využití tromboelastických metod (ROTEM, agregometrie) oproti stanovení PT i aPTT v posouzení závažnosti koagulační poruchy a následného určení optimální cílené intervence v léčbě perioperačního krvácení. Hodnoty PT i aPTT jsou podle ní špatnými prediktory krvácení a nelze je upřednostnit před moderními viskoelastickými metodami.

Proč podat fibrinogen

V další části příspěvku se přednášející zaměřila na zkušenosti s využitím fibrinogenu u masivního krvácení. Četné studie poukazují na protektivní roli vysokých koncentrací fibrinogenu v krvi. Zvýšené riziko krvácení nastává při poklesu fibrinogenu pod 150–200 mg/dl. Důvodů pro podání fibrinogenu při masivním krvácení je několik. Za prvé je to snížení spotřeby transfuzních derivátů, které jsou spojeny s řadou rizik, jež se zvyšují při jejich opakovaném podávání. Dalším důvodem je fakt, že fibrinogen je klíčovým faktorem koagulace, a je známo, že ze všech koagulačních faktorů dosahuje kriticky nízké koncentrace nejdříve. Jeho pokles pod 1 g/l se ukazuje jako jasný důvod snížené srážlivosti, která může být důvodem krvácení.

Podání fibrinogenu také brání rozvoji acidózy a následné fibrinolýzy při krvácení. Rozsáhlá studie CRASH2 s kyselinou tranexamovou, do níž bylo zařazeno více než 20 tisíc pacientů, prokázala, že podání antifibrinolytika do tří hodin po začátku krvácení zlepšuje prognózu pacienta. Pro podání fibrinogenu v managementu masivního krvácení svědčí také rychlost podání (a jeho menší množství), a tím rychlejší efekt oproti poskytnutí masivního transfuzního protokolu.

Studie RETIC

Dr. Martini dále uvedla, že fibrinogen se nabízí jako vhodnější alternativa pro nápravu koagulace než mrazená plazma (FFP). Ukazuje se to mimo jiné v randomizova-

né otevřené studii s kontrolní skupinou RETIC (Reversal of Trauma Induced Coagulopathy Using Coagulation Factor Concentrates or Fresh Frozen Plasma), publikované v *Lancetu* v dubnu 2017. Výsledky ukázaly, že FFP je většinou neefektivní v korekci krvácení, hypofibrinogenemie, snížené polymerizace fibrinogenu a snížené tvorby krevního koagula, že FFP je spojena se zvýšenou potřebou transfuze a podáním masivního transfuzního protokolu a že podání FFP zvyšuje riziko multiorgánového selhání. Studie RETIC byla předčasně ukončena z důvodu vyšší incidence selhání léčby a zvýšené potřeby masivního transfuzního protokolu ve skupině s FFP.

Limity viskoelastických metod

V závěru Dr. Martini shrnula „innsbrucký“ koagulační management do několika bodů:

1. při posuzování koagulační poruchy používat viskoelastické testy,
2. podat fibrinogen,
3. podat PCC a FXIII, pokud klesá polymerizace fibrinogenu,
4. podat krevní destičky,
5. přehodnotit výsledky viskoelastických metod, eventuálně je kombinovat s agregometrií.

Tromboelastometrie má své limitace. Neříká nic o primární hemostáze (von Willebrandova choroba), dysfunkci destiček vlivem užívaných léků (aspirin, clopidogrel) či efektu NOAC u krvácení.

Zkušenosti z Liberce

O zkušenostech s personalizovaným přístupem v léčbě život ohrožujícího krvácení na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení Krajské nemocnice v Liberci hovořila vedoucí lékařka MUDr. Ivana Zýková, která je považována za průkopnici cílené personalizované léčby ŽOK v České republice. Nejprve vyzdvihla význam časně podání kyseliny tranexamové u závažného krvácení a představila výsledky mezinárodní randomizované dvojité zaslepené kontrolované studie – WOMAN (World Maternal Antifibrinolytic Trial), která potvrdila pozitivní efekt užití kyseliny v léčbě postpartálního krvácení oproti placebo. V další části upozornila na fakt, že k hyperfibrinolýze může docházet i při hyperkoagulaci, a podobně jako její předchozí řečnice apelovala na správné využití a interpretaci diagnostických testů koagulace. V otázce cílené resuscitace koagulace pak rovněž porovnávala podávání FFP a fibrinogenu, které vychází spíše ve prospěch fibrinogenu.

Hlavní poselství z managementu koagulace při život ohrožujícím nebo závažném krvácení shrnula přednášející do stručné rovnice: viskoelastické metody + koncentráty koagulačních faktorů = rychlejší výsledky a časnější terapie. Léčba život ohrožujícího krvácení, jak opakovaně zdůrazňují experti na problematiku, musí být rychlá, časná a cílená, při respektování principu „one size does not fit all“. Zkušenosti z řešení ŽOK prezentovala MUDr. Zýková na vybraných kazuistikách ze svého pracoviště.

MUDr. Andrea Skálová



Olomoucký expertní mítink na téma Zdravotní péče v ohrožení

Odborníci z několika evropských zemí se v květnu setkali na mítinku Zdravotní péče v ohrožení – Health Care in Danger. Hledali řešení problémů násilí proti zdravotníkům a debatovali o zraněných osobách ve válečných konfliktech, při teroristických útocích i v rámci současné migrační krize.

Ojedinelý expertní mítink, který se v oblasti střední a východní Evropy konal vůbec poprvé, byl součástí XII. Olomouckých dnů urgentní medicíny (ODUM). Ve dnech 10. až 12. května je společně pořádaly Univerzita Palackého a Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje ve spolupráci s Českým červeným křížem a Mezinárodním výborem Červeného kříže v Ženevě (ICRC).

Podle slov ředitele Zdravotnické záchranné služby Olomouckého kraje Petra Hubáčka byl program Healthcare in Danger (HCiD) v České republice poprvé představen před rokem právě na dnech urgentní medicíny. „Přednáška doktora Bruce Eshaya-Chauvina, který byl v té době členem řídicího týmu ICRC, natolik zaujala auditorium, že jsme se rozhodli zorganizovat i mezinárodní sekci ODUM. Navíc byly s centrálou ICRC navázány první kontakty již v roce 2014 a organizace společně konference se jevila jako přirozené vyústění společných aktivit,“ popisuje doktor Hubáček

Přijely čtyři desítky odborníků

V Olomouci nešlo podle slov Petra Hubáčka o konferenci, ale ojedinelý expertní mítink. „Zatímco v roce 2016 jsme se snažili projekt HCiD představit nejširší odborné veřejnosti zabývající se urgentní medicínou, tak v letošním roce jsme se pokusili podívat na problematiku prizmatem zaměřeni expertů, kterých se v Olomouci sešlo asi čtyřicet,“ líčí ředitel ZZS Olomouckého kraje.

Své pohledy a specifické přístupy k řešení bezpečnosti zdravotní péče v krizových situacích v Olomouci tedy představili vedle zdravotníků také vojenští lékaři a zdravotníci, armádní specialisté, kteří poukázali na organizaci zdravotní pomoci při vojenských misích a v ozbrojených konfliktech, zástupci státní správy, akademické sféry i nevládních organizací střední a východní Evropy. Mítinku se zúčastnilo široké spektrum expertů z ČR i zahraničí.

Ukrajinská realita

Mezinárodní část ODUM navázala odpoledne 11. května na český program, který začal již den předem. Sekce byla určena i široké odborné veřejnosti a byla realizována formou panelové diskuse. Osm expertů hovořilo nejen o teoretických, ale hlavně praktických dopadech projektu HCiD. „Mimořádně silný zážitek vyvolalo v posluchačích vystoupení zástupce ukrajinského Červeného kříže Tarase Loginova. Uvědomili jsme si syrovou realitu válečného konfliktu, který probíhá nedaleko od nás. Zajímavá byla ale i další vystoupení, mezi nimi bych rád zmínil prezentaci Jitky Fikarové z Ministerstva vnitra ČR, která hovořila o řešení migrační vlny u nás v roce 2015. Setkala se s velkým ohlasem,“ přibližuje Petr Hubáček.

V pátek 12. května se pak uskutečnily tři paralelní expertní schůze. První byla zaměřená na oblast právních aspektů zdravotní péče při humanitárních katastrofách, druhá na bezpečnost zdravotníků a dalších členů týmů při poskytování zdravotní péče při humanitárních katastrofách, živelných pohromách i válečných konfliktech a třetí se specializovala na postavení armády a armádního zdravotnictví při humanitárních katastrofách a ve válečných konfliktech. Během odpoledne pak byly shrnuty závěry setkání – akcentována byla důležitá role přípravy veřejnosti ještě před případným teroristickým útokem a potřeba jednotného velení a řízení akcí s ohledem na specifika dané země.

Reagovat by měla celá společnost

Česká republika je z pohledu řady expertů zatím bezpečnou zemí. „Na druhé straně všichni víme, že zdravotníci i další členové IZS jsou často vystaveni různým útokům. Jde ale spíše o selhání jednotlivců. Bylo moc dobře vidět, že naše státní správa má velmi kvalitně zpracované postupy a nastavená pravidla, jak v případě humanitárních krizí efektivně reagovat. Prezentace zástupců Ministerstva vnitra a obrany toho byly důkazem. Doufáme, že nebudou muset ověřovat svoji efektivitu při řešení reálných situací,“ uvedl Petr Hubáček

Velmi zajímavou částí programu byla podle ředitele ZZS Olomouckého kraje také prezentace britského programu CITIZEN AID, jehož prostřednictvím je laická veřejnost informována a připravována, jak správně reagovat v situaci teroristického útoku a postupovat tak, aby jeho dopady byly co nejmenší. Na otázku, zdali jsme připraveni na potenciální teroristický útok, doktor Hubáček odpověděl, že státní správa je nyní připravena, a to včetně nastavení spolupráce. „Na teroristický útok se ale zcela nachystat nemůžete. Záleží na masivnosti a typu útoku. Jde o vyvolání paniky, strachu, a tady



Ilustrační foto: Shutterstock

je důležitá příprava široké veřejnosti. Nejde jen o profesionály, ti jsou na velmi dobré úrovni, vždyť jí dosahujeme společnými cvičeními všech složek IZS i armády. Podstatné je ale, aby téměř celá veřejnost dokázala na takovou situaci optimálně reagovat. Program CITIZEN AID je jednou z takových cest,“ doplnil Petr Hubáček.

Jedno velení a řízení

Všichni účastníci, kteří přijeli do hanácké metropole, patří ve svých oborech ke špičkám. „Zmínil bych ředitele Agentury vojenského zdravotnictví, brigádního generála Zoltána Bubeníka, zástupkyni Světové lékařské asociace (WMA) a specialistku na mezinárodní a humanitární právo Clarisse Delorme či Pana Saarista, představitele Mezinárodního výboru Červeného kříže a koordinátora zdravotní péče v humanitárních krizích. Přijela také Erin Downey, lékařka a poradkyně HCiD, či Zoltán Peto, expert na urgentní medicínu z partnerské univerzity v Szegedu.

Z českých expertů bych aspoň zmínil Pavlu Rožánkovou z Ministerstva obrany ČR, Janu Šeblovou, předsedkyni České odborné společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof, či Leo Kleina, chirurga a odborníka na popáleninovou medicínu, který má bohaté zahraniční zkušenosti. Klein byl rovněž zdravotnickým poradcem vrchního velitele vojsk NATO v Evropě,“ upřesnil personální obsazení mítinku Petr Hubáček.

Na setkání byly představeny různé cesty a přístupy v závislosti na nastavených národních pravidlech i mezinárodní spolupráce při poskytování péče v zahraničí. „Myslím, že setkání přispělo k pochopení různých pravidel, kterými se jednotlivé složky musí řídit, a zároveň k porozumění eminentní důležitosti správné koordinace a managementu aktivit všech složek – armády, humanitárních organizací, IFRC a dalších tak, aby byla pomoc skutečně efektivní. Zásada jednoho velení a řízení je klíčová,“ dodal Petr Hubáček.

Koordinace při řešení krizové situace

Prorektorka Univerzity Palackého a členka organizačního výboru konference Ivana Oborná uvedla, že specifikum konference spočívá v setkání expertů, kteří se zabývají problematikou bezpečnosti zdravotní péče v různých oblastech a z různých úhlů pohledu. „Vojenský odborník na určitou konkrétní situaci bude mít odlišný názor než expert Lékařů bez hranic nebo vedoucí hasičského sboru. Odlišná jsou také pojetí a fungování integrovaného zdravotnického systému v České republice, na Slovensku, v Maďarsku či třeba v Polsku. Aby lékaři a zdravotníci mohli zraněným a nemocným pomáhat, nemohou být v permanentním ohrožení. Zároveň by ale měli respektovat podmínky dané oblastí a země. Z informací armádních specialistů vyplývá, že pokud chybí koordinace, mohou některé aktivity spíše uškodit, místo aby přispěly k řešení krizové situace,“ uzavřela Ivana Oborná.

Martin Ježek



Roztroušená skleróza a nejnovější výstup ReMuS

Registr pacientů s roztroušenou sklerózou (ReMus) shromáždil ke konci roku 2016 nejnovější data téměř deseti tisíc pacientů z celé České republiky z patnácti center pro léčbu RS. Získané údaje pomáhají vyhledávat rizikové faktory RS a posoudit efektivitu léčby.

Roztroušenou sklerózou (RS) trpí na světě asi dva a půl milionu lidí. V České republice jde zhruba o 17 tisíc nemocných. Každý rok si diagnózu G35 vyslechne přibližně tisíc lidí. Dvě třetiny registrovaných tvoří ženy, u nichž se onemocnění projevuje přibližně ve 30 letech. Jde o nejčastější neurologické onemocnění mladých osob způsobující invaliditu.

RS se klinicky projevuje atakami, které mohou trvat několik dnů, ale i týdnů. Autoimunitní zánět v centrálním nervovém systému postupně vede k neurodegenerativním změnám a k trvalému poškození nervové tkáně a řady funkčních systémů. Neví se přesně, proč RS vzniká, a zatím ji nelze vyléčit. Nejnovější léčiva, která vstoupila na trh v posledních deseti letech, dokážou nemoc velmi dobře stabilizovat a prodloužit dobu průchodnosti. Zásadní ale zůstává včasná diagnostika.

Léčba v RS centrech

Pro zahájení včasné léčby nemoci je podstatné, aby pacienti byli registrováni a následně léčeni ve specializovaných centrech. V České republice existuje 15 center na diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a ostatních demyelinizačních onemocnění. Jednotlivá pracoviště zajišťují specializovanou diagnostiku a léčbu, včetně speciálních postupů, které vyžadují sledování imunologických či elektrofyziologických parametrů. Odborná pracoviště poskytují komplexní léčbu, jež zahrnuje neurorehabilitaci. Zároveň zajišťují školení, realizují vědecko-výzkumnou činnost v oboru demyelinizačních onemocnění a spolupracují s mezinárodními centry. Činnost center se financuje z prostředků zdravotního pojištění, ale i z dalších zdrojů. Některé speciální činnosti se částečně nebo plně hradí z grantových prostředků a z úhrad sponzorů.

V květnu 2013 vznikl celostátní registr pacientů s roztroušenou sklerózou ReMuS (Register Multiple Sclerosis), který shromažďuje data z jednotlivých pracovišť. Cílem komplexního sběru dat je zmapovat reálnou situaci onemocnění v ČR, získat informace o prevalenci a počtu nemocných, klinických příznacích RS, výskytu relapsů, progresi onemocnění, léčbě, invaliditě, přidružených chorobách a příčinách úmrtí. Ucelený dlouhodobý sběr dat pomáhá v oblasti vědeckého výzkumu RS a ve vývoji nových léků. Může také přispět k lepšímu zhodnocení efektivitu léčby, která je velmi nákladná, a následně poskytnout plátcům zdravotní péče podklady pro plánování finančních prostředků.

Do registru se zapojili pacienti, kteří se léčí v jednom z patnácti specializovaných center pro léčbu RS a byl jim podán jeden z přípravků terapie DMD (disease modifying drugs) nebo IVIG (intravenózní imunoglobuliny). Zároveň také podepsali informovaný souhlas se zpracováním osobních a klinických údajů v registru ReMuS. Jestliže se v květnu 2013 do registru zapojilo 1500 pacientů ze tří center, na konci roku 2016 se zúčastnilo již 9044 pacientů ze všech patnácti center. Do nejnovější analýzy dat, která představuje již osmý export údajů

do registru ReMuS, byli zahrnuti pacienti, kteří měli evidovanou návštěvu ve druhé polovině roku 2016 nebo v průběhu celého roku 2016, což byl případ non-DMD pacientů.

Export dat ReMuS – 2016

V rámci období od 1. 1. 2016 do 31. 12. 2016 tvoří součást registru ReMuS data DMD/IVIG pacientů z patnácti center pro léčbu RS. Nejvíce respondentů pocházelo z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (2086), nejméně z Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně (69). K poslednímu dni roku 2016 dostal registr k dispozici data o léčbě 9044 DMD/IVIG pacientů a 1955 non-DMD pacientů, což je více než šestnásobek oproti prvnímu roku. Nová centra, která se do sběru dat postupně zapojovala, přinesla také různorodost pacientů a jejich léčby. Podařilo se významně snížit i množství chybějících údajů.

Do registru nemocných se v roce 2016 zapojilo 6464 žen a 2580 mužů. Průměrný věk v době poslední ná-

stavuje již značné postižení. Nejvyšší stupeň znamená úmrtí v důsledku RS a v daném případě šlo o jednoho pacienta.

V registru ReMuS se odráží i průběh onemocnění a počet relapsů. Za 12 měsíců se relaps v různé formě vyskytl u 22 procent pacientů. Většina prodělala mírný, až středně závažný relaps, který již zasahuje do aktivit denního života. Naprostá většina komplikací se léčila ambulantně a počty hospitalizací se pohybují kolem 10 procent.

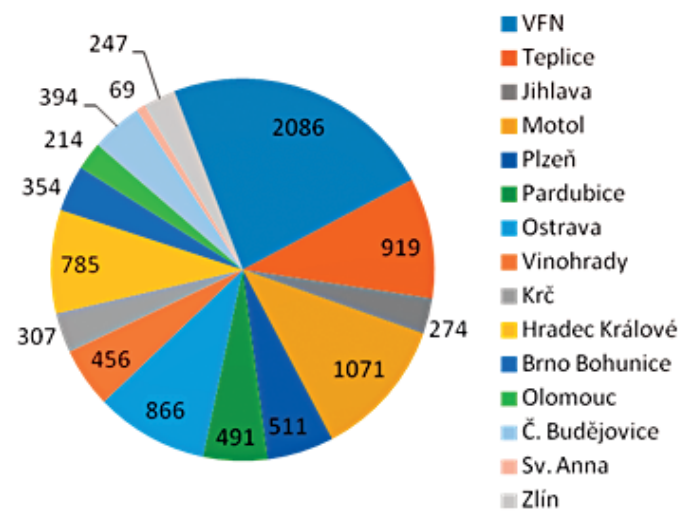
Lidé zařazení do registru nejčastěji užívali léky první volby DMD. Pacienty s IVIG terapií zařadilo do analýzy jen málo center. V rámci podrobnější analýzy léčby se určoval i počet pacientů, kteří v posledním roce nově zahájili, ukončili nebo změnili DMD/IVIG léčbu (7,5 procenta započalo, 2,4 procenta ukončilo a 14,7 procenta změnilo). Součástí souhrnné zprávy registru tvoří i data o ženách, které v daném období porodily. Za 12 měsíců šlo o 137 pacientek, čtyřem pacientkám se narodila dvojčata, jedné pak trojčata.

Výsledky non-DMD pacientů

Centra zaslala k analýze také data non-DMD klientů, kteří užívali DMP nebo IVIG pouze před 1. 1. 2013 anebo je neužívali nikdy. Šlo o 2134 lidí ze sedmi pracovišť, z nichž 1955 má registrovanou alespoň jednu návštěvu v roce 2016. Non-DMD pacienti jsou v průměru starší (53,3 let x 41,3 let) a mají také vyšší věk v době začátku onemocnění (34,9 let x 30,8 let). Mnohem méně z nich aktivně pracuje, neboť 40,2 procenta non-DMD pacientů v době poslední návštěvy pobírá invalidní důchod 3. stupně. Pouze 28,3 procenta nepobírá žádné sociální dávky. V případě DMD/IVIG pacientů je v invalidním důchodu 3. stupně 11,3 procenta lidí. Sociální dávky nepobírá 55 procent. Non-DMD pacienti mají v průměru vyšší EDSS než DMD/IVIG pacienti (4,7 x 2,7). Oproti DMD/IVIG pacientům, jejichž postižení nejčastěji odpovídá stupni 1,5-2 na desetistupňové škále EDSS, nejvíce non-DMD pacientů (23,7 procenta) má hodnotu EDSS 6,5-7. Relapsy se během roku 2016 vyskytly u 5,3 procenta non-DMD pacientů, 10 ženám bez terapie DMD nebo IVIG se narodilo dítě.

Nejnovější výsledky, které zveřejnil nadační fond Impuls, jež je provozovatelem registru ReMuS, stále více naznačují, že biologická léčba je sice nákladná, ale podle docentky Dany Horákové, neuroložky RS centra Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a odborného garanta registru, dokáže u velké části pacientů nemoc velmi dobře stabilizovat, oddálit invaliditu a při včasné nasazení prodloužit období průchodnosti. Aby se však uvedené trendy potvrdily, je zapotřebí, aby se informace sbíraly dlouhodobě. Jestliže se dříve léky nasazovaly až v rozvinutém stadiu nemoci, pak dnes jsou neurologové schopni zahájit u vybraných jedinců léčbu do roka od stanovení diagnózy.

Pavla Perliková



Počty pacientů v jednotlivých centrech zařazených do analýzy

Zdroj: www.nfimpuls.cz

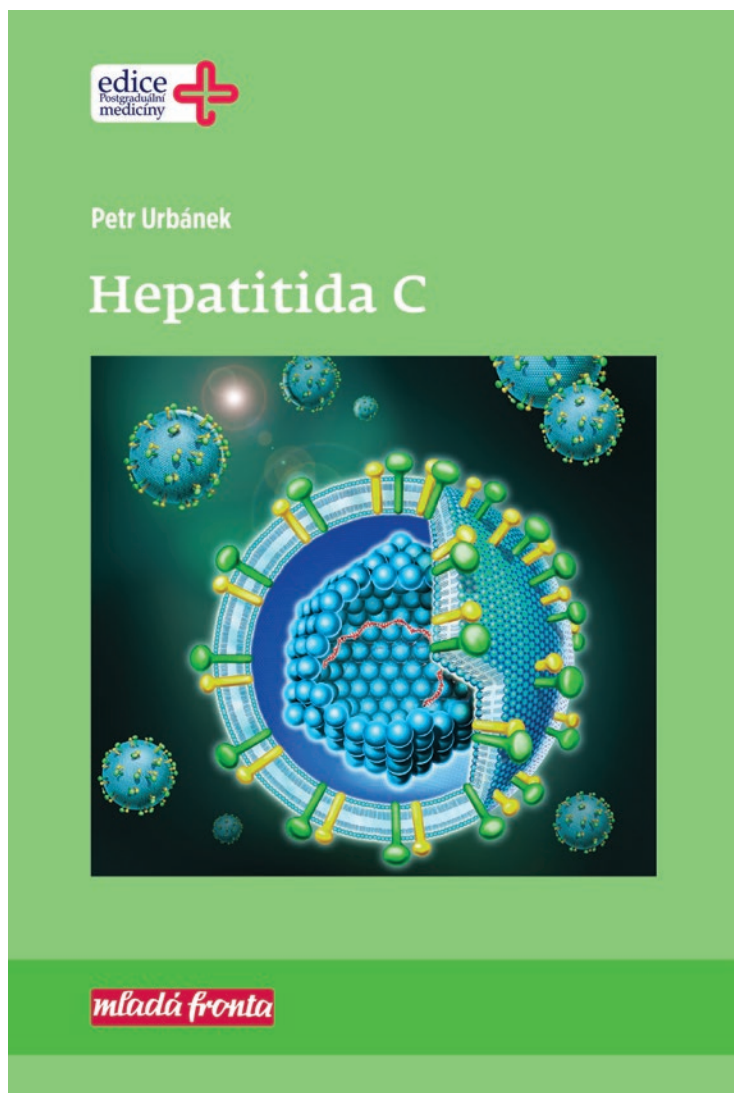
vštevky je 41,3 let. Do registru patří také 34 nezletilých klientů, z nichž je šest mladších 15 let. Průměrný věk v době onemocnění dosahuje 30,8 let. Z výsledků však vyplývá, že se věk v době stanovení diagnózy pohyboval od 3 do 67 let.

Nejvíce pacientů (58,4 procenta) je pojištěno u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Zjišťovaly se rovněž údaje o zaměstnanosti (57 procent pracuje na plný úvazek a 13,5 procenta na úvazek částečný). Téměř 56 procent pacientů nepobírá žádné sociální dávky, a pokud ano, pak nejčastěji dávky odpovídající 1. a 3. stupni invalidity.

Při poslední návštěvě se na základě hodnoty EDSS (Expanded Disability Status Scale) analyzoval i stupeň postižení. Zdravotní stav 36,3 procenta nemocných odpovídá stupni postižení 1,5-2 z desetistupňové škály. Stupeň nula znamená, že je pacient bez obtíží, pět před-

Představujeme publikaci

Hepatitida C



Monografie obsahuje kompletní problematiku týkající se infekce virem hepatitidy C. V úvodu je věnována pozornost historii výzkumu virových hepatitid, historii pátrání po původci non-A, non-B hepatitidy a vlastnímu objevu viru hepatitidy C. Následuje část věnovaná virologii, molekulární genetice a replikačnímu cyklu viru. Dále je pozornost věnována epidemiologii infekce, příčinám rozdílné prevalence infekce v různých geografických oblastech či v 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 je věnována terapeutickým možnostem onemocnění, a to jak variantám léčby v současné době opouštěným, tak ale i moderním léčebným kombinacím přímo působících virostatik.

Autor: Petr Urbánek

Doporučená cena 550 Kč

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

**MEDICAL
SERVICES**

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

mladá fronta



Psoriáza: komorbidity a bezpečnost léčby

V rámci XIII. kongresu českých a slovenských dermatovenerologů, který se konal ve dnech 8.–10. června 2017 v Olomouci, proběhlo sympozium „Update biologické léčby psoriázy – bezpečnost, komorbidity a propojení s Crohnovou nemocí“. Odborným garantem a moderátorem bloku byl MUDr. Slavomír Urbanček, Ph.D., z Dermatovenerologické kliniky FNŠP F. D. Roosevelta v Banské Bystrici. Sympozium podpořila společnost Janssen-Cilag.

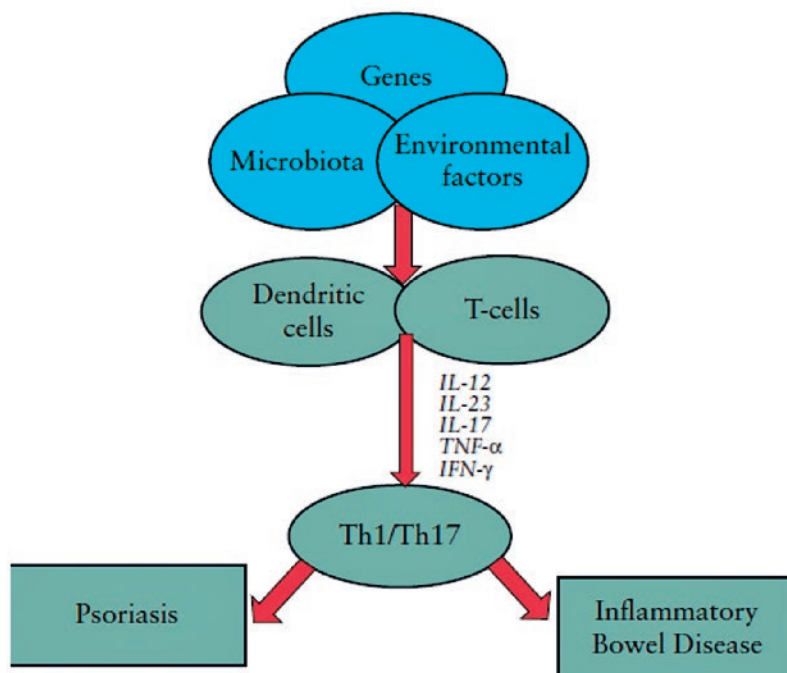
Na propojení Crohnovy nemoci s psoriázou se v úvodním příspěvku zaměřil MUDr. Přemysl Falt, Ph.D., z Centra péče o zažívací trakt Vítkovické nemocnice. Upozornil tak na důležitost spolupráce dermatologa a gastroenterologa. Jak uvedl přednášející, data publikovaná v odborných časopisech (Annals of the Rheumatic Diseases 2013, Journal of Gastroenterol 2009) ukazují na zvýšený výskyt idiopatických střevních zánětů (IBD) u pacientů s psoriázou a zvýšené riziko vzniku Crohnovy choroby u žen s psoriázou.

Crohnova choroba a psoriáza: Kazuistiky

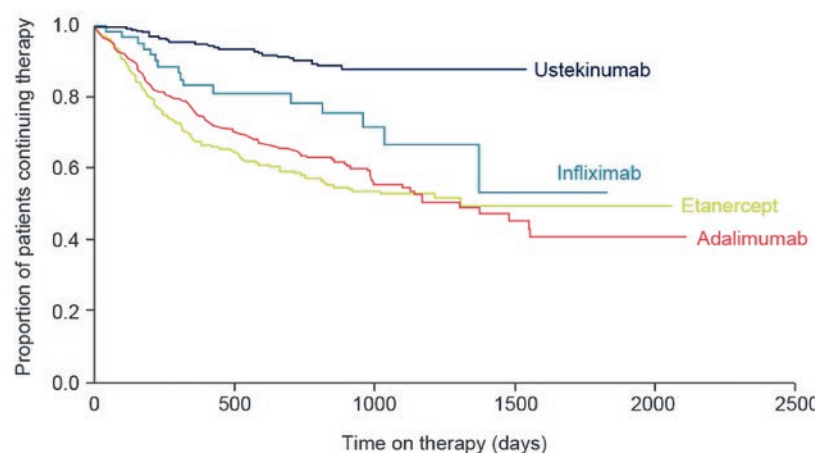
Propojení obou onemocnění prezentoval MUDr. Falt na třech kazuistikách. V prvním případě šlo o 63letou pacientku s Crohnovou chorobou a psoriázou, která byla léčena infliximabem, po němž došlo k vyhojení střevního zánětu, vymizení projevů psoriázy a k dlouhodobé remisi.

V další kazuistice šlo o 27letou ženu trpící Crohnovou chorobou s postižením tlustého střeva a ilea. Pacientka byla léčena adalimumabem, po němž bylo dosaženo remise. Jako nežádoucí účinek léčby se však objevila těžká palmoplantární psoriáza a kompletní alopecie. Adalimumab byl proto vysazen, k regresi změn však docházelo pomalu, v průběhu šesti měsíců. Pro relaps Crohnovy choroby byl nasazen methotrexát, který měl za následek polékovou hepatopatii. Po vysazení methotrexátu opět došlo k relapsu, lékaři tudíž zvažují léčbu ustekinumabem.

V třetí kazuistice se jedná o 26letého muže s Bechtěrevovou nemocí diagnostikovanou v roce 2014. Pacient byl v roce 2015 zařazen do studie testující účinek anti-IL-17 léčby (secukinumab). Následně se v roce 2016 objevila ulcerózní kolitida s těžkým akutním vzplanutím na začátku roku 2017 a pouze částečnou odpovědí na systémové kortikosteroidy. Byla vysazena studijní medikace a nasazena záchranná léčba infliximabem. Po dvou měsících došlo ke klinické remisi.



Předpokládaný společný mechanismus patogeneze psoriázy a IBD



PSOLAR: přetrvávání na biologické léčbě u bio-naivních pacientů

Nežádoucí účinky anti-TNF alfa léčby

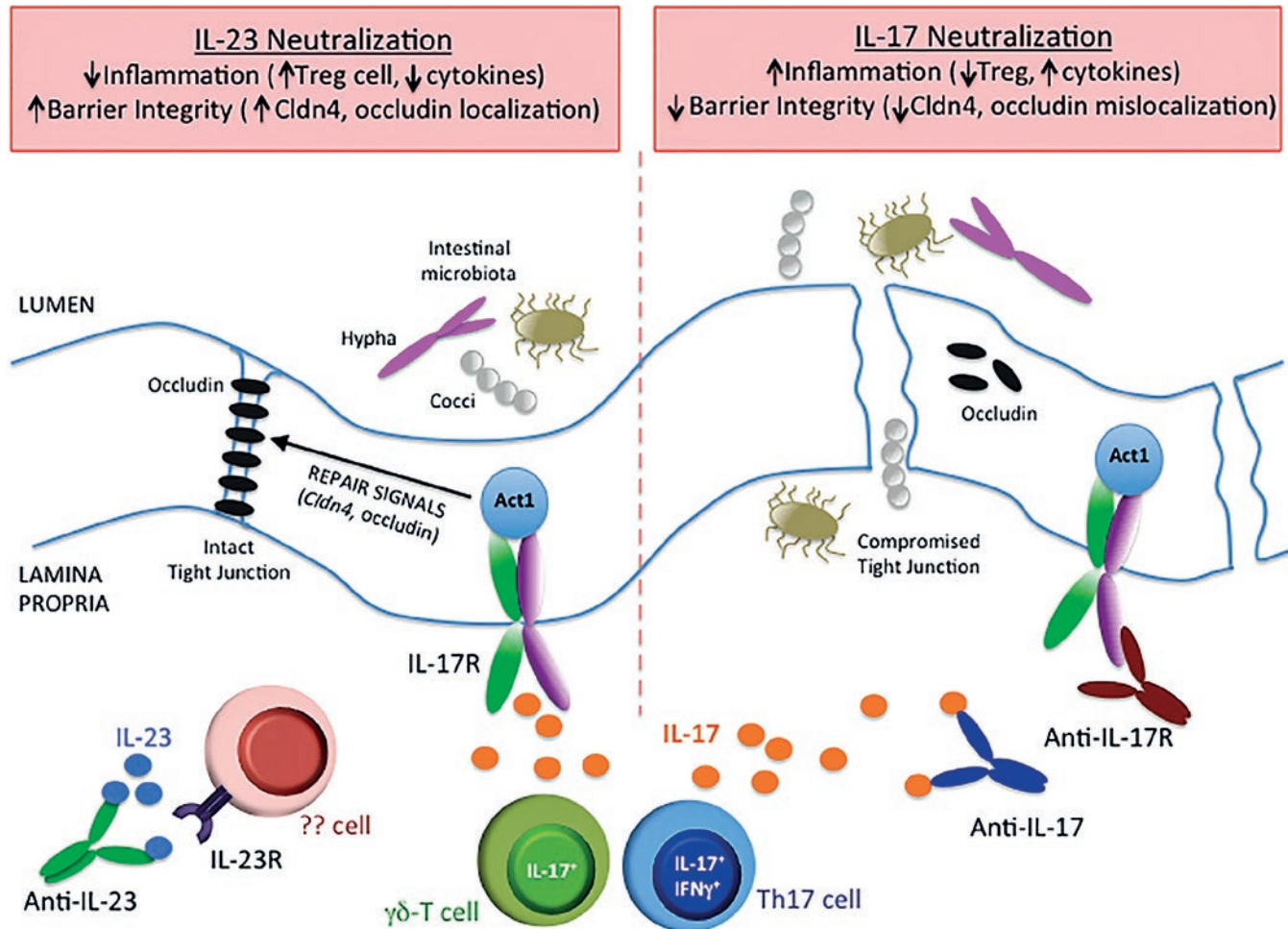
MUDr. Falt dále prezentoval výsledky studie s více než 400 pacienty s IBD léčenými pomocí anti-TNF alfa. U pacientů, u nichž se objevily psoriatické projevy (5 %), byl s úspěchem využit ustekinumab, po němž

došlo ke kompletní regresí kožních psoriatických lézí. Komplikace anti-TNF alfa léčby, projevující se indukovanou psoriázou, zkoumala metaanalýza 47 studií, v nichž bylo sledováno 222 pacientů s Crohnovou chorobou. Po vysazení anti-TNF alfa léčby došlo ke zlepšení asi u třetiny pacientů. MUDr. Falt v závěru shrnul, že psoriaformní léze jsou relativně častou komplikací anti-TNF léčby využívané u idiopatických střevních zánětů.

I přes předpokládanou společnou patofyziologii psoriázy a Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy může terapie psoriázy pomocí anti-IL-17 léky vyvolat exacerbaci nebo vznik nespecifického střevního zánětu. Účinnou a bezpečnou terapeutickou modalitou v léčbě středně těžkých a těžkých forem Crohnovy choroby je ustekinumab.

Diabetes a psoriáza

Na další významnou komorbiditu psoriázy, diabetes mellitus, upozornil prim. MUDr. Peter Kozub, Ph.D., z Dermatovenerologického oddělení FNŠP Nové Zámky v příspěvku „Pacient s inzulínovou rezistencí, diabetes mellitus a psoriázou“. Že metabolický syndrom a inzulínová rezistence zhoršují klinický průběh psoriázy a mezi oběma onemocněními je významná korelace, prezentoval přednášející na výsledcích několika studií. Populační zkřížená studie Cohena a kol., která porovnávala téměř 17 tisíc pacientů s psoriázou a 75 tisíc pacientů bez psoriázy, potvrdila, že výskyt diabetu mellitu byl signifikantně vyšší u pacientů s psoriázou. Rozvoj diabetu u těchto pacientů může souviset s délkou trvání ohrožení, intenzitou zánětu a dlouhodobým používáním lokálních kortikosteroidů. Jiná studie ukázala, že prevalence diabetu mellitu je u pacientů s psoriázou zvýšená o 59 procent oproti jedincům bez psoriázy a u pacientů s psoriázou je o 27 procent vyšší riziko rozvoje diabetu mellitu. U pacientů s psoriázou byl prokázán také 2x častější výskyt nealkoholické steatózy jater (NASH), přičemž je známo, že NASH je rizikovým faktorem rozvoje dia-



Komplikace anti-IL-17 léčby. Anti-IL-17 (secukinumab, ixekzumab) mohou vyvolat exacerbaci/de novo IBD

Zdroj: *Immunity* 2015; 43: 620-622

Koincidence Crohnovy nemoci a psoriázy

↑ výskyt IBD u pacientů s psoriázou

- 12 vs. 24 000 pts, 0,5 vs. 0,2 %

(Cohen AD, et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:561-5. 2.
Salvarani C & Fries W. *World J Gastroenterol.* 2009;15:2449-55. 3.
Van Praet L, et al. *Ann Rheum Dis.* 2013;71:(Suppl 3):564. 4.
Van Praet L, et al. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:414-7)

↑ riziko vzniku CD u pacientů s psoriázou

- 174 000 žen - CD RR 3,86 (2,23-6,67) - zejm. s PsA
x UC RR 1,17 (0,41-3,36)

(*Li WQ Ann Rheum Dis* 2013)

fenotyp psoriázy u IBD pacientů

- ↓ těžkých forem psoriázy
- ↓ výskyt plakové psoriázy, postižení nehtů a artritidy

(*Lolli EJ Crohns Colitis* 2015)

betu mellitu. Rovněž výskyt mikro- a makrovaskulárních komplikací diabetu je vyšší u pacientů s psoriázou.

Ustekinumab – bezpečná modalita léčby psoriázy
V posledním příspěvku se prim. MUDr. Spyridon Gkalpaktiotis, MBA, Ph.D., z Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK a FNKV Praha, zaměřil právě na

bezpečnost léčby ustekinumabem v teorii a reálné klinické praxi. Ustekinumab neboli plně humánní monoklonální protilátka je k dispozici od roku 2009. Jedná se o první biologikum ze skupiny léků, které cíleně inhibují účinek IL-12 a IL-23. Indikován je k léčbě středně závažné, až závažné ložiskové formy psoriázy u dospělých pacientů, u kterých nebyla jiná systémová terapie včetně fototerapie dostatečně účinná, případně je terapie kontraindikována nebo ji pacient netoleruje.

Data z registru PSOLAR

MUDr. Gkalpaktiotis prezentoval data z mezinárodního registru PSOLAR (Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry) s více než 12 tisíci pacienty, která porovnávala přetrvávání na biologické léčbě u pacientů s psoriázou užívajících jeden z uvedených léků: adalimumab/etanercept/infliximab/ustekinumab. Nejdelší přetrvání na léčbě měl ustekinumab. Ze sledování nežádoucích účinků léčby (malignity, závažné infekce, mortalita) dále vyplynulo, že ustekinumab má ve srovnání s ostatními biologickými i nebiologickými preparáty příznivý bezpečnostní profil, zejména nízký výskyt malignit, závažných kardiovaskulárních příhod (MACE) a závažných infekcí.

Nejnovější data, publikovaná na AAD kongresu 2017 v americkém Orlando, z pětiletého sledování přinesla zjištění, že ustekinumab a methotrexát nezvyšují všeobecné riziko malignity u pacientů s psoriázou. Riziko však může zvyšovat dlouhodobá léčba pomocí anti-TNF alfa biologik. Velká postmarketin-
gová studie PSOLAR potvrdila, že ustekinumab má velmi dobrý bezpečnostní profil a dlouhodobou účinnost, uzavřel MUDr. Gkalpaktiotis.

Take home messages

V závěru symposia MUDr. Urbanček shrnul hlavní body symposia, které by si účastníci měli „odnést domů“.

- Ustekinumab se může používat k léčbě pacientů s psoriázou i Crohnovou chorobou.
- Léčba psoriázy blokátory IL-17 může zvyšovat riziko vzniku nebo exacerbace nespecifického střevního zánětu.
- Ustekinumab nemá signifikantní vliv na riziko vzniku MACE v porovnání s lokální léčbou a fototerapií.
- Ustekinumab je účinný a bezpečný lék.

MUDr. Andrea Skálová

Revoluční způsob léčby diabetu mellitu – endoskopicky!

Institut klinické a experimentální medicíny začal testovat nový, přelomový typ léčby nemocných s diabetem mellitem 2. typu (DM2). Endoskopickou cestou zavedený laser oslepí nervové buňky ve dvanáctníku a změní tak jejich fungování.

„Jde o miniinvazivní metodu, kdy při částečné anestezii zavedeme pacientovi přes ústa do dvanáctníku speciální katétr s laserem DiaGone. Ten dokáže zacílit na nervové buňky ve stěvné stěně a oslepit je bez poškození okolní tkáně. Buňky totiž dokážou rozlišit, co a v jakém množství dvanáctníkem prochází, a rozhodují pak i o tom, zda například sacharidy uložit do zásob na horší časy, nebo je rovnou spálit. Mají tedy přímo vliv na to, jak s nimi tělo naloží. Tím, že 50–80 procent těchto nervových buněk laserem oslepíme, ‚zmateme‘ lidské tělo, a to pak zásadně změní nastavení metabolismu a sníží hladinu cukru v krvi, což bude znamenat zlepšení nebo vyléčení diabetu 2. typu,“ popisuje gastroenterolog a vedoucí projektu MUDr. Marek Beneš. Zárok trvá přibližně 15 minut a je ambulantní. Normálně jíst mohou pacienti už druhý den po zákroku.



Ilustrační foto: Shutterstock

Nahrazuje bariatrickou operaci

Využití laseru DiaGone dává naději téměř 800 tisícům pacientů s DM2. „Už delší dobu naše i světové výzkumy ukazují, jak důležitou roli při léčbě diabetu hraje počáteční část tenkého střeva, duodenum. Do současnosti byly obvyklou možností, jak jeho funkci ovlivnit, některé bariatrické operace, což jsou ale mnohdy poměrně náročné operační zákroky vyžadující přemostění. Tím lze docílit toho, aby jídlo, které sníme, dvanáctníkem vůbec neprocházelo. Operace však mohou být zejména u těžce obézních pacientů rizikové a zatížené velkým výskytem komplikací. Navíc, řada pacientů

ani nemůže operaci v celkové narkóze podstoupit, a tak je jim chirurgická léčba nedostupná.

Nová metoda oslepení buněk dvanáctníku je elegantní a pacienta zatěžuje zcela minimálně. Výsledky jsou navíc okamžité. Podle pilotních studií se daří cukrovku kompenzovat do několika týdnů a jako příjemný vedlejší efekt je zde také mírné snížení hmotnosti, což boj s chorobou dále ulehčuje. S diabetem souvisí mnoho přidružených onemocnění jako vysoký krevní tlak, ateroskleróza nebo problémy s ledvinami. To vše by se díky účinné léčbě diabetu mohlo také výrazně zlepšit,“ vysvětluje diabetolog a zástupce přednosty Centra experimentální medicíny IKEM prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.

Návaznost na EndoBarrier

Nová metoda, kterou vyvinuli vědci v Izraeli, by v budoucnu mohla přinést globální řešení. IKEM získal šanci se do projektu zapojit jako první evropská země, a to na základě předchozí zkušenosti a vynikajících výsledků speciálního „rukávu“ EndoBarrier, který se zavádí endoskopicky do dvanáctníku. „EndoBarrier jsme od roku 2013 implantovali 160 pacientům. V našem centru dosahujeme až 50procentního poklesu nadváhy a zlepšení kompenzace diabetu až u 90 procent pacientů, to znamená, že jim glykovaný hemoglobin klesl o 20 mmol/mol. Laserové řešení pomocí DiaGone má tu výhodu, že ho oproti EndoBarrier není potřeba po 6–12 měsících odstranit. Zárok je trvalý a v případě potřeby se dá snadno opakovat,“ říká přednosta Kliniky hepatogastroenterologie IKEM prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

Centrum diabetologie IKEM pečuje o tisíce pacientů s DM2. Pilotní projekt léčby chce ale nabídnout široké veřejnosti bez ohledu na trvalé bydliště. „Vzhledem

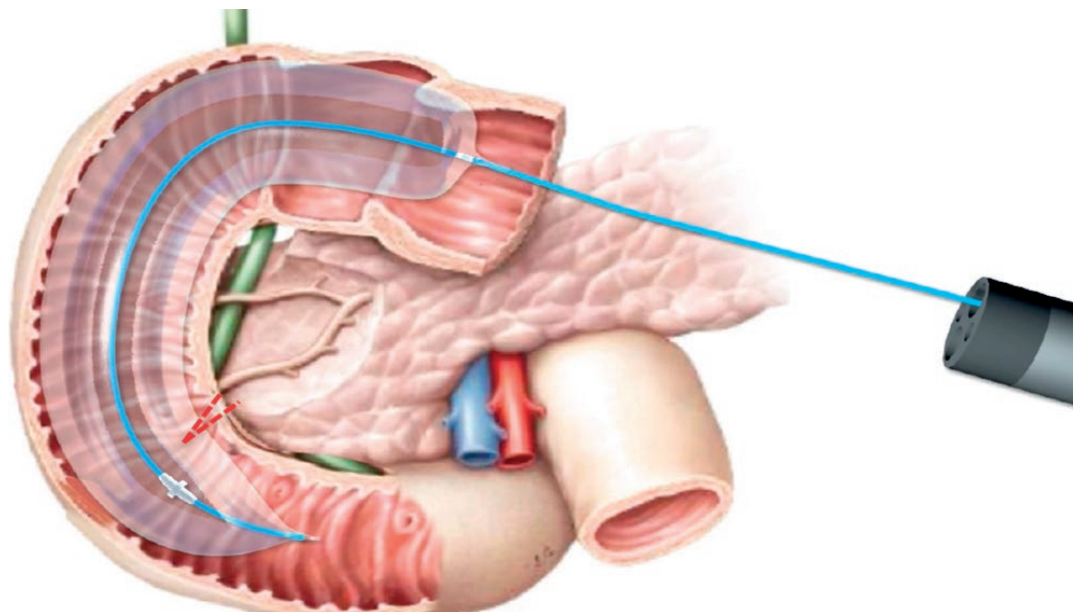


Nový způsob léčby médiím představili (zprava) Marek Beneš, Martin Haluzík, Julius Špičák

k tomu, že se jedná o pilotní projekt a zcela novou metodu, musí pacienti s diabetem 2. typu splňovat přísná kritéria, aby jim zákrok mohl být proveden. Jejich anti-diabetická léčba by neměla obsahovat inkretinovou léčbu gliptiny ani GLP-1 agonisty. Dále by neměli být léčeni žádnou injekční léčbou – ani inzulínem, ani jinými injekcemi. Neměli by mít léky zvyšující vylučování glukózy močí, tzv. glifloziny, a v neposlední řadě je další podmínkou určitý stupeň nadváhy či obezity. U mužů by měl být obvod pasu minimálně 104 cm, u žen pak 94 cm. Mělo by se zkrátka jednat o špatně kompenzované diabetiky, kteří mají glykovaný hemoglobin vyšší než 58 mmol/mol.

Zatím v rámci pilotního projektu počítáme s přibližně 100 až 150 pacienty, kteří budou mít léčbu zcela zdarma. Vše totiž financuje izraelská strana, která DiaGone vyvinula. Pokud se nám podaří vytvořit z nového zákroku rutinní metodu, znamenalo by to do budoucna šetrnější přístup pro velké množství nemocných, ale i výrazné snížení nákladů na léčbu diabetiků. Jeden zákrok by totiž nahradil neustálou potřebu léků, inzulínových per a glukometrů,“ doplňuje MUDr. Aleš Herman, Ph.D., ředitel IKEM.

Zdroj a 2x foto: IKEM, (red)



Katétr s laserem DiaGone

Inkontinence

– noční můra společnosti

Únik moči má nejen psychologické, ale rovněž sociální, ekonomické a právní konotace. Lidé stárnou a umírají daleko pomaleji, a proto se inkontinence bude týkat stále více pacientů. Partnerem tradiční akce, kterou každoročně pořádá spolek Incoforum, byla divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta.

Demografická situace Evropanů je jasně a zřetelně předvídatelná. Populace stárne, a zároveň se dožíváme vyššího věku, což jsou předpoklady pro polymorbiditu. Češi totiž umírají v průměrném věku 85 let. „Patříme mezi země, kde je jedna z největších incidencí karcinomu prostaty. Výskyt zhoubného nádoru prostaty obecně celosvětově stoupá,“ upozornil na hlavní příčinu urologických obtíží u mužů prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc., přednosta Urologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha a prezident Incofora.

I muži se pomočují

O inkontinenci moči u mužů se ve společnosti moc nehovoří. Proto je potřeba problematiku medializovat a detabuizovat. Kromě karcinomu prostaty jsou dalšími příčinami neurologické komplikace či pánevní traumata. Většina míšních poranění je podle profesora Hanuše následována právě poruchami inkontinence. Možnost léčby spočívá zejména ve fyzioterapii a změně životního stylu, dostatku pohybové aktivity a redukci hmotnosti. Farmakoterapie je další formou léčby a velkou kapitolou jsou pak protetika. „Mezi užívané chirurgické metody u mužů patří manžeta kolem močové trubice a zkouší se páska pod močovou trubicí. Je nutné použít multimodální terapii,“ zdůraznil možnosti léčby prezident Incofora.



Incoforum, z. s.

- mezioborové sdružení zabývající se problematikou inkontinence moče,
- realizuje osvětový program zaměřený na pacienty, širokou veřejnost, média, plátce péče i decizní sféru.

Mediální projekty

Incoforum vytváří také mediální projekty a pod vedením doc. MUDr. Jana Krhuta, Ph.D., primáře Urologické kliniky FN v Ostravě, provedlo výzkumný projekt zaměřený na kvalitu života inkontinentních žen. Z výsledků šetření vyplývá, že 40 procent žen se domnívá, že problém je v jejich vysokém věku, a pětina z nich pak nedokáže říct, při jaké příležitosti k úniku moči došlo, a proto o onemocnění nemluví ani s lékařem. „Jestli žena vyhledá pomoc, nezávisí ani na úrovni vzdělání, ani zaměstnání, počtu dětí nebo psychologických faktorech, ale odpovídá stupni její nespokojenosti,“ uvedl k možnostem diagnostiky MUDr. Lukáš Horčíčka z Urogynekologické ambulance GONA a předseda Správní rady Incofora. Pouze čtvrtina pacientek je operována nebo léčena medikamentózně a rehabilitačně pomocí cvičení pánevního dna.

Cílem studie bylo zjistit, jaký vliv má inkontinence na kvalitu života, a objektivně posoudit typ a závažnost inkontinence. Šetření probíhalo formou dotazníků a tzv. vložkovým testem. Změnou váhy vložky lze zjistit, zda jde o kontinenci, či inkontinenci. Podle závažnosti se pak inkontinence dělí do tří stupňů: mírná (4–20 ml/24 hod.), střední (21–74 ml/24 hod.) a závažná (více než 75 ml/24 hod.). „U souboru přes 300 jedinců došlo překvapivě k tomu, že jsme neprokázali lineární vzestup nespokojenosti. Zjistili jsme rovněž, že největší vliv na kvalitu života má již mírná inkontinence,“ vysvětlil výsledky zkoumání doktor Horčíčka. Podle validizovaných světových dotazníků nejsou zásadním problémem velké úniky moči, ale zhoršenou kvalitu života pociťují pacienti už při nepatrném množství.

Noční močení

Primář urologického oddělení Thomayerovy nemocnice a člen Správní rady Incofora doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., představil nejčastější mikční symptom se závažnými zdravotními, ekonomickými a společenskými důsledky. Pacient trpící nykturií má potíže pojmut adekvátní objem moči. Podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) je definována jako stížnost na probuzení z nočního spánku pocitem nucení



Tisková konference se konala v krásném prostředí Restaurace Mlýnec

Foto: Jana Schrammová

na močení, zároveň však musí předcházet i následovat spánek. „Jedno močení za noc postihuje více než polovinu populace. U 20 až 35 procent lidí všech věkových kategorií a pohlaví se objevují dvě a více močení za noc,“ upozorňuje na vysokou incidenci docent Zachoval.

Pokud se vyskytují dvě a více močení za noc, pak jde o velmi obtěžující symptom, protože narušuje přirozenou regenerační funkci spánku, a může způsobit také zvýšenou denní spavost, zvyšuje také riziko nehod, nepozornosti, pádů a úrazů v průběhu dne. U pacientů, u nichž se nykturie vyskytuje, je prokázána jednoznačně zvýšená morbidita i mortalita, mají rovněž více kardiovaskulárních příhod nebo vyšší výskyt diabetu.

Diagnostika je velmi jednoduchá. Pacienti si vedou tzv. mikční deník, z kterého se potom zjistí, jaké porce moči vylučují v noci. „Léčba noční polyurie spočívá v podávání desmopresinu, který na noc tvorbu moči ztlumí. Produkce poté probíhá další den v poledne, takže pacient moč neretinuje,“ uvedl možnosti terapie Zachoval. Hormon byl vyvinut v 60. letech českým chemikem Ing. Milanem Zaoralem, DrSc. Jeho přínos ocenila i Světová zdravotnická organizace (WHO), která ho uvedla mezi patnácti nejvýznamnějšími léky.

Možnosti léčby seniorů

„V Evropě bude za dva roky odhadem více než tři miliony 75 až 79letých mužů a dalších 2,5 milionu nad 80 let, kteří budou trpět závažnou inkontinencí typu hyperaktivního měchýře,“ předestřela vyhlídky Evropanů prof. MUDr. Eva Topinková, CSc., přednostka Geriatrické kliniky 1.LF UK a VFN v Praze a rovněž členka Správní rady Incofora.

Možnosti současné léčby inkontinence u seniorů vidí hlavně v preventivní režimové léčbě, pod níž spadá jak tělesný pohyb, tak také zdravý životní styl. Při úniku moči pak pravidelný pitný a mikční režim i vedení mikčního deníku. Podle ní onemocněním v České republice trpí 1,2 milionu osob, z čehož je 250 tisíc seniorů. Výskyt se však liší v různých věkových skupinách, proto nejde o homogenní skupinu.

Nejjednodušší způsob předcházení zhoršení kvality života je používání inkontinenčních vložek. Plátcí zdravotní péče se ale domnívají, že jsou nákladné, zatímco ve Švédsku se řídí pravým opakem. „Nákladová efektivita se hodnotí s ohledem na danou zemi. Je s podivem, že si můžeme dovolit implantovat kardiostimulátory za miliony korun a můžeme si také dovolit drahou biologickou léčbu pro jednoho pacienta, ale už není v našich silách zaplatit ženám dostatečně kvalitní život. Je to o tom, jaké priority si ve zdravotnictví nastavíme,“ uvedla k současné úhradové vyhlášce prof. Topinková.

Noční můra seniorů

Probouzení nutkavým pocitem na močení je častým zdravotním problémem nejen seniorů. Trápí totiž 10 až 15 procent matek malých dětí. „Jako neurolog a teď už gerontoneurolog musím říct, že se noční nutkání velice často manifestují u dospělých a seniorů, kteří v dětství trpěli nočním močením pomočováním,“ uvedl k nočním epizodám prof. MUDr. Martin Bojar, CSc., z Neurologické kliniky 2. LF a FN Motol.

Depresivita starší populace podle něj velice úzce souvisí s fetorem, což je zápach, který provází inkontinenci a který dramaticky zhoršuje výkonnost limbického systému. „Noční močení je noční můra, jež je úzce spojena s poruchami spánku, s živými a děsivými sny a nemá daleko k somnambulismu,“ upozornil na psychologickou rovninu profesor Bojar. Lidé trpící nykturií nejen hůře usínají, ale horší jsou také i jednotlivé fáze spánku, a proto stále více seniorů začíná používat hypnotika, která se mohou podílet na úzkosti. Hrozí však také vyšší riziko pádu. Nykturií netrpí jenom pacient sám, ale i osoby blízké a pečující, které mají pocit, že v péči zklamaly. Inkontinence se tedy nedotýká pouze pacientů, ale celé společnosti.

Denis Drahoš

**Výběrová řízení****Zdravotnický zástupce
přednosta Pneumologické kliniky
2. LF UK a FN Motol**

Ředitel Fakultní nemocnice v Motole vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:

- **Zdravotnický zástupce přednosta
Pneumologické kliniky
2. LF UK a FN Motol**

Požadavky:

- lékařská fakulta,
- specializovaná způsobilost v oboru pneumologie a ftizeologie,
- min. 5 let praxe v oboru,
- organizační a řídicí schopnosti,
- aktivní znalost alespoň jednoho světového jazyka,
- dobrá uživatelská znalost PC (MS Office, UNIS),
- orientace v ekonomice zdravotnictví.

K přihlášce doložit:

- životopis s přehledem dosavadní praxe,
- kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů,

- lustrační osvědčení dle zákona č. 451/91 Sb. *),
- čestné prohlášení ve smyslu § 4 odst. 3 zákona č. 451/91 Sb. *),
- doklad o členství v ČLK,
- doklad o zdravotní způsobilosti,
- dvě reference od odborných ručitelů.

Přihlášky zašlete v obálce s označením „Výběrové řízení“ do 30. 6. 2017 na sekretariát personální náměstkyně FN v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5.
*) nevztahuje se na uchazeče narozené po 17. 11. 1971.

M171000318

**Vedoucí odboru
financování zdravotních služeb**

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.,
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice vypisuje
výběrové řízení na obsazení místa::

- **Vedoucí odboru financování
zdravotních služeb**

Požadavky:

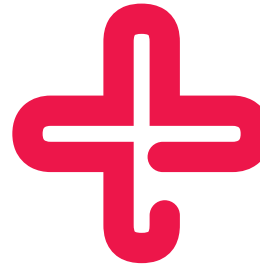
- ukončené VŠ vzdělání,

- min. 3 roky praxe u poskytovatele zdravotních služeb,
- min. 3 roky zkušeností s vedením a řízením zaměstnanců,
- znalost oblasti zdravotní péče a zdravotních služeb,
- orientace v legislativě zdravotnictví,
- organizační dovednosti a odolnost vůči stresu,
- schopnost vést a motivovat podřízené,
- komunikační a prezentační dovednosti.

Detailní informace jsou uvedeny na:
www.nempk.cz/centrala.

**Uzávěrka přihlášek je 30. 6. 2017
ve 12.00 hodin.**

M171000332



**NEMOCNICE VYŠKOV,
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE,
PŘIJME:**

**LÉKAŘE /KU – OBOR:
• UROLOGIE • GYNEKOLOGIE
A PORODNICTVÍ • RADIOLOGIE
A ZOBRAZOVACÍ METODY
• OTORINOLARYNGOLOGIE
(ORL)**

POŽADUJEME:

- s atestací v oboru, popřípadě s kmenem
- odbornou a zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost
- licenci ČLK

NABÍZÍME:

- platové podmínky dle odborné způsobilosti a délky praxe
- dovolenou 5 týdnů
- dobré pracovní podmínky
- možnost dalšího vzdělávání
- nástup po dohodě
- příspěvky FKSP na stravování, placené výročí

**Bližší informace:
e-mail: menouskova@nemvy.cz,
tel. 517 315 130**

Inzerce M171000296



ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA




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



Léčba suchého a dráždivého kašle



Drosetux[®] neo

Léčba suchého a dráždivého kašle

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



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



AquaKlim, s.r.o.

Sanatoria Klimkovice (v blízkosti Ostravy) přijme



FYZIOTERAPEUTY/ERGOTERAPEUTY

s možností vycestovat do zahraničí

Požadujeme:

- středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání obor fyzioterapeut/ergoterapeut
- částečnou znalost angl. jazyka
- odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění
- morální a občanskou bezúhonnost
- samostatnost, spolehlivost a aktivní přístup
- schopnost týmové spolupráce

Nabízíme:

- zájem velké a stabilní společnosti
- nástupní mzdu absolventa od 20.300 Kč, mzdu registrovaného fyzioterapeuta s praxí dle interního kariérního řádu do výše 43.000 Kč

- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání
- roční odměny (třináctá mzda)
- příspěvek na penzijní pojištění a příspěvek na stravování
- možnost ubytování, následně možnost přidělení bytu
- po zapracování v Sanatoriích Klimkovice možnost vycestovat do země Arabského poloostrova s pracovním kontraktem na dobu 3, 12 nebo 24 měsíců. Díky této příležitosti načerpáte mnoho profesních zkušeností. Výše měsíční mzdy se pohybuje okolo 3350–4000 USD s dalšími benefity navíc. Ve volném čase budete mít prostor na cestování a poznávání. Nástup možný ihned nebo podle dohody.

Žádosti o zaměstnání s profesním životopisem zasílejte na e-mail: kariera@sanklim.cz, tel. 556 422 122.

Inzerce M171000356



Nemocnice Tábor a.s.

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s.,
přijme:

LÉKAŘE/LÉKAŘKU ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v kterémkoli z oborů interních, chirurgických, urologickém, neurologickém, ortopedickém, pediatrickém nebo s kmenem ze všeobecného praktického lékařství, popř. zařazení v přípravě na specializaci
- vhodné i pro absolventy
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- trvalý pracovní poměr
- dobré mzdové podmínky
- výhodné podmínky pro specializační vzdělávání bez podmínky závazku
- náborový příspěvek až 100 tis. Kč (podle úrovně vzdělání)
- zvýhodněné stravování ve vlastní jídelně
- základní výměru 5 týdnů dovolené + 1 týden dodatkové dovolené
- příspěvek na penzijní připojištění
- ubytování na ubytovně v areálu nemocnice

Bližší informace podá:
Iva Glatzová, vedoucí personálního odd., tel. 605 236 271,
e-mail iva.glatzova@nemta.cz

Inzerce M171000342



Nemocnice Tábor a.s.

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s.,
přijme:

PRIMÁŘE/PRIMÁŘKU ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

Požadavky:

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

Nabízíme:

- trvalý pracovní poměr
- pružnou pracovní dobu
- nadstandardní smluvní mzdu
- náborový příspěvek 200 tis. Kč
- pravidelné čtvrtletní odměny v rámci hmotné zainteresovanosti
- zvýhodněné stravování ve vlastní jídelně
- základní výměru 5 týdnů dovolené + 1 týden dodatkové dovolené
- příspěvek na penzijní připojištění

Bližší informace podá:
MUDr. Jana Chocholová,
místopředsedkyně př.,
tel. 777 140 384,
e-mail jana.chocholova@nemta.cz.

Inzerce M171000341

Inzerce M171000328



Nemocnice Tábor a.s.

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s.,
přijme:

LÉKAŘE/KU PRO PLICNÍ ODDĚLENÍ LÉKAŘE/KU PRO ODDĚLENÍ ARO

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v daném oboru popř. zařazení v přípravě na specializaci
- vhodné i pro absolventy
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- trvalý pracovní poměr
- dobré mzdové podmínky
- výhodné podmínky pro specializační vzdělávání bez podmínky závazku
- zvýhodněné stravování ve vlastní jídelně
- základní výměra 5 týdnů dovolené + 1 týden dodatkové dovolené
- příspěvek na penzijní připojištění
- ubytování na ubytovně v areálu nemocnice

Nástup dle dohody.

Nemocnice Tábor, a.s. má akreditaci
MZ ČR v oboru pneumologie
a ftizeologie – II. stupeň; v oboru
anestezie a resuscitace – I. stupeň

Bližší informace podá:

MUDr. Kamil Kleňha, primář oddělení TRN
tel. 381 606 400
e-mail: kamil.klenha@nemta.cz
MUDr. Radovan Prchlík,
primář oddělení ARO
tel. 381 605 000
e-mail: radovan.prchlik@nemta.cz



LÁZNĚ LUHAČOVICE, A.S.,

přijmou do svého týmu
samostatně pracujícího lékaře
s atestací v oborech:

**RFM, PEDIATRIE, VNITŘNÍ
LÉKAŘSTVÍ, PNEUMOLOGIE,
ORTOPEDIE NEBO
NEUROLOGIE**

Nabízíme 7,5h pracovní dobu na HPP
nebo kratší úvazek, 25 dnů ŘD,
služební byt, podporu dalšího vzdělávání,
úhradu ročního členského příspěvku ČLK,
příspěvek na penzijní připojištění,
zvýhodněné výměnné rekreace,
zaměstnanecké stravování.

Informace poskytne Mgr. Vladimíra
Juřeniková, tel.: 734 795 357,
e-mail: jurenikova@lazneluhacovice.cz

Inzerce M171000327



Nemocnice Tábor a.s.

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

PRIMÁŘ/KA ODDĚLENÍ HEMODIALÝZA

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru nefrologie
- 10 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví
- organizační a řídicí schopnosti, samostatnost
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- orientace v ekonomice zdravotnictví

Příhlaška uchazeče musí obsahovat:

- profesní životopis, kopii diplomu o VŠ vzdělání, potvrzení zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti dle zákona č. 95/2004 Sb., doklad o členství v ČLK, licenci ČLK pro výkon vedoucího lékaře/primáře v oboru (lze doložit potvrzením o podání žádosti na vystavení licence ČLK), návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení v písemné podobě
- Ověřené kopie: dokladu o získané specializované způsobilosti

Dotazy mohou uchazeči směřovat
na MUDr. Janu Chocholovou,
místopředsedkyni představenstva
Nemocnice Tábor, a.s.,
tel.: 381 606 600,
jana.chocholova@nemta.cz.

Písemnou přihlašku vč. telefonního
spojení a s požadovanými doklady
uchazeči zašlou nejpozději do 7. 7. 2017
na adresu:

Nemocnice Tábor, a.s., kpt. Jaroše 2000,
390 03 Tábor, personální oddělení
tel. kontakt: 381 608 210, vedoucí
personálního oddělení Iva Glatzová

Termín výběrového řízení bude
uchazečům oznámen.

Inzerce M171000329

Inzerce M171000343

Inzerce M171000336/M171000337

AKČNÍ NABÍDKA PRO ČTENÁŘE **AUTO7**



Pultová cena jednoho výtisku je 39,90 Kč
Pro předplatitele od pouhých **29 Kč!**

Roční předplatné
2,5 ČÍSLA ZDARMA

Dvouleté předplatné
7 ČÍSEL ZDARMA

Poštovné **V CENĚ**



PŘEDPLAŤTE SI NA DVA ROKY AUTO7 A ZÍSKÁTE KÁVOVAR ZDARMA

objednávejte do 30. 7. 2017 (pouze pro nové předplatitele)

**Kávovar Cafissimo TUTTOCAFFÈ
v hodnotě 1999 Kč zdarma**



Objednávejte roční předplatné časopisu AUTO7
(12 čísel) za 379 Kč

Objednávejte dvouleté předplatné časopisu AUTO7
(24 čísel) za 689 Kč + dárek zdarma Kávovar Cafissimo

Objednávejte jednoduše: • telefonicky: +420 840 306 090 • faxem: +420 234 092 813 • e-mailem: a7@predplatne.cz

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Motor Media nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Motor Media, se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoliv 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.rmf.cz. Předplatitel v rámci této akce získá 12, resp. 24 čísel vydání měsíčníku AUTO7.

Finanční produkty online – snadno a rychle!

Povinné ručení

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

Havarijní pojištění

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

Cestovní pojištění

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

Půjčky na cokoliv

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

Hypotéky

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

Energie

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