

ZAM Zdravotnictví a medicína

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ



Julius Špičák:

„Všichni, kdo se pohybujeme
v medicíně delší dobu, jsme zažili
zázraky.“

více od str. 8

www.brother.cz

brother
at your side

Štítky od Brother drží pevně i na zkumavce

Označit vzorky či laboratorní zařízení není vůbec snadné. Různé tvary i časté zacházení vyžadují především flexibilitu a odolnost. Proto jsme vytvořili tiskárny štítků a etiket řady PT.



Jak každý ve zdravotnictví potvrdí, ideální tiskárna štítků se hledá těžko. Značení totiž musí ustát speciální požadavky, jako jsou efektivita, flexibilita, a přitom musí být tiskárna rychlá, snadná na obsluhu a kompatibilní s páskami. Díky termotransferovému tisku a patentované technologii **dvojitě laminace** jsou TZe pásky nejodolnějšími na trhu. Do laboratorní a nemocniční byly speciálně navrženy modely tiskáren **PT-P700, PT-P900W** a **TD-2130N**.

Předplatte si časopis
**ZDRAVOTNICTVÍ
A MEDICÍNA** na rok

ZAM
Zdravotnictví a medicína



a získáte jako dárek
**kávovar Cafissimo
Tuttocaffé**
v hodnotě **2999 Kč**
ZDARMA!

- Na přípravu dokonalého espressa, caffè crema, filtrované kávy a čaje s integrovaným zásobníkem na použité kapsle.
- Kávové speciality pouhým stisknutím tlačítka – rychlá a snadná obsluha.
- Výškově nastavitelná odkapávací miska pro optimální přípravu kávy.

Více na www.tchibo.cz

Neváhejte!

**Tato nabídka platí jen
do 29. 7. 2018.**

**Předplatné na dva roky
pouze za 798 Kč.**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mf@send.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Do předmětu napište kód **ZM0618**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 225 985 225

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM0618**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

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

Obchod s nadějí – a proč ne?

Českou veřejností otřásla kauza Aktip. Reportérka České televize natáčela skrytou kamerou po dobu několika měsíců alternativní postupy tohoto „terapeutického zařízení“ a odhalila kontroverzní, až šokující praktiky. Odvysílání dokumentu strhlo lavinu kritických komentářů z řad praktikujících lékařů, psychologů i akademických skeptiků. Společný verdikt zněl asi takto: alternativci jsou vinni. Vinni obchodem s nadějí nebohých pacientů, kteří se s důvěrou svěřili do jejich rukou.

Odhlédněme nyní od toho, že jedna z pracovníků Aktipu pronesla výroky, kterými se baví celý národ a které se zřejmě zapíší do dějin české alternativní medicíny. Nechme stranou to, že v Aktipu a podobných zařízeních se vyšetřuje pomocí přístrojů, které podle fyziků měří neměřitelné, a indikují se detoxikační kapky, které podle chemiků neobsahují nic. Oprostěte se i od toho, že se v podobných zařízeních celostní či integrativní medicíny někdy inkasují nemalé peníze (ostatně podobně jako v ambulancích a klinikách stomatology, plastické chirurgie, reprodukční medicíny či veterinárního lékařství).

Co vlastně odbornou veřejnost tak pobouřilo? Skutečně jí jde primárně o zdraví a peněženky důvěřivých pacientů? Jde o boj

akademického skepticizmu a EBMismu za blaho pacienta? Nebo o novodobou křížáckou výpravu proti kacířům medicíny, posvěcenou koncilem medicíny založené na farmabyznosu a technologiích?

Již delší dobu sleduji pozvolný trend, v rámci kterého se pod Sinají medicíny formuje nová modla. Je oním zlatým teletem alternativní medicína (do níž se zařazuje vše počínaje tradiční čínskou medicínou a homeopatií a konče psychosomatikou a placebem), nebo nás chce oslnit svou září soudobé paradigma vědy vyrůstající z odnože několika středověkých filosofů? Schyluje se snad k novodobé Bílé hoře, při níž se utkají stoupenci tradiční medicíny s jejími protestanty? Když tak zvažuji, na kterou stranu se postavit, připadám si trochu jako Ardžuna diskutující s Kršnou na bitevním poli Kurukšetra, jak o tom vypráví Píseň vznešeného čili Bhagavadgíta. Cosi mi říká, že legislativní a administrativní restrikce vymezující působnost alternativních směrů, k níž se pomalu ale jistě schyluje, nepovedou k zastavení války. Jen budeme čelit nepřátelské armádě, v níž jsou zastoupeni naši příbuzní.

Co tedy s podnikáním v oblasti zdraví, které nespadá pod současný vědecký konsensus a nelze jej regulovat zdravotnickými orgány? Jestliže existuje



obchod s nadějí (pomineme-li možnost, že jde o něco víc než to) pak má v tomto světě a této společnosti své místo, stejně jako každé jiné svobodné podnikání. Otázkou je, zda tuto záležitost řešíme na bitevním poli medicínském, nebo náboženském. Naděje je někdy to poslední, co může přinést mír do našeho těla a duše (psycho-somy) zmítanými válkou nemoci. Zničením naděje, která může uzdravovat a jejím nahrazením statistikami typu overall survival či progression free survival se medicínské umění stává smutnou a bezútešnou krajinou. Z jejich útroby sice nelze „vykadit rakovinu“, ale také v ní skomírá uzdravující Světlo.

Audna Glu Glu!

šéfredaktorka

OBSA H

ZAM

Zdravotnictví a medicína

■ Zlatem skanzen zdravotnictví nevyhlédíme	2	■ Reakce lékárníků na postoj Ministerstva zdravotnictví ČR	14	■ Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2017	34
■ Proč se Evropa rozhodla vyhnout výrobě léčiv z EU?	4	■ Bojujeme za tradiční hodnoty a rovné podmínky	16	■ Představujeme pacientské organizace: Centrum Anabell	36
■ Lékárníci žijí ze zisku, nesmí však jít jen o něj	6	■ Interní lékařství má stále budoucnost	18	■ Zprávy z regionů	38
■ IHS: Svět se změnil a zdravotnictví musí s ním	7	■ Nealkoholické postižení jater není radno přehlížet	20	■ Nové zdravotnické lůžko pro II. interní kliniku VFN	40
■ Rozhovor: Julius Špičák	8	■ Hepatitida C je dnes vyléčitelné onemocnění	23	■ Anesteziologické sympozium	40
■ Čtyři písmena + chaos = GDPR	12	■ Současné možnosti diagnostiky glaukomu	26	■ Novinky v oblasti preventivní ardiologie	41
■ Únik moči není přirozený jev a dá se léčit	13	■ Rhodiola – rostlinný adaptogen, který zažívá renesanci	28	■ Nová regulace poukazových zdravotnických prostředků	42
		■ Unikátní katétr – český vynález	30	■ GSK partnerem neziskovek	42
		■ Lepší testování na přítomnost HPV	32	■ Oční onemocnění nevznikají...	43
		■ Česká asociace sester udělila ceny Florence Nightingalové	33	■ Nefrologové pokřtili novou...	46
				■ Personálie	47
				■ Nabídka práce	48

Zlatem skanzen zdravotnictví nevyhlédíme

V nejbližších letech lze očekávat, minimálně v některých oblastech, zhoršení dostupnosti zdravotní péče, protože se nám nedaří doplňovat stavy lékařů, a těm, kteří nás dnes léčí, táhne na šedesát. Kapitáni českého zdravotnictví pozdě bijí na poplach a hledají řešení, jak negativní trend zvrátit. Od navyšování počtů studentů medicíny, přes projekt Ukrajina až po plošné navyšování platů. Přitom se sveřepě snaží dělat medicínu 21. století se zdravotním systémem, který byl dimenzován pro potřeby 19. a 20. století. Letité debaty o tom, zda je systém nutné měnit jsou pasé, už nemáme na vybranou.

V oboru všeobecného praktického lékařství se zatím doplňovat počty odcházejících praktiků novými daří. Problém je však s jejich rovnoměrnou distribucí po území ČR. V posledních pěti letech totiž v oboru všeobecné praktické lékařství atestuje 196 lékařů ročně a do oboru nastoupí 160 z nich. Přirozený úbytek v našem oboru činí průměrně 130 lékařů ročně. Zdá se tedy, že praktičtí lékaři mohou svoji generační obměnu zvládnout, ale závisí to na ochotě kolegů v důchodovém věku ještě nějakou dobu pracovat. Rozhodně není rozumné je dráždit neuváženým a násilným zaváděním povinné elektronizace zdravotnictví, eReceptu, EET či tvrdým vymáháním pohotovostní služby.

Mladí lékaři ale nechtějí pracovat v periferních oblastech. Překvapivě nám dnes chybí nejvíce lékařů ve Středočeském kraji. Práce praktického lékaře na venkově je specifická a náročná. Vzhledem k horší dostupnosti ambulantních specialistů a lůžkových zařízení na venkově je rozsah práce venkovského praktika širší než ve městě, což však není zohledněno v úhradách péče. Situaci nepříspějí ani to, že dosud zdravotní pojišťovny umožňovaly vznik nových praxí ve městech, ačkoliv tam vzhledem k hustotě sítě nebyly potřeba. Zajištěním dostupnosti primární péče na venkově, racionální tvorbou sítě a hledáním pobídek, které by motivovaly mladé praktiky k práci na venkově, se jako jedním ze zásadních témat zabývá pracovní skupina pro reformu primární péče zřízená na Ministerstvu zdravotnictví.

Příběh z „banánové republiky“

Podle ÚZIS je věková struktura lékařů nepříznivá a počet přicházejících absolventů lékařských fakult nedokáže v budoucnosti nahradit odcházející lékaře. Jak jsme se do tak zoufalé situace dostali a kdo za ni může?



Foto: archiv MF

Promoval jsem v roce 1997. Dosud si živě pamatuji, jaké v té době měli absolventi problém s pracovním uplatněním. Obcházeli jsme nemocnice ve snaze sehnat místo a poslouchali řeči o tom, že lékařů je moc. Mnozí z nás nastoupili na tzv. absolventská místa, kde nemocnice platila pouze zdravotní a sociální pojištění a lékaři pracovali zdarma.

Jak je možné, že si vedení resortu nedokázalo spočítat, že za 20 let bude čelit zcela opačnému problému? Na vině jsou všichni ministři zdravotnictví za posledních dvě dekády, ale také ředitelé lůžkových zařízení. Svoji vinu nesou i odborné společnosti, které mohou za příliš komplikovanou a špatně dostupnou specializační přípravu a její náplň. I politici a státní úředníci, kteří opakovanými a nepromyšlenými změnami legislativy způsobili nestabilitu a netransparentnost ve vzdělávání lékařů. Že ani rok od platnosti poslední novely zákona o vzdělávání neexistují prováděcí vyhlášky, je naprosto skandální. Nemáme náplně specializačního vzdělávání, chybí vyhláška o základních

kmenech, nelze žádat o nové akreditace. Veškeré vzdělávání rezidentů a dotační programy běží v pololegálním módu. Vždyť stát ani není schopen absolventům předem sdělit kde, jak dlouho a za jakých okolností bude probíhat jejich vzdělávání. Je to tak absurdní, že to zní jako příběh z banánové republiky, a ne z členské země EU.

Vyřeší personální průsvih vnitřní rezervy?

Plošně navyšovat platy? Navyšovat ano, plošně nikoliv. Samotné zvýšení platů nové lékaře nevygeneruje. Navýšit počty studentů LF? Jistě ano, ale výsledek se dostaví za 10–15 let. Příchod lékařů ze zahraničí? Jistě ano, ale je nutno důsledně trvat na dodržení potřebné kvality. Vzhledem k poptávce v sousedních bohatších zemích není možné chybějící lékaře nahradit přílivem z ciziny. Udržet lékaře v důchodovém věku v systému? Určitě ano, měli bychom je hýčkat jako v bavlence, ale věčně to nevydrží. Samospasitelné a rychlé řešení se nenabízí. A co vnitřní rezervy systému? Máme nějaké, vyplatí se je hledat? Jsem přesvědčen, že ano. Podívejme se na následující fakta.

V počtu lékařů na 10 tisíc obyvatel jsme v rámci OECD na 6–7 místě. Od roku 1990 přes 10 tisíc ambulantních specialistů odešlo z nemocnic do soukromé sféry. Přitom v nemocnicích podle ČLK chybí zhruba tisíc lékařů. Vedení nemocnic přitom řadě zaměstnanců umožňuje tzv. souběhy praxí a tedy snižování jejich pracovních úvazků v nemocnici. Za této situace vedení nemocnic medializují nedostatek lékařů u lůžek a žádají uzákonění povinných služeb ambulantních lékařů v nemocnicích.

V jakémkoliv jiném oboru lidské činnosti by manažer přicházející s takovým řešením byl k smíchu. Jestli ředitelé nemocnic namísto rozumného nakládání s personálními zdroji, hledání vnitřních

rezerv a systémových změn vyřeší svůj problém tím, že ho hodí příkazem na krk někomu jinému, nikdy se nic nezmění. I přes pokles za posledních deset let se počet lůžek v ČR stále pohybuje na jedné z nejvyšších hodnot ve vyspělých zemích EU. Při porovnání průměrné délky hospitalizace na akutních lůžkách dosahujeme hned druhé nejvyšší příčky. Na evropské poměry velmi hustou sítí nemocnic, nadprůměrné množství lékařů i mnoho ambulantních lékařů. Přesto hovoříme o personálním nedostatku.

Ať si pacient uždibuje ze švédského stolu, jak chce?

Pokud vše uvedené platí, a přesto v systému chybí tolik lékařů, máme prostě špatný systém. Kde je tedy zakopán pes? Máme velmi vysoký počet kontaktů občana se zdravotním systémem. Ve Švédsku jsou průměrně 3 kontakty lékař – pacient za rok, v Rakousku 7 a u nás 11 kontaktů, přitom průměrný věk dožití obyvatel je ve Švédsku 80,93 let, v Rakousku 79,58 let a v ČR 76,91 let. O českém zdravotnictví se traduje, že je velmi efektivní. Jistě to platí, co se týče objemu poskytnuté péče v poměru k vynaloženým finančním prostředkům. Pokud se ale na efektivitu díváme jako na množství vykonané práce potřebné k dosažení výsledku, je český zdravotní systém velmi neefektivní. Naši lékaři musí provést více kontaktů s pacientem a žádná data nenasvědčují, že by z toho zdravotní stav české populace nějak profitoval.

Zde se skrývá klíč k personálním problémům českého zdravotnictví. Je třeba se ptát, zda pracujeme smysluplně a efektivně. Všichni víme, jakou část ze své pracovní doby věnujeme práci s pacientem, nesmyslné administrativě. Kolik se dělá duplicitních vyšetření díky nedostatečné výměně informací, ale také alibismu a neochotě dělat rozhodnutí. Systém tak sám generuje další práci, která nepřináší pacientovi žádný profit, ten se navíc mnohdy naším systémem pohybuje zcela nesystematicky, bez jasných pravidel, vlastní odpovědnosti i spoluúčasti a je mu umožněno konzumovat péči podle vlastní úvahy jako ze švédského stolu?

Vše, co může řešit praktik, ať také řeší

Ani sebevíce peněz neudrží takový systém dlouhodobě při životě. Finanční injekce sama o sobě nepřinese systémové změny a nezmění chování hráčů v systému. Na

personální nedostatek není možné pohlížet jako na jeden izolovaný problém českého zdravotnictví a nemůže být vyřešen, pokud si neuvědomíme, že je součástí komplexu neduhů, kterými české zdravotnictví trpí a před kterými jsme léta zavírali oči. Prvním krokem ke změně je vůbec si existenci problémů připustit a pak začít hledat řešení.

Opravdu má smysl dále udržovat naši hustou síť nemocnic, které jsou v tak špatném personálním stavu? Má cenu v době automobilů, sanitek, vrtulníků a rozvíjející se telemedicíny držet zoufale při životě dvě nemocnice, které jsou od sebe vzdáleny 15 kilometrů? Opravdu si chceme dále nalhávat, že plošné navýšení platů může odstranit frustraci a zvýšit motivaci jejich přetíženého a vyhořelého personálu? Ruku na srdce. Držíme v systému řadu



Ilustrační foto: Shutterstock

Průměrný věk praktického lékaře pro dospělé je dnes 55 let, přičemž podíl kolegů starších 65 let je vyšší než 17 %, naopak praktiků ve věku do 40 let je necelých 12 %. Dramatičtější je situace u praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), kde je průměrný věk lékaře 57 let, podíl kolegů nad 65 let je téměř 18 % a naopak praktických lékařů pro děti a dorost ve věku do 40 let je pouze 5,3 %.

zařízení, do kterých by si nikdo z nás nechtěl jít lehnout. Je férové tam posílat naše pacienty? Opravdu chceme akceptovat stále se prohlubující rozdíl v kvalitě a dostupnosti péče pro občany na venkově a ve městech? Považuji to za neakceptovatelný morální hazard.

Vlny na smrdutém rybníčku

Na současný personální průšvih se dá pohlížet jako na příležitost ke změně, již jsme velmi dlouho odkládali. Lékař je příliš kvalifikovaný, vzácná a drahá pracovní síla na to, aby dělal cokoliv jiného, než léčil. Musíme zprůchodnit zdravotní systém, racionalizovat pohyb pacienta systémem, odstranit zbytečnou práci a nadbytečně poskytovanou péči. Je třeba najít odvahu k restrukturalizaci lůžkových zařízení a redukci akutních lůžek a k přesunu personálu tam, kde je ho potřeba. Redukovat počty nemocničních ambulancí a zachovat pouze ty, které jsou pro chod nemocnic nezbytné.

Nemocnice jsou tu od toho, aby poskytovaly lůžkovou péči, specialisté ambulantní péči a praktici primární péči. Funguje to tak v celém civilizovaném světě a není žádný důvod, aby to u nás bylo jinak. Nebude to vůbec snadné. Nejprve musíme sami sebe přesvědčit, že je to potřeba. Budeme muset vylézt ze svých ulit a změnit svoje myšlení. Zbavit se profesionální slepoty, která nám velí dělat věci stále stejně jen proto, že se tak dělají odjakživa. Za ta léta jsme se už v kalných vodách smrdutého rybníčku českého zdravotnictví naučili pohybovat. Všichni máme co ztratit a bojíme se změny, neboť nás historická zkušenost utvrzuje v tom, že většina změn je spíš k horšímu.

Zdá se ale, že dnes už nemáme na vybranou. Chybějících 2500 doktorů, kteří by pomohli udržet při životě skanzen českého zdravotnictví, nám sem z nebe nespadne, ani kdybychom je platili zlatem..

MUDr. Petr Šonka,

předseda Sdružení praktických lékařů

Proč se Evropa rozhodla vyhánět výrobu léčiv z EU?

Evropský parlament již několikrát vyzval Evropskou komisi, aby zavedla osvobození od dodatkového ochranného osvědčení (SPC) pro výrobu. Pokud by se osvobození nepodařilo zavést, znamenalo by to pokračování negativního jevu, jenž spočívá ve vytlačování výroby generických léčiv mimo EU.

Evropská komise sice připravila legislativní návrh na změnu pravidel SPC, ten však nepokrývá veškeré nutné požadavky na změnu a nyní je opět na Evropském parlamentu a Radě Evropy, aby návrh prošel úpravou. Evropská komise zároveň zveřejnila studii o dopadu osvobození, která ukazuje, že by to pro EU znamenalo zvýšení čistých prodejů ve farmaceutickém průmyslu o 9,5 miliardy EUR, 25 tisíc dalších pracovních míst a úspory na farmaceutických výdajích v EU ve výši 3,1 miliardy EUR.

Dodatkové ochranné osvědčení (SPC, Supplementary Protection Certificate) dané nařízením č. 469/2009 je evropské opatření, které prodlužuje ochranu patentovaných léčiv až o pět let jako kompenzaci za čas ztracený při získávání registrace daného léčiva. Během uvedeného období nemohou evropští výrobci generických a biosimilárních léčiv vyrábět daný lék na území EU. Výrobci se sídlem v zemích mimo EU, kde neexistuje ochrana na



Foto: archiv MF

základě SPC (např. v Kanadě, Brazílii, Rusku, Indii a Číně) nebo v zemích, kde je ochrana kratší, tak mohou vstoupit na nechráněné trhy už o pět let dříve, než je umožněno výrobcům se sídlem v EU.

Evropské výrobce generických a biosimilárních léků tato skutečnost nutí přesouvat výrobu mimo EU s cílem zachovat si konkurenceschopnost na celosvětové úrovni, což může přinést ztrátu mnoha pracovních míst a zvýšit závislost EU na léčivých přípravcích vyráběných mimo EU.

Výrobní výjimka z osvědčení SPC je navrhované opatření, jež by společnostem vyvíjejícím generické a biosimilární léky povolilo výrobu v EU i během lhůty platnosti osvědčení SPC. Mohly by tak dodat léčiva na patentově nechráněné trhy ihned, jakmile ochranná lhůta vyprší.

„Okamžité uvedení na trh od prvního dne“

Pojmem „okamžité uvedení na trh od prvního dne“ se všeobecně rozumí uvedení generických a biosimilárních léků na trh okamžitě po vypršení platnosti osvědčení SPC. V současnosti evropští výrobci nemohou dodat

příslušná léčiva na trh hned první den po vypršení platnosti SPC, protože v ten den mohou teprve začít s jejich výrobou. Jak již bylo řečeno, společnosti jsou tím nuceny přesouvat výrobu jinam, aby mohly začít prodávat hned od prvního dne a neztratily tak konkurenceschopnost vůči společnostem ze zemí mimo EU.

Legislativní návrh by měl umožnit, aby se společnosti z EU připravily na „okamžité uvedení na trh od prvního dne“ po vypršení platnosti patentové ochrany. Až v 80 % případů totiž končí doba platnosti ochrany účinných látek v EU později než v jiných oblastech světa, což výrobce z EU znevýhodňuje. V případě léků, jež vyžadují velké investice do vývoje a výroby, což jsou například právě

Jak se vypočítává délka SPC?

Délka trvání případného SPC se počítá jako doba od získání patentu na účinnou látku do okamžiku získání registrace zkrácená o 5 let, přičemž maximální délka doby trvání SPC je 5 let. Pokud tedy mezi získáním patentu a registrací uplyne 8 let, je maximální možná délka trvání SPC 3 roky. Pokud ale uplyne mezi získáním patentu a získáním registrace 12 let, je maximální možná délka trvání SPC jenom 5 let.

biosimilární léky, je možnost přípravy na uvedení na trh klíčovým kritériem pro umístění souvisejících provozů na území EU. Pokud by se osvobození od SPC nepodařilo zavést, výrobci s provozem v EU by se nemohli zapojit do klíčové fáze utváření trhu, na úkor biosimilárních léků dovážených z trhů, kde SPC neplatí.

Mgr. Martin Mátl,
výkonný ředitel ČAFF



Ilustrační foto: Shutterstock



PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

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

Jak správně vykazovat screeningové vyšetření karcinomu kolorekta

V červnové poradně vám přinášíme kompletní postup pro vykazování screeningů karcinomu kolorekta.

Na screeningové vyšetření karcinomu kolorekta hrazené ze zdravotního pojištění má právo každý asymptomatický muž či žena starší 50 let. Jedinci zahrnutí do screeningů nesmí splňovat kritéria vysokorizikových skupin pro karcinom kolorekta.

Screening u asymptomatických jedinců ve věku 50–54 let

Zpravidla v rámci pravidelné preventivní prohlídky v 50 letech věku provede registrující všeobecný praktický lékař nebo registrující gynekolog (v případě mužů to může být registrující gynekolog jejich partnerky) **test na okultní krvácení ve stolici (TOKS)**; toto vyšetření se u bezpříznakových jedinců provádí dále v jednoročním intervalu.

Vyšetření se pojišťovně vyazuje v souladu s vyhláškou MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, platnými kódy výkonů:

15120 – Stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem v rámci screeningů kolorektálního karcinomu – nález negativní

15121 – Stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem v rámci screeningů kolorektálního karcinomu – nález pozitivní.

V případě negativního výsledku (TOKS–) je v odstupu 1 roku toto vyšetření u dané osoby opakováno – opět vykazováno kódy 15120 nebo 15121.

V případě pozitivního výsledku (TOKS+) je pojištěnec odeslán na **kolonoskopické vyšetření** na schválené akreditované pracoviště, které je ve smluvním vztahu pro tuto péči s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Podmínkou úhrady tohoto vyšetření z prostředků veřejného zdravotního pojištění je doporučení registrujícího všeobecného praktického lékaře nebo registrujícího gynekologa.

Pokud je výsledek tohoto **kolonoskopického vyšetření negativní**, vyazuje se kód výkonu:

15101 – Kolonoskopie při pozitivním nálezu speciálního testu na okultní krvácení ve stolici – nález negativní.

Screeningový program je tímto na 10 let přerušen. Pojištěnec se automaticky přesouvá do schématu vyšetření pro věkovou skupinu starších 55 let.

Pokud je výsledek tohoto **kolonoskopického vyšetření pozitivní**, ve smyslu kolorektální neo-



JUDr. Lenka Havlasová
ředitelka odboru smluvní politiky

plazie se další diagnostický a terapeutický postup řídí dle doporučení pro pacienty s vysokým rizikem tohoto onemocnění. Kolonoskopický výkon se vyazuje kódem:

15103 – Kolonoskopie při pozitivním nálezu speciálního testu na okultní krvácení ve stolici – nález pozitivní.

Péče o tohoto pojištěnce je zdravotním pojišťovnou následně vykazována platnými kódy ze Seznamu zdravotních výkonů – jejich omezení je dáno pouze omezením uvedeným v platném Seznamu zdravotních výkonů, žádná jiná omezení se na tuto péči nevztahují.

Screening u asymptomatických jedinců ve věku 55 let a starší

V těchto případech jsou dvě možnosti postupu screeningů:

- 1) opakovaný **TOKS**, nebo
- 2) **primární screeningová kolonoskopie** jako alternativní metoda testu.

Ad 1) TOKS

Je vykazován kódy výkonů:

15120 – Stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem v rámci screeningů kolorektálního karcinomu – nález negativní

15121 – Stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem v rámci screeningů kolorektálního karcinomu – nález pozitivní.

V případě **pozitivního výsledku (TOKS+)** je indikována screeningová kolonoskopie – vykazováno kódy:

15101 – Kolonoskopie při pozitivním nálezu speciálního testu na okultní krvácení ve stolici – nález negativní, případně

15103 – Kolonoskopie při pozitivním nálezu speciálního testu na okultní krvácení ve stolici – nález pozitivní.

V případě **negativního výsledku (TOKS–)** je screeningový postup následující:

a) **TOKS** opakovaný **v dvouletém intervalu** – vykazován kódy výkonů **15120**, případně **15121**, nebo

b) provedení primární screeningové kolonoskopie – vykazována kódy výkonů **15105**, případně **15107**.

ad 2) Primární SCREENINGOVÁ KOLONOSKOPIE

Indikuje ji registrující všeobecný praktický lékař nebo endoskopista příslušného centra. V případě, že vyšetření indikoval endoskopista, je povinen tuto skutečnost nahlásit příslušnému registrujícímu všeobecnému praktickému lékaři.

Vykazováno kódy výkonů:

15105 – Screeningová kolonoskopie – nález negativní

Je-li výsledek screeningové kolonoskopie negativní, je další primární screeningová kolonoskopie indikována v intervalu za 10 let.

15107 – Screeningová kolonoskopie – nález pozitivní

V případě pozitivního výsledku se další diagnostický a terapeutický postup řídí dle doporučení pro pacienty s vysokým rizikem tohoto onemocnění. Péče o tohoto pojištěnce je zdravotním pojišťovnou vykazována platnými kódy ze Seznamu zdravotních výkonů – jejich omezení je dáno pouze omezením uvedeným v platném Seznamu zdravotních výkonů, žádná jiná omezení se na tuto péči nevztahují.

Každý účastník screeningového programu, který hodlá nález jednoho poskytovatele konzultovat či ověřit na jiném pracovišti v intervalu kratším, než byl doporučen lékařem nebo screeningovým programem, si musí toto další vyšetření hradit sám – jedná se o zdravotní službu nehrázenou z veřejného zdravotního pojištění.

V případě, že je při kolonoskopii v rámci screeningového vyšetření potřeba provést další související péči (např. polypektomie, odběr biologického materiálu), vyazuje se zdravotní pojišťovně platnými kódy výkonů dle Seznamu zdravotních výkonů.

Lékárny žijí ze zisku, nesmí však jít jen o něj

Marketing, založený na předchozích průzkumech trhu a spotřebitelského chování, patří dnes k neodmyslitelným faktorům podnikání a nevyhýbá se ani oblasti lékárenství. O jaká data je mezi klienty zájem a kam se ubírá lékárenské podnikání, jsme hovořili s MUDr. Filipem Brodanem, ředitelem společnosti Engage Hill, která se zabývá mimo jiné zákaznickými průzkumy a motivací spotřebitelů.

Kdo rámcově patří mezi klienty poptávající průzkumy z oblasti lékárenství?

Naším typickým klientem je společnost, která je zodpovědná za distribuci značek v segmentu OTC. Znalost spotřebitele, jeho potřeb a asociací k jednotlivým produktům umožňuje efektivnější komunikaci a budování vztahů s jejich zákazníky.

O která data z oblasti lékárenství je největší zájem?

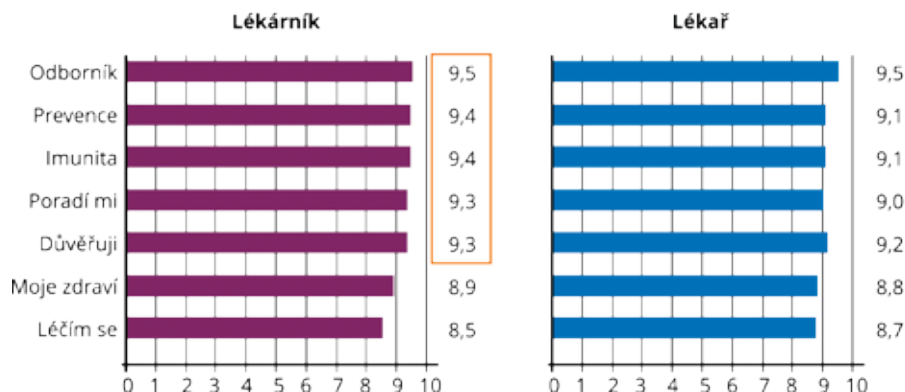
Často analyzujeme vztah zákazníků k jednotlivým produktům v segmentu, klíčové atributy pro nákup a potenciál růstu. Při současné nabídce je pro zákazníky obtížné porovnat složení přípravků a vyhodnotit účinnost látek, které produkt obsahuje. Nákup proto silně podléhá iracionálním faktorům, které při analýze běžným dotazováním zůstávají skryty.

Můžete zmínit nejčastější zadání a hlavní výsledky průzkumů?

Bez ohledu na to, zda pracujeme pro lídra segmentu či značku nově vstupující na trh, všichni chtějí více prodávat. Zajímají se o důvody, proč zákazník kupuje značku jejich, nebo značku konkurenta, chtějí se efektivně odlišit, naplnit nevyužitý potenciál nebo ošetřit rizika spojená s jejich značkami. Často také testujeme návrhy reklam, klíčová sdělení nebo obaly. Ze zajímavostí specifických pro český trh mohou uvést například to, že lékárník zde má z pohledu typické cílové skupiny OTC (ženy pečující o rodinu ve věku 25–55 let, střední/vyšší příjem) velmi vysokou váhu srovnatelnou s lékařem, a navíc je komunikace s ním zatížena menším stresem (graf).

Jaké jsou hlavní trendy v současném lékárenství?

Významným trendem je posilování lékárenských řetězců a e-shopů. Nejde pouze o ekonomickou stránku (nákupní síla, marketingové možnosti atd.), ale také o posilování jejich vnímání z pohledu spotřebitelů. Lékárny, včetně těch mimo řetězce, jsou nuceny k větší komercializaci a větší aplikaci marketingových nástrojů.



Graf: Nejčastější asociace spotřebitelů – lékárník versus lékař

Lékárníci se tak učí „category management“, racionalizují sortiment, zaokrouhlují ceny na „devítky“, pracují s přípravky první volby, motivují personál na základě prodejů (obrat, marže, „cross sell“, „up sell“ apod.). Již delší dobu nabízí věrnostní programy, vydávají letáky s vlastní akční nabídkou, hledají nové cesty, jak se odlišit specializací na dermakosmetiku, homeopatii, sportovní výživu, veterinu a jiné. Klasickou lékárnou spokojenou s marží z preskripce a vysokým podílem v laboratoři vyráběných magistraliter (IPVLP), již téměř nenajdete.

Jak tuto změnu vnímají samotní lékárníci?

V současnosti hledají konsenzus mezi tím, jak zůstat odborníkem a zároveň být obchodníkem. Typická cílová skupina OTC produktů vnímá lékárníka stále jako odborníka, který jim poradí zejména v oblasti prevence. Zda si lékárníci udrží potřebnou odbornost, nebo se v budoucnu stanou lékárníky spíše „supermarkety“ se specializovaným zbožím, lze těžko předvídat.

Mění se potřeby a přání spotřebitelů/pacientů ve vztahu k lékárnám, lékárníkům a nabízenému portfoliu?

Spotřebitelé se zajímají více o prevenci a jsou ochotni do této oblasti investovat. Do lékární se často přicházejí poradit. To neplatí pro segmenty s mediálně silnými značkami (bolest

v krku, rýma, horké nápoje apod.). Zde se zvyšuje počet rozhodnutých zákazníků, kteří vyžadují konkrétní produkt, a tak se prostor k diskusi pro lékárníka zužuje.

Jak se liší postoje mladé a starší generace z pohledu preferencí, očekávání, či způsobu komunikace?

Obě generace od lékárníka stále očekávají odbornost – čekají od něj srozumitelnou radu. Mladší generace má navíc tendenci vyhledat informace na internetu a do lékáren chodí více připravená – diskutuje, hledá pro sebe optimální řešení. Starší generace se přirozeně více odvolává na vlastní zkušenost a jsou cenově citlivější.

Co by měl dnes zahrnovat marketing lékární? A je vůbec etické zavádět marketing do lékárenství?

Je třeba si uvědomit, že lékární žijí ze zisku – z obchodní marže. Používání marketingových nástrojů tedy není otázkou etiky, ale udržitelné budoucnosti každé z nich. Na druhou stranu marketing pracuje s analýzami potřeb a spokojenosti zákazníků a výrazně tak ovlivňuje zkvalitňování služeb pro ně samotné. Pokud se zisk stane jediným kritériem řízení, mohou být marketingové nástroje využívány neeticky. Tak je to však s jakoukoliv odborností, kterou jsme jako lidé získali.

(asa)

IHS: Svět se změnil a zdravotnictví musí s ním

Letos, 17.–18. května v Praze, se konal již 9. ročník mezinárodní konference Prague International Health Summit (IHS). V devickém hotelu International se sešli lékaři, manažeři, ředitelé nemocnic a odborníci na zdravotnické systémy z mnoha zemí světa, aby se podělili o své zkušenosti.

Dvoudenní konferenci s názvem Role nemocnic ve 21. století zorganizoval vzdělávací Advance Health Care Management Institut. Zatímco první ročníky byly především vizionářské a zaměřovaly se na celkovou změnu zdravotnických systémů, poslední dva ročníky se organizátoři věnují inovacím v řízení zdravotnických organizací. „Snaha uvést příklady ze zahraničí a učinit je aplikovatelnými v podmínkách střední Evropy, ČR a Slovenska byla pro IHS charakteristická vždy. Nyní klademe větší důraz na praktičnost oněch příkladů. Chceme, aby si z konference odnesli poznatky nejen lidé z politiky, ministerstev a samospráv, ale i ředitelé nemocnic,“ řekl k aspiracím IHS programový ředitel konference MUDr. Pavel Hroboň, M.S.

Programový ředitel přednesl také úvodní referát s názvem Proč se nemocnice musí změnit. V něm nejprve načrtl zásadní výzvy pro zdravotnické systémy a zdravotnická zařízení, které přináší měnící se svět na počátku 21. století. Podle Pavla Hroboně se musí současné zdravotnictví vypořádat například s novými informačními technologiemi a logistickými požadavky, se změnami v potřebách pacientů, nedostatkem personálu nebo zvyšováním nákladů v souvislosti s technologickým pokrokem. Referující pak vytyčil tři hlavní témata, tři tematické bloky IHS: 1. potřebné změny procesů a organizační struktury v nemocnicích; 2. regionální sítě spolupracujících nemocnic; 3. spolupráce nemocnic a jiných typů poskytovatelů.

Na úvod přednáškových bloků byly řazeny příspěvky, které měly představovat pokročilé příklady ze zahraničí. V prvním, výše jmenovaném bloku takový příspěvek přednesl například John Leach, MBA, MChem (Oxon), odborník na systémové reformy a poradce několika velkých britských poskytovatelů. Svůj referát Přizpůsobování nemocnic požadavkům moderního zdravotnictví otevřel několika zajímavými (a varovnými) statistikami poukazujícími na změny potřeb pacientů nebo pomalý růst produktivity práce ve zdravotnictví ve srovnání s jinými odvětvími. Následně John Leach jmenoval některé možnosti, jak produktivitu



Foto: Advance Institut

poskytovatelů zvýšit. Jsou to například upravené modely práce s větším zapojením sester, využití moderních technologií a větší míra automatizace nebo okamžitá spolupráce s externími specialisty.

V dalších částech svého příspěvku promluvil John Leach o ekonomických i kvalitativních důvodech k reorganizaci zdravotnických služeb. Přednášející představil několik modelů konsolidace nemocnic a jako jeden z příkladů použil Dánsko. V Dánsku vzniklo v posledních letech 16 velkých centralizovaných specializovaných nemocnic – jedna třetina nemocnic byla modernizována – a naopak o polovinu zde klesl počet pohotovostních oddělení. Různá reorganizační opatření a investice do nemocnic ve výši 5,6 mld. eur mají vést například k poklesu dnů strávených průměrně na lůžku o 20 % a zároveň zvýšení počtu ambulantně léčených pacientů o 50 %.

Po příspěvku Johna Leache následoval referát Dr. Henny van Laarhoven, M.S., která pracuje jako konzultantka v rámci plánování výstavby nových nemocnic v Nizozemí. Ve svém příspěvku ukázala, jak současné požadavky na moderní diagnostiku, zdravotní péči a její organizaci, vnitřní nemocniční logistiku, infrastrukturu apod. zásadně ovlivňují architektonická plánování moderních nemocnic.

V druhém bloku promluvil například MUDr. Vladimír Dvorový, MPH, jehož příspěvek patřil mezi ty, které představovaly dobré příklady lokálního charakteru

z blízkého zahraničí. Vladimír Dvorový je generálním ředitelem ProCare a Sveta zdravia, kam spadá mimo jiné i nemocnice ve slovenských Michalovcích, jíž byl Vladimír Dvorový v minulosti ředitelem. Nemocnica Michalovce je součástí projektu stratifikace nemocnic na východním Slovensku, který směřuje k rozdělení zdravotnických zařízení do čtyř skupin: velké akutní nemocnice; akutní všeobecné nemocnice; efektivní malé nemocnice; specializovaná centra. Jako důležité prvky fungování nemocnice v Michalovcích vidí Vladimír Borový například nízké administrativní zatížení a vysokou efektivitu, které nemocnice dosahuje organizací v samostatných „klastrech“ (internistickém, chirurgickém, diagnostickém atd.) s fluktuujícími lůžky.

Pro ilustraci rozpětí přednášek od 17 přednášejících, které během dvou dnů zazněly, zmiňme ještě alespoň telegraficky tu od Briana H. Ranka, M.D., hematologa a onkologa, který se podělil o své zkušenosti se zlepšováním klinických procesů a výsledků péče z pohledu lékařů; dále od Santiaga Delgada Izquierda, který se zaměřil na nutnost kulturní proměny společnosti, pokud má být zavedena integrovaná zdravotní péče; nebo přednášku o transformaci léčby diabetu z centrální na individuální. Tyto přednášky byly předneseny v bloku zaměřeném na spolupráci nemocnic a jiných poskytovatelů.

Mgr. Lukáš Malý





„Zákon o léčitelství je potřeba. Nebude ale jednoduché ho napsat,“ míní v rozhovoru

Julius Špičák

Nadváha a styl života se obecně stávají zásadním problémem, tvrdí Julius Špičák, přednosta Kliniky hepatogastroenterologie IKEM Praha. „Nealkoholové tukové postižení jater (steatóza) bylo ještě před deseti lety relativně bezvýznamná diagnóza, dnes je každý třetí pacient transplantován právě z tohoto z důvodu,“ říká gastroenterolog a od loňského října poslanec za ANO.

Sněmovna by měla řešit zákon o léčitelství. Co budete k tomuto tématu říkat?

Zákon o léčitelství mě zajímá, a nejen mě. Domnívám se, že je potřebné, aby nějaký vznikl, ovšem nikoliv za každou cenu. Lepší je žádný zákon, než špatný zákon. Nebude jednoduché ho zformulovat, protože se touto oblastí dosud vlastně nikdo systematicky nezabýval a například léčitelství není ani nijak definované. Názory se budou různit a bude obtížné dosáhnout konsensu. Považuji ovšem za opodstatněné, aby každé zabývání se lidským tělem a lidským zdravím bylo nějakým způsobem podchyceno.

Co konkrétně je třeba podchytit?

Měly by se určit jednotlivé kategorie léčitelství a měly by se vymezit povinnosti léčitelů. Například by měla být zakotvena povinnost základní znalosti legislativy. To je podle mého názoru klíčové. V některých zemích mají léčitelé také povinnost absolvovat kurz zdravotní. Léčitelství by se na druhou stranu nemělo nadměrně svazovat, protože by ztratilo část své přitažlivosti a nevyhnutelně by se částečně přesunulo do šedé zóny mimo jakoukoliv kontrolu.

A vyřeší tohle zákon?

Léčitelství má v různých oblastech lidského stonání různý potenciální význam. Patrně se málo může uplatnit u akutních stavů, jako je například traumatologie. Jinak je tomu ale například u chronických zánětů nebo v onkologii. Zde si nemoc můžeme zjednodušeně představit jako výsledek patofyziologických pochodů. Podstatou standardní léčby je definovat nějaký bod či proces, který léčba s dostatečnou mírou spolehlivosti zablokuje. Úspěšnost může být 90 %, ale také 60 %. Dokonce může být ve srovnání s placebem poměrně malá a relativně nedostatečně předvídatelná. Pokud je úspěšnost léčby podložena výsledky, nejlépe formou srovnávacích studií, jedná se o medicínu založenou na vědeckých důkazech („evidence based

medicine“) a ta by měla být hrazena ze zdravotního pojištění. Nicméně existuje obrovský prostor, kde nemoc sice je, ale vědecké důkazy nejsou a je obtížné, až nemožné je získat, například protože nemoc trvá tak dlouho, že systematické sledování dostatečného množství nemocných je nereálné. Také platí, že se chorobné procesy mohou zastavit či dokonce zvrátit bez prokazatelně účinné léčby při tzv. placebovém efektu. Významný podíl má jistě i psychika.

Jak často jste se za svoji kariéru potkal s medicínským zázrakem?

Čas od času člověk skutečně zažije nepochopitelný případ, bohužel však často v negativním slova smyslu. Ale znám také pacienta po operaci karcinomu pankreatu přežívajícího 25 let, to je svým způsobem unikát.

Vraťme se ale zpět k léčitelství, jak je to u něj se zdravotním pojištěním?

Metody léčitelství nemohou být hrazeny zdravotním pojištěním, pokud nejsou jednoznačné důkazy o jejich prospěšnosti. Pak se ovšem přesouvají do oblasti standardní medicíny.

Metody léčitelství nemohou být hrazeny zdravotním pojištěním, pokud nejsou jednoznačné důkazy o jejich prospěšnosti.

Přesouváte se někdy do sféry mimo vědecké důkazy i vy?

Alternativní medicínu neprovozují, ale v určitých případech o jejích principech a možnostech nemocné informuji. Sdělím jim, že tato alternativa existuje. Nazval bych to hypoteticky smysluplnou nabídkou. Stává se to například u nemocného ohroženého rekurencí nádoru po léčbě, kde jednoznačné léčebné postupy neexistují. Jeden konkrétní ohrožený pacient přežil všechny ostatní, u kterých jsme v minulosti k této alternaci nepřístupili, a je ve výborné kondici. Ale znovu musím zopakovat, že je velmi těžké, až nemožné provést metodicky hodnotnou studii, která by statisticky významnou účinnost těchto v podstatě preventivních postupů potvrdila. Alternativní postupy mohou být jen doplňkem, nikdy náhradou. Kdysi jsem zaslechl větu od věhlasného holandského chirurga Obertopa: V překladu: „Vždy je

dobré mít v záloze klinické studie.“ A toto je podobný princip – neprokázané, ale dává to naději.

Tyto informace musí být pacientovi předány vyváženě, což je věc velmi těžko definovatelná, ale koneckonců v medicíně jsou nuance komunikace lékaře s pacientem obecně obtížně definovatelné.

Nekoukají na vás kolegové trochu divně? Myslím, že alternativní medicína není mezi lékaři právě uznávána.

Názory se pochopitelně různí, i pohledy na působení různých faktorů se mění. Například stále přežívá názor, že káva je do určité míry škodlivá a způsobuje vředy či hypertenzi. To se nepotvrdilo, naopak v posledních letech se zjistilo, že káva působí protinádorově, a například čtyři šálky kávy denně významně snižují riziko vzniku karcinomu jater.

Jak velkou roli hraje podle vás u nemocných psychika?

Nevím, nakolik je rozhodující, to bych se pustil do vyslovených spekulací, ale naděje, a naopak beznaděj významnou roli hrají. U chorob dutiny břišní, klasicky při zánětlivých onemocnění, je u významné menšiny průběh nepředvídatelný. Na sofistikovanou biologickou léčbu někdy nezaberou, naopak tzv. placebo vykazují efekt i přes 20 procent i při těžkém průběhu. Speciálně u zánětlivých chorob dutiny břišní je prostor pro spekulace, v pozitivním slova smyslu i pro smysluplné uplatnění alternativních metod.

Žaludek, střeva, játra, slezina, slinivka – které z těchto orgánů, jsou nejčastěji nemocné nebo nejohroženější?

To se v čase mění. Například výrazně klesá riziko rakoviny žaludku.

Čím to je? Jedna studie říká, že jíme zdravěji než za socialismu, protože jsou tu supermarkety, takže máme čerstvější jídlo.

Souvislosti s příjmem potravy se velmi těžko prokazují. Sledování by mělo probíhat velmi dlouho a po dobu sledování se návyky člověka nevyhnutelně mění, takže vztahovat závěry k požívání potravin se musí s velkou opatrností. Pokud jde o rakovinu žaludku, důvodem poklesu je úbytek infekce bakterií *Helicobacter pylori*, čímž se snižuje výskyt chronického zánětu žaludku.

Jak se ta bakterie ztratila?

Jednoduše díky zlepšené hygieně, která vede k tomu, že výskyt *Helicobacter pylori* poklesl z přibližně 50 % na dnešních

asi 15 %. Naopak výrazně stoupá počet rakovin jícnu.

To je dané čím?

Opět patrně zánětem jícnu. Univerzálně platí, že chronický zánět zvyšuje riziko karcinogeneze a zvýšený výskyt zánětu jícnu souvisí patrně s narůstající nadváhou. Nadváha a styl života se obecně stávají naprosto zásadním problémem. Například selhání jater, pro které se provádí transplantace jater, je důsledkem několika diagnóz a za posledních 15 let se jejich poměr podstatně změnil.

Už to není alkoholismus?

Alkoholismus je stále častý, ale ubývá následků virových hepatitid a naopak vzrůstá výskyt nealkoholové steatózy jater související s obezitou. Ještě před deseti lety to byla relativně bezvýznamná diagnóza, dnes je každý třetí pacient transplantován právě z tohoto důvodu.

Dá se říct, že obezita je geneticky daná?

Individualita hraje samozřejmě roli, ale zásadní je přísun potravy a její složení. Na sladké totiž vzniká návyk. V chudých podmínkách jsou všichni hubení. Před sto lety se problém obezity neřešil.

Takže je to důsledek našeho blahobytu.

Obecně ano, na druhé straně je známé, že více postihuje nízkopříjmové skupiny

obyvatel. Vyvážená strava je totiž dražší.

Jaký je vývoj u dalších onemocnění z vašeho oboru?

Nejvýznamnější jsou nádorová onemocnění trávicího systému. Zásadní otázkou diagnostiky v oblasti trávicího ústrojí je, zda má vyšetřovaný nádor či nikoliv, což třeba v kardiologii nebo neurologii hraje malou roli. Všechny orgány trávicího systému mohou být postiženy nádory. Vedle nádorů prsu, plíc a prostaty jsou jedny z nejčastějších. Dále jsou tu chronické záněty, které opět zvyšují riziko nádorů.

Proč se v posledních letech tak zvyšuje výskyt Crohnovy choroby?

Zdá se, že některé faktory mají někdy pozitivní efekt a jindy naopak negativní. Obecně mizí různorodost bakterií ve střevě. Je to opět důsledek té zlepšující se hygieny. Ale to, co má pozitivní vliv v jedné oblasti, v tomto případě na redukci rakoviny žaludku, má naopak v jiných oblastech důsledek negativní a jedním z nich jsou střevní záněty, tedy vámi zmíněná Crohnova nemoc.

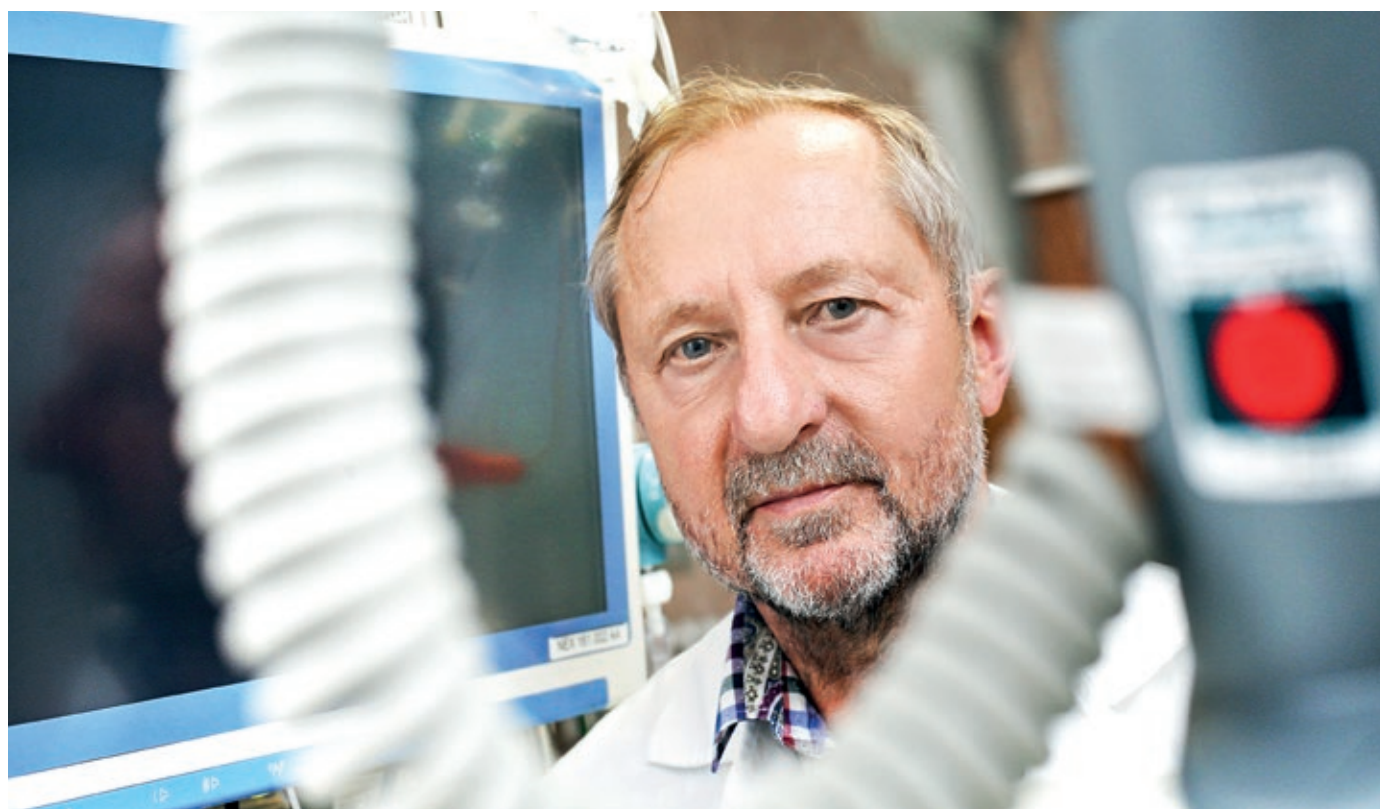
Proč pojišťovny u Crohnovy choroby nebo revmatismu platí biologickou léčbu až ve čtvrtém stádiu nemoci, když už jsou pacienti téměř invalidní?

Úplně jednoduše se to takto nedá říct. Třeba ve střevních zánětech platí, že se tato léčba podá tehdy, když selhala standardní léčba.

Obecně platí, že čím dříve se léčba nasadí, tím se dá čekat její lepší účinek. Dalo by se tedy spekulovat, že když ji nasadíte od samého počátku bez kortikoidů, výsledky budou vůbec nejlepší. Můžeme diskutovat o přerušení léčby, když je pacient dlouhodobě v remisi, tzn. bez známek aktivity onemocnění. Problém je, že úspory můžete očekávat za deset, dvacet let, ale ty peníze musíte dát hned.

V endoskopii se odehrávají obrovské pokroky. Vy máte v současnosti zapůjčený diagnostický přístroj, kterým jste zároveň schopni vypalovat podezřelé buňky.

Je tomu tak. Diagnostika je stále účinnější, léčba variabilnější, ukrájete stále víc a víc z chirurgického koláče. Časné nádory jícnu se vypalují radiofrekvenční ablací nebo se odstraňují endoskopickou resekci, ty pokročilé se řeší přemostěním stenty, samozřejmě je odstranění kaménků žlučových cest, drenují se záněty pankreatu, podélně prožezává jícen u poruch polykání atd. Obrovským tématem je endoskopická léčba obezity, v níž patříme mezi nejkompexnější centra v Evropě. Původně existoval jen balónek nafouknutý v žaludku, dnes zavádíme do střeva trubice měnící vstřebávání i metabolismus cukrovky, ze stejných důvodů vypalujeme



laserem buňky ve dvanácterníku, zasouváme magnety, které spojí střevní kličky a redukují pochod trávení atd.

Co vás motivovalo jít do politiky? Vypadá to, že vás medicína pořád naplňuje.

Určité věci v jakési „makrorovině“ člověk nemůže změnit bez politického angažmá.

Co třeba?

Například efektivní fungování grantových agentur pro výzkum nebo právě způsob úhrady pojišťovnou v případech, o kterých jsme se bavili. Je toho ale víc. Člověk z praxe jednoduše vidí mezery, které je nutné zacelit, a když má delší dobu pocit, že se to nikam nehýbe, chce to změnit sám.

A máte pocit, že něco dokážete ovlivnit?

Jsou věci, které skutečně můžete ovlivnit, a přestože jsou významné, širší veřejnost je ani nemusí zaznamenat. Například taková účinnost dotací na výzkumné projekty.

Co je špatně?

Systém je podle mého názoru neúčinný. Příkladem jsou vysoce prestižní

a lukrativní ERC granty, které uděluje příslušná agentura Evropské unie za přísně kontrolovaných, naprosto transparentních podmínek. V posledním kole jich získala Británie kolem šedesáti, Německo přes čtyřicet, Španělsko osmnáct, my nemáme žádný. U nás se na výzkum rozdělují 35 miliard, to je v podstatě docela dost peněz. A kdyby to od příštího roku bylo 45 miliard, na věci by se nic podstatného nezměnilo.

Čím to je?

Nedostatek internacionalizace, která zajišťuje přirozeně konkurenční prostředí. Jednoduše řečeno si hrajeme jen na vlastním písečku. Systém postrádá dostatečnou motivaci, dynamiku, kontrolu efektivity vynaložených prostředků. Sami poskytovatelé často nevědí, jaká je účinnost jednotlivých projektů.

To není dobrá zpráva.

Nezdá se, že by to někoho z vedení rezortu a příslušných politických orgánů příliš vzrušilo. I vrcholní politici často prohlašují na adresu ambiciózních mladých vědců:

prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

- Vystudoval všeobecné lékařství na 1. LF UK.
- Od roku 1995 působí v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze, kde je v současnosti přednostou Kliniky hepatogastroenterologie.
- V roce 2007 získal profesuru v oboru vnitřního lékařství.
- Od října 2017 je poslancem Poslanecké sněmovny PČR za hnutí ANO.

jen ať si jdou, vždyť se odjakživa chodilo na vandr, ještě se rádi vrátí. Nevrátí. Vyspělé země si uvědomují, že největší kapitál nejsou suroviny, ale školství, výzkum a z toho plynoucí vysoce kvalifikovaná společnost.

Inzerce ▼ M181000271



SPRINT 100

Nové transportní lůžko LINET



5 prvků pro bezpečnost a komfort

IV&Drive
První infuzní stojany na světě integrované do modelů

SoftDrop
Plynulý a tichý pohyb bezpečných postranic

CardiacChair
Jednoduché nastavení – pro léčbu, bezpečnost i komfort

EasyBrake
Brzdy jsou snadno přístupné ze všech čtyř stran lůžka

FlexiDrive
Vysouvací 5. kolečko s odpružením

www.linnet.com/cs/sprint100

Čtyři písmena + chaos = GDPR

25. května nabylo účinnosti obecné nařízení EU o ochraně osobních údajů neboli GDPR a v České republice dosud nemáme přijatou implementaci v podobě adaptačního zákona, který by danou problematiku v podrobnostech upravoval. V praxi jsou však lékaři a pacienti nuceni se těmito povinnostmi řídit. Víme něco určitě?

Jisté je jen to, že zdravotnickému sektoru se ochrana osobních údajů nevyhnula a lékaři a další zdravotnický personál musí dodržovat nová pravidla. Česká republika spolu s dalšími osmi zeměmi Evropské unie nestihla přijmout prováděcí předpisy k GDPR, i když na to měly čas od roku 2016, kdy začala běžet legislační lhůta k přípravě. Teď se vše snažíme dohnat v Poslanecké sněmovně, kde je momentálně ve druhém čtení návrh adaptačního zákona. K stabilitě nepřispívá ani různost tuzemských názorů. Někteří tvrdí, že ochrana údajů tady již byla a že GDPR vlastně nepřináší nic nového. Jiní naopak bijí na poplach, protože je to převratná novinka a nesmí se nijak podcenit.

Telefon, email a pošta vs. GDPR

Největší dopad má GDPR na přenos osobních dat časoprostorem. „Zvláštní kategorie osobních údajů“ nahrazující předchozí „citlivé osobní údaje“ se v první řadě týká přenosu mezi lékařem a pacientem. Posílat lékařské zprávy a nálezy elektronickou cestou je možné, pokud o to pacient sám o své vůli požádá, a to nejlépe písemně nebo z dané emailové adresy. Současně musí pacient vzít na vědomí, že zvolená vzájemná komunikace není nijak zabezpečena proti případnému zneužití. Pokud se lékař s pacientem dohodne na komunikaci pomocí registrované pošty s licenci, nepotřebuje dopředu pacientův souhlas. Poslední možností je použití telefonu: komunikovat s pacientem telefonicky lze dále pouze za použití hesla.

Druhý komunikační koridor je mezi poskytovateli zdravotních služeb. Při využití elektronické komunikace je nutná předchozí ochrana. Komunikovat tímto způsobem je možné jen na základě smlouvy s kvalifikovanou společností, která se zaváže, že zajistí bezpečný přenos dat. V konečném důsledku ale nese odpovědnost vůči pacientovi poskytovatel zdravotních služeb. V poštovním styku při

zasílání lékařských zpráv není třeba souhlasu pacienta, ale je nutné využít služeb držitele poštovní licence. Pro komunikaci s podřízenými musí mít poskytovatel zdravotních služeb zaměstnancem potvrzené písemné poučení, ve kterém bude uvedena povinnost chránit osobní údaje pacientů, zachovávat mlčenlivost a povinnost nakládat s jakýmkoli údaji o zdravotním stavu pacientů jako s chráněnými osobními údaji.

U zdravotnické dokumentace ke změnám nedochází, protože i nadále zůstává možnost jejího pořizování a vedení bez souhlasu pacienta, a to z důvodu, že tato povinnost vyplývá z předchozích právních předpisů. Výjimkou může být evidence smlouvy o poskytování dohodnutých služeb, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, kde je pacientův souhlas nutný. Obecné nařízení také požaduje zabezpečení zdravotnické dokumentace, ale nijak blíže toto zabezpečení nespécifikuje.

Lékaři se musí připravit na nové vyřizování námitek ze strany pacientů. Usoudí-li pacient, že informace o něm vedené jsou nepřesné, chybné nebo nepravdivé, může žádat jejich změnu. Pokud lékař změny neprovede, může se pacient domáhat nápravy u Úřadu na ochranu osobních údajů (ÚOOÚ). Stejně tak může pacient žádat od lékaře informace, kdo všechno má přístup k jeho údajům. V ordinaci nebo na webových stránkách by také měly být veřejně přístupné informace o zpracování osobních údajů.

Pověřenec

V případě vážné nehody je povinností poskytovatele zdravotních služeb ohlásit tuto skutečnost ÚOOÚ do 72 hodin. S tímto úkolem mu může pomoci nově zavedená funkce pověřence, kterou ale není nutné zřizovat za každou cenu. Zatím není jasné, kdo všechno bude muset tuto pozici ustavit. Výjimkou jsou ordinace s jedním lékařem a jednou sestrou, k čemuž se jasně vyjádřila



Foto: archiv autora

pracovní skupina WP 29. Návrh číslo 9 vyznačuje hranici devíti lékařů, nad kterou budou muset poskytovatelé zřizovat funkci pověřence povinně. Současně tuto skutečnost budou muset nahlásit ÚOOÚ. V případě, že pověřenec nebude ustaven, tato povinnost odpadá, ale poskytovatel zdravotních služeb to bude muset zdůvodnit ve svém vnitřním předpise. Pověřencem se může stát někdo ze stávajících zaměstnanců nebo třetí osoba. Pověřenec má být nezávislý, podřízený pouze vrcholovému managementu a jeho cílem je hledat u poskytovatele rizika velkého rozsahu a navrhnout adekvátní opatření.

Výše pokut

Přestože hned v prvních hodinách účinnosti GDPR byly v rámci Evropské unie podány žaloby proti společnostem, jako je Facebook nebo Google, Česká republika touto cestou nejde a dle vyjádření Úřadu na ochranu osobních údajů se pokuty nebudou ukládat hned od 25. května, ale až po nabytí účinnosti prováděcího předpisu ke GDPR. Přes jejich možnou výši – až 20 mil euro nebo 4 % z obrátu – by pokuty neměly mít likvidační charakter, protože to není jejich cílem. Bude se přihlížet k zásadám správního práva a výše pokut mají být přiměřené a založené na individuálním přístupu.

Mgr. René Šifta,
Ústav práva a právní vědy

Únik moči není přirozený jev a dá se léčit



Počůrávat se není normální, dokonce ani v seniorském věku. To je poselství, které se už řadu let snaží šířit mezi laickou, ale i zdravotnickou veřejností odborníci spolku Incoforum. Ti letos podobně jako v předchozích letech umístili infostánek v OC Smíchov, aby tak v rámci týdne kontinence (18.–22. června) přispěli k detabuizaci problematiky nedobrovolného úniku moči.

Pod heslem „Inkontinence vás nemusí trápit, pokud odhalíte její příčinu a začnete se léčit“, odpovídají odborníci z řad urologie, urogynekologie, gynekologie, neurologie, geriatricie a dalších oborů sdružených v Incoforu na základní otázky, dávají rady týkající se léčby či inkontinentních pomůcek, nabízejí pomoc při hledání odborné péče a pořádají vzdělávací akce.

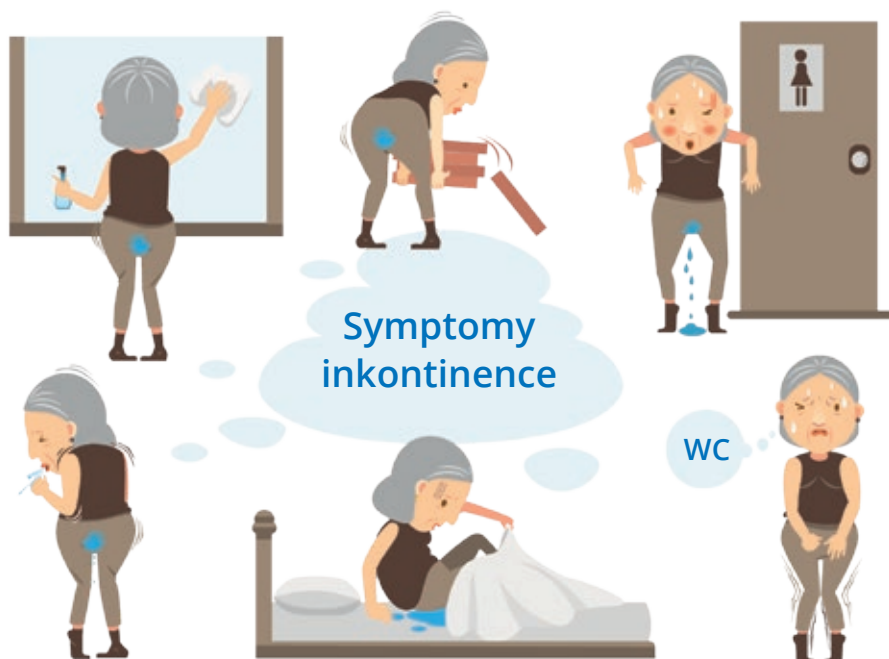
Častý, ale skrývaný problém

Inkontinence je stav, kdy dochází k nedobrovolnému úniku moči. „Jak ukázal nedávný průzkum kvality života, při níž bylo vyšetřeno 400 osob s inkontinencí, nezáleží až tak na tom, jaké množství moči uniká. Pouhý fakt, že je zde nějaký, byť minimální únik moči už významně zhoršuje kvalitu života. Závislost na závažnosti inkontinence tedy není lineární, jak jsme původně předpokládali,“ vysvětluje doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., vedoucí urologického oddělení FTN v Praze, a dodává, že inkontinenci je třeba řešit již na začátku potíží.

„Ukazuje se však, že v průměru trvá 3–5 let, než pacient nebo pacientka začne o svém problému mluvit. Někakým druhem inkontinence přitom trpí někdy v průběhu svého života až polovina žen. Ve věku nad 60 let je pak inkontinentních asi 40 % žen. To je obrovské číslo. A i když se na inkontinenci neumírá, jedná se o zdravotní problém, který zhoršuje kvalitu života,“ potvrzuje MUDr. Lukáš Horčíčka, předseda Urogynekologické společnosti a spolumajitel NZZ GONA. Podle dalších průzkumů se 60 % osob s inkontinencí vyhýbá cestování, 58 % negativně zasahuje do pracovní činnosti a 40 % má kvůli inkontinenci sexuální potíže.

Léčí se jen čtvrtina pacientů

Inkontinenci obvykle diagnostikuje u žen gynekolog, u mužů zase urolog. Významnou roli v záchytu inkontinence má však i praktický lékař. „Ten by měl cíleně pátrat



Ilustrační foto: Shutterstock

po inkontinenci u svých pacientů, provádět screening inkontinence v rámci preventivních prohlídek. Ukazuje se však, že mnozí praktici stále nemají o této problematice dostatek znalostí,“ uvádí prof. MUDr. Eva Topinková, CSc., přednostka Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Podle ní by měli lékaři primární péče provádět základní diagnostiku a měli by umět rozpoznat, kdy poslat pacienta ke specialistovi. Výhodou by bylo i to, kdyby mohli předepisovat léky například na hyperaktivní měchýř, který trápí asi 10 % populace. Zaměřit se je třeba také na ústavy následné péče a jiná zařízení pro geriatrické pacienty, kde může být inkontinence přítomna u více než 70 % rezidentů.

Vložky nejsou léčba, pomoci však mohou

Inkontinence se diagnostikuje pomocí fyzikálního a laboratorního vyšetření, dotazníků, mikčních deníků a speciálních testů. „Léčba zahrnuje podle typu inkontinence (stresová, urgentní či smíšená) režimová opatření, fyzioterapii,

elektrostimulační léčbu, farmakoterapii i operační postupy. „Léčí se však jen čtvrtina pacientů s inkontinencí. To je málo!“ upozorňuje Lukáš Horčíčka a zdůrazňuje potřebu širší edukace obyvatel. Roli v řešení inkontinence mají i absorpční pomůcky (inkontinentní vložky, pleny, plenkové kalhotky atd.), zejména tam, kde není vhodné operační řešení, nebo v čase čekání na léčebný efekt. Absorpční pomůcky však nejsou léčbou. Nicméně přestože bývají někdy nadužívány, mohou i ony podle Lukáše Horčíčky pomoci k návratu do plnohodnotného života.

Nedobrovolný únik moči je nepříjemný, intimní problém, s kterým se muži i ženy často dlouho ostýchají svěřit nejen svým blízkým, ale i lékaři. Vedle studu hraje roli i mylná domněnka, že se jedná o přirozený jev stárnutí. Snahou Incofora je detabuizovat téma inkontinence mezi širokou veřejností a zlepšit péči o pacienty trpící tímto nepříjemným problémem.

Více na: www.incoforum.cz
MUDr. Andrea Skálová



Reakce lékárníků na postoj Ministerstva zdravotnictví ČR

Česká lékárnická komora (ČLnK) spolu s dalšími profesními sdruženími, Grémiem majitelů lékáren, Poskytovateli lékárenské péče a iniciativou Vaši Lékárníci CZ reagují na vyjádření Ministerstva zdravotnictví ČR, které 29. května 2018 obdrželi v dopise náměstka ministra zdravotnictví, Mgr. Filipa Vrubela. ČLnK a ostatní instituce se ostře ohrazují vůči nekonzistentnímu postoji MZ ČR k navýšení finančních prostředků do lékárenského segmentu v příštím roce.

Lékařníci poukazují na skutečnost, že jim byla opakovaně přislíbena podpora MZ ČR v případě, že nedojde k dohodě o zvýšení úhrad lékárnám se zástupci zdravotních pojišťoven. Dohodovací řízení mezi lékárníky a zdravotními pojišťovнами skončí 19. června, ovšem ze strany lékárníků převládá skeptický názor, že ke konsenzu nedojde. Lékařníci jsou přesto ochotni znovu zasednout k jednacímu stolu. „Ze strany lékárníků již došlo k zásadním ústupkům, zatímco přístup pojišťoven k dorovnání úhrad zůstává rigidní. Při předchozích jednáních dohodovacího řízení padl ze strany MZ ČR příslib, že se ministerstvo postará o dostatečný objem financí pro lékárenský segment i v případě, že k dohodě mezi lékárníky a zdravotními pojišťovnými nedojde, dnes však dává od lékárníků ruce pryč,“ uvedl PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident ČLnK.

MZ ČR zklamalo

V dopise adresovaném zástupcům ČLnK a dalším lékárnickým sdružením píše Filip

Vrubel, že prioritou MZ ČR bude navýšení platů a mezd vybraným zdravotnickým pracovníkům, zejména zdravotním sestram. V tuto chvíli proto MZ ČR není schopno garantovat objem dostatečných finančních prostředků pro lékárenský segment na příští rok.

Lékařníci jsou přístupem MZ ČR zklamáni. Upozorňují, že oproti ostatním zdravotníkům jsou znevýhodněni. Zatímco v ostatních privátních sektorech zdravotnictví platy od roku 2006 rapidně rostou (u lékařů o téměř 52 %, u sester dokonce až o 61 %), u lékárníků má plat od roku 2011 klesající tendenci. Soukromí lékárníci jsou závislí hlavně na marži z vydaných léků a tzv. signálním výkonu, který je ale mnohem nižší než v jiných zdravotnických zařízeních.

Ohroženo přes 600 lékáren

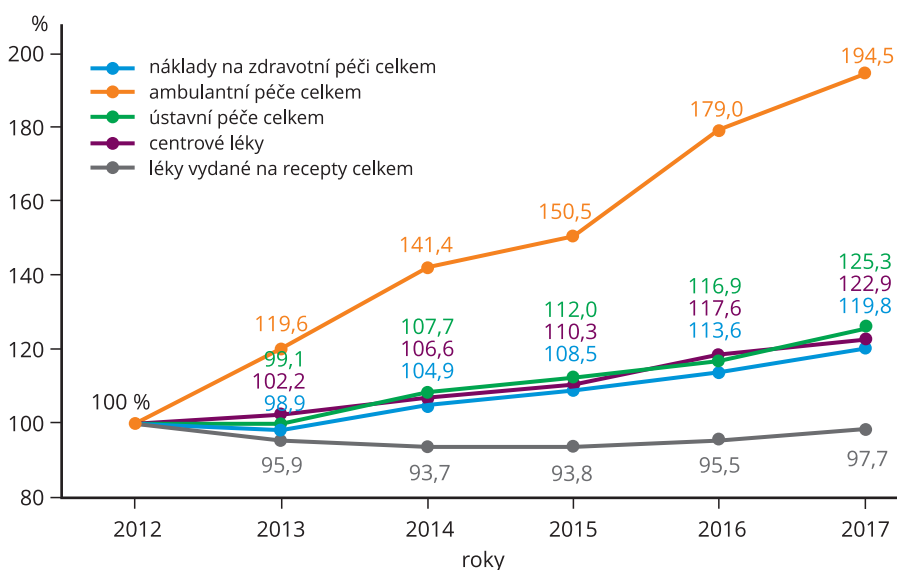
Lékařníci proto akutně volají po navýšení peněz do lékáren dorovnáním ceny za signální výkon. Jedině tak lze totiž zabránit postupnému krachu lékáren (za posledních

pět let bylo v ČR bez náhrady zavřeno 40 jedinečných lékáren). Zatímco všem ostatním zdravotnickým zařízením bude ze strany pojišťoven plošně přidáno 5 %, lékárníkům ve skutečnosti pojišťovny nabídly navýšení o pouhých 0,08 %. Lékařníci přitom navrhli kompromis – navýšení o 2,74 %. Ani tento vstřícný krok protistrana neakceptovala. V současnosti je v důsledku tohoto diskriminačního postoje pojišťoven ohrožena existence dalších 600 lékáren. „Signální výkon nahradil v roce 2015 zrušené regulační poplatky, které činily 30 Kč. Nyní je za každý vydaný recept lékárníkům vypláceno pouze 13 Kč. To je samozřejmě pro veřejné lékárny dlouhodobě naprosto neúnosné až likvidační,“ upozorňuje Mgr. Marek Hampel, koordinátor segmentu poskytovatelů lékárenské péče v dohodovacím řízení.

Stát ušetřil na úkor lékárníků

Uvádí se, že v posledních letech ušetřil stát revizemi cen a úhrad léků vydávaných v lékárnách minimálně 15,4 miliard korun. Podle ČLnK lékárníkům navíc nebyly plně kompenzovány zrušené regulační poplatky, v důsledku čehož lékařníci přišli do konce roku 2017 o zhruba 3,2 miliardy. Celkem tedy lékárny přišly od roku 2007 o 18,6 miliardy Kč obrátu. Každá lékárna tak byla z rozhodnutí MZ ČR nebo Státního ústavu pro kontrolu léčiv ochuzena v průměru o 2,2 milionů korun. Ty schází nejen na mzdy lékárníků, farmaceutických asistentek, sanitářek i ostatních zaměstnanců, ale i na provoz. V uplynulých dvou letech byly lékárny navíc zatíženy také dalšími agendami jako jsou EET a eRecepty, které si vyžádaly další investice do techniky, softwaru či zesílení internetové konektivity. Současně stát požaduje další rozšíření a nařízení agend spojených s GDPR a ověřováním pravosti léčiv (od února 2019). Na dorovnání ztrát z minulých let a financování těchto nových povinností a technologií musí stát podle lékárníků poskytnout finanční prostředky.

Zdroj: ČLnK, (red)



Graf: Index vývoje nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v letech 2012–2017

Životní pojištění není jen pojištění úrazu

Životní pojištění mnoho lidí chápe jako úrazové pojištění se spořením. Tělesné poškození si dokážeme představit a také si ho často pojišťujeme. Ale víte, že třeba invalidita v důsledku úrazu představuje z celkového počtu jen 4 % případů? V ostatních případech je důvodem nemoc, varuje **Ondřej Poul**, ředitel Úseku pojištění osob v Kooperativě.

Jak správně vybrat rizika v životním pojištění?

Často nám stačí, že z pojistky získáme peníze za zlomenou nohu nebo za dvoutýdenní neschopenku. Tyto věci jsou nepříjemné, ale nikoho finančně nepoloží.

Daleko důležitější je mít pojištěny události, které nás mohou existenčně ohrozit. Když nás postihne vážná nemoc, můžeme se ocitnout na dlouhou dobu bez svého obvyklého příjmu.

V takové chvíli je úlevou soustředit se na vyléčení a nepočítat, jak po ty dlouhé měsíce vyjdeme s penězi.



Bývá pojištění správně nastaveno? Bohužel ne. Nově jsme se rozhodli nastavení dostatečných pojistných částek podpořit také cenově.

Pokud si klient sjedná rizika v celkové výši 1 milion korun, získá slevu 10 % z pojistného, pokud jeho pojistné částky přesáhnou 3 miliony korun, sleva bude dokonce 20 %.

Upravit pojistné částky si mohou i stávající klienti, případně si mohou u své smlouvy sjednat nějaké další riziko. Získají tak kvalitnější pojištění, které lépe odpovídá jejich životní situaci, navíc se zajímavou slevou.



Dobře nastavený život je základ

Životní pojištění NA PŘÁNÍ

Většinu životních situací hravě zvládnete sami, ale pak jsou takové, které by vás mohly zaskočit. A přitom stačí pár minut, abychom vám správně nastavili životní pojištění šité na míru vašemu životnímu stylu.


Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život jaký je

Bojujeme za tradiční hodnoty a rovné podmínky

Jedním z nominovaných finalistů soutěže Lékárník roku byl i **Mgr. David Gregor**, spolumajitel rodinné lékárny v Děčíně. David Gregor je zároveň aktivně činný v profesním spolku Vaši Lékárnici CZ, kde se snaží spolu s dalšími kolegy zlepšit povědomí o lékárnících a změnit situaci ve veřejném lékárenství.

V Děčíně jste vedoucím lékárny, kterou jste převzal po své matce. Jaké výhody představuje rodinný byznys?

Za největší výhody považuji především nezávislost a tradici. Nezávislost ve výběru dodavatelů, výběru sortimentu a volbě, jak se chovat k pacientům a zákazníkům. Nejsme svázáni marketingovými pravidly, která přinášejí do našeho oboru obchodníci působící na lékárenském trhu, pro něž je na prvním místě zisk. Nemusíme volit preferovaná léčiva podle pozitivních listů nebo provádět generickou substituci tam, kde to není nutné. Díky tomu, že naše lékárna existuje již 25 let, lidé vědí, co od nás mohou očekávat. Často k nám přicházejí pouze pro radu nebo prohodit pár slov.

Můžete říct, čím se liší vaše rodinná lékárna od lékárenských řetězců? Co specifického můžete svým klientům nabídnout?

Především můžeme nabídnout dostatečný čas na konzultace při výdeji a zároveň větší míru soukromí – lidé u nás nestojí ve frontách s několika dalšími lidmi. Dále nabízíme poradenství při odvykání kouření, které se setkává se stále větším zájmem. Samozřejmě provádíme i individuální přípravu léčivých přípravků, která se jinde již téměř neprovádí. Co se sortimentu týče, máme rozšířenou nabídku dětských dudlíků a lahví. V neposlední řadě k nám pacienti přicházejí pro doplňky, které jim jinde nejsou schopni nebo ochotni objednat.

Jste jedním ze zakládajících členů profesního spolku Vaši Lékárnici CZ, který zastupuje menší soukromé lékárníky a nejen je. Kolik máte v současnosti členů a co je vaší hlavní náplní?

Sdružení Vaši Lékárnici CZ vzniklo po loňském sjezdu delegátů České lékárnické komory, kde jsme –stejně jako v předchozích letech – konstatovali zhoršující se stav veřejného lékárenství v České republice a také ohrožení existence veřejných lékáren z důvodu pokračujícího upřednostňování ostatních segmentů poskytovatelů zdravotní péče. Nezastupujeme pouze menší soukromé

lékárny, ale bojujeme za všechny lékárníky v terénu. Hlavní náplní sdružení je zvýšit povědomí o nás lékárnících, naší každodenní práci a problémech, s nimiž se setkáváme a které musíme řešit. Snažíme se obnovit tradiční hodnoty lékárenství, odmítáme lékárnu v podobě „obchodu s léčivý“. Ve svých aktivitách cílíme jak na laickou veřejnost, tak na naši politickou reprezentaci všech zastoupených politických stran, ať už v rámci regionů či na celostátní úrovni. Zakládajících

členů je kolem deseti a naše základna se pomalu rozrůstá. A pokud by měl kdokoliv zájem připojit se do našich řad, rádi ho ve sdružení přivítáme.

Zasazujete se o reformu lékárenství. Která témata by se měla v blízké budoucnosti řešit? Naše sdružení mělo od začátku tři priority, ke kterým se v poslední době přidala ještě čtvrtá. Je to především zavedení stejných doplatků na léky ve všech lékárnách, aby pacienti nebyli



Foto: 2x Ing. Oldřich Drnec

nuceni obíhat jednotlivé lékárny. Prosazujeme smysluplnou regulaci sítě lékáren podle vzoru západní Evropy na základě demografických a geografických kritérií, aby se nezhoršovala zdravotní péče na venkově, a naopak, aby zbytečně nevznikaly jako houby po dešti další a další lékárny ve velkých městech. Třetí prioritou pro nás představuje změna systému financování lékárenské péče z maržového na výkonové – lékárník by měl být ohodnocen za svou práci a nikoliv za to, jak drahá léčiva ve své lékárně vydává. Tato tzv. dispenzační taxa by zajistila lékárnám větší stabilitu. Posledním problémem, na který se zaměřujeme a který je momentálně dost aktuální, je důsledné dodržování platného zákona o léčivech zaručujícího dodávky léků pro všechny pacienty do jejich lékáren. I po novelizaci zákona v prosinci loňského roku se totiž setkáváme s obcházením ze strany distributorů a výrobců, které vede k nedostupnosti některých léčivých přípravků pro konkrétní lékárny. Ministerstvo a SÚKL bohužel zatím stále jen přihlíží nedodržování zákona a hledají výmluvy pro svou nečinnost. To vše i přes právní analýzy, které k tomuto tématu byly zpracovány.

Zdá se, že ministr zdravotnictví se k podpoře malých lékáren hlásí. Je vám známo, jak konkrétně tato podpora bude vypadat?

Podporu vedení ministerstva deklarovalo na naší společné schůzce i v médiích, ale jak bude vypadat konkrétně, zatím nevíme. Zřejmě se bude jednat o navýšení úhrad pro jedinečné venkovské lékárny, tak jako je tomu u podobných projektů pro praktické lékaře a stomatology.

V současnosti se bouřlivě diskutuje o navýšení příjmů za tzv. signální kód výkonu na 9 Kč za položku na receptu. Připadá vám ta částka dostatečná?

Tento návrh zdravotních pojišťoven se dá považovat spíše za nejapný žert. Vzhledem ke kalkulacím, které byly provedeny, a limitacím ze strany pojišťoven, by se totiž o žádné navýšení nejednalo a reálně by naopak pokračoval již několikaletý propad ve financování veřejných lékáren. Revizemi úhrad a zrušením regulačních poplatků náš sektor přišel za posledních 10 let o zhruba 20 mld. Kč. Doufejme, že ministerstvo splní své sliby a dojde k navýšení hodnoty signálního výkonu adekvátně tomu, jak se navyšují platby ostatním segmentům ve zdravotnictví. Lékárníci navrhuji zvýšení na 30 Kč za recept či ještě lépe 20 Kč za položku na receptu, což by znamenalo nárůst o necelá 3 %. I to je stále výrazně méně než 5 %, která již byla přislíbena



ostatním segmentům. V příštím roce se navíc budeme potýkat s dalším nárůstem administrativní práce a většími nároky na přístrojové vybavení vzhledem k chystané protipadělkové směrnici.

Jak se lékárníci vypořádali s elektronickou preskripcí? Co považujete za výhodu a co stále za největší nedostatek?

Nemohu mluvit za všechny, ale troufnu si říci, že lékárníci byli opět připraveni nejlépe ze všech. Ač to pro lékárny znamenalo významné náklady na IT vybavení, změny softwaru, certifikáty a proškolení zaměstnanců, nevím v současné době o lékárně, která by nepřijímala elektronické recepty, narodil od (tipuji) desítek, možná stovek lékařských ordinací.

Nedostatky bohužel podle mého stále převažují nad výhodami. Zatím nefunguje lékový záznam pacienta, takže není možné nahlížet do kompletní medikace. Systém již zaznamenal několik výpadků, poslední před pár dny. Následkem toho je ohrožena zdravotní péče, protože není nalezeno spolehlivé alternativní řešení těchto situací. Lékárník navíc nemůže při chybě opravit údaje v úložišti a musí pacienta poslat zpátky za předepisujícím lékařem. Jen dílčími nedostatky jsou pak nejednotné formy průvodků a dále jejich zasílání pacientům formou SMS, což znesnadňuje práci a prodlužuje dobu expedice.

Mezi výhody bych zařadil zákaz veškeré reklamy na průvodkách receptu, dále faktický konec výpisů z receptu a především potenciálně jednodušší a rychlejší fakturaci receptů zdravotním pojišťovnám a jejich dřívější proplácení.

Když přijдете ve Francii do lékárny například se zánětem spojivek, lékárník vám prodá antibiotickou mast bez receptu. Jaké kompetence by lékárník měl mít? A unesl by český pacient, kdyby lékárník některé kompetence převzal od lékaře?

Neříkám, že lékárník potřebuje nějaké nové kompetence, ale do budoucna si dokážu představit, že některé by byly ku prospěchu především pacientům. Zároveň by se ulehčilo praktickým lékařům, kterých ubývá, a ti zbylí musejí za stejný čas ošetřit více pacientů. Lékárna je navíc místem, jež pacient navštíví v případě téměř poloviny zdravotních problémů. Především by bylo dobré zaměřit se na prevenci. V lékárnách by si pacient mohl například nechat změřit kromě krevního tlaku třeba hladinu cholesterolu nebo cukru v krvi. Zvýšil by se tak záchyt civilizačních onemocnění již v začátku, kdy se dá ještě předjet vážnějším zdravotním problémem, na čemž by následně ušetřil i celý zdravotní systém. V době snižující se proočkovatosti populace je další možností očkovat přímo v lékárnách. Poslední inspirací ze zahraničí by mohla být preskripce omezeného množství chronické medikace pacienta v době nepřítomnosti nebo nedostupnosti praktického lékaře.

Co máte na své práci nejraději?

Nejraději mám především každodenní kontakt s pacienty a klienty a řešení jejich zdravotních obtíží s následným doporučením léčby. Třešinkou na dortu je řešení lékových problémů a interakcí.

Mgr. Pavlína Perlíková



Interní lékařství má stále budoucnost

Vzdělávání mladých internistů, mezinárodní spolupráce i budoucnost interního lékařství, to byla témata, o nichž přijely diskutovat dvě stovky odborníků z 25 zemí na třetí Pražské evropské dny interní medicíny (PEDIM). Informace o akci, která se konala od 31. května do 1. června v hotelu Vienna House Diplomat Prague, nám poskytl prezident PEDIM a předseda České internistické společnosti ČLS JEP **prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM**.

Kongres, kterého se účastnili internisté, praktičtí lékaři i specialisté, proběhl letos ve dvou paralelních sekcích – anglické a české – a zahrnoval širokou problematiku vnitřního lékařství. „Naší snahou bylo zaměřit kongres zejména na mladé internisty a zařadit i aktuální tematiku předatestačního vzdělávání. Chceme, aby v rámci takzvané duální specializační přípravy měli mladí lékaři zařazení do interního kmene usnadněnou atestaci i v dalších oborech, jako je angiologie, endokrinologie, diabetologie či nefrologie,“ uvedl Češka a připomenul zmatek a nejistotu, které ještě donedávna provázely specializační přípravu lékařů.

Na kongresu společně s hlavními tématy, jako jsou metabolická onemocnění, kardiologie, antikoagulační léčba či diabetologie, zazněly příspěvky například na téma očkování dospělých, vzácná onemocnění či familiární hypercholesterolemie. Právě pro poslední z témat je významná mezinárodní spolupráce, přičemž vůdčí roli v probíhajícím projektu vyhledávání pacientů s touto poruchou má Česká republika. Problematice se věnovala mezinárodní panelová diskuse.

Význam interního lékařství

Richard Češka zdůraznil stálý význam interního lékařství navzdory prohlubující se superspecializaci v medicíně. „Například u méně frekventovaných diagnóz má internista klíčové postavení. Na to, aby rozpoznal možné příznaky nebo vůbec pomyslel na vzácná onemocnění, musí spolupracovat s ostatními specialisty a být důkladně vzdělán. Byla zde prezentována kazuistika pacientky, již stanovili diagnózu po 30



Foto: archiv PEDIM

letech nemoci, a to až před smrtí. Jiná pacientka skončila v důsledku vzácné enzymatické poruchy a následného kostního postižení na invalidním vozíku, ačkoli se jednalo o léčitelné onemocnění a průběh nemoci šlo tedy zastavit,“ ukázal na příkladech prof. Češka.

Snahou organizátorů kongresu bylo začlenit do programu příspěvky zahraničních řečníků, z nichž mnozí představují špičky ve svém oboru. „Chceme, aby si mladí lékaři uvědomili, že co děláme u nás, je naprosto srovnatelné s tím, jak to dělají v nejvyspělejších západních zemích. Že medicína v České republice, a podobně u našich slovenských kolegů, je na velmi vysoké úrovni – navzdory personálním a jiným problémům, s nimiž se potýkáme,“ zdůraznil Richard Češka. Obor interního lékařství je v jednotlivých zemích historicky koncipován odlišně. Zatímco

v zemích, jako je Velká Británie či Skandinávské země, je interna v kontextu ostatních specializací spíše upozaděna, jinde, například v Německu nebo Švýcarsku, získává na větším významu. V Itálii, Španělsku či Portugalsku je pak interna dominujícím oborem medicíny.

Vzdělání, zkušenost i pokora

A jak vidí prof. Češka budoucnost české interny? Podle něj na jedné straně paralelně s rozvojem vyšetřovacích a léčebných metod poroste význam superspecializací, na druhé straně budou potřeba odborníci schopní syntetizovat jednotlivé poznatky, a to zejména u polymorbidních nemocných, jakými jsou například geriatričtí pacienti. Vedle praktických lékařů tuto funkci mohou zastávat právě internisté. „Zatímco specialistu často zajímá prioritně nový katétr nebo inovativní endoskop,

internistu podle mého baví především ta detektivka diferenciální diagnózy,“ myslí si Richard Češka. Medicína je z jeho pohledu stále umění, kde svou roli hrají i intuice a štěstí. „Samozřejmě, že na prvním místě je potřeba toho hodně znát a celoživotně se vzdělávat. Stejně tak je ale neocenitelná zkušenost. Po dvaceti třiceti letech praxe je mnohem větší pravděpodobnost, že některou i vzácnější nemoc rozpoznáte – třeba proto, že jste se již s něčím podobným setkali. Ale je tu ještě jeden důležitý faktor. Pokora před tím, co nevíme. Lékař by si měl umět přiznat: ‚toto nevím, a měl bych se někoho zeptat.‘ Najít odvahu si říct ‚mám pacienta a nevím, co s ním, to je hrozně důležitá věc,‘ uzavřel prof. Češka.

MUDr. Andrea Skálová



Dovolujeme si Vás pozvat na

I. ČESKÝ HEMATOLOGICKÝ A TRANSFUZIOLOGICKÝ SJEZD

16. – 19. září 2018

Clarion Congress Hotel Praha
(Freyova 33, Praha 9–Vysočany)

POŘADATELÉ:



Více informací na www.hematology2018.cz

Nealkoholické postižení jater není radno přehlížet

Nealkoholická steatóza a nealkoholická steatohepatitida jater, známé pod zkratkami NAFLD/NASH, představují celosvětově nejčastější postižení jater spojené s vyšším rizikem nejen „jaterní“, ale i celkové mortality. Problematice se věnovalo jedno ze symposií, které proběhly v rámci letošních Májových hepatologických dnů v Českých Budějovicích. Odborný blok podpořila společnost PRO.MED.CS.

Steatóza neboli ztukovatění jater se často dává do souvislosti s metabolickým syndromem a obezitou, epidemiologická data však ukazují, že NAFLD/NASH se netýká jen obézních jedinců, ale i osob „zdánlivě hubených“. Nealkoholické jaterní choroby jsou obecně často provázeny metabolickými komorbiditami, především kardiovaskulárními onemocněními (KV) dyslipidemií a diabetem mellitem (DM). Metaanalýza autorů Younossi et al., 2016, která zahrnovala 8,5 milionu osob z 22 zemí ukázala, že 80 % pacientů s NASH má nadváhu nebo obezitu, 72 % dyslipidemií a 44 % DM 2. typu. Zatímco NAFLD představuje stav charakterizovaný „pouhou“ jaterní steatózou, v případě NASH je přítomen i jaterní zánět, v důsledku kterého se rozvíjí cirhóza jater až hepatocelulární karcinom. V praxi je proto třeba oba stavy

diagnosticky odlišit, zejména však na ně myslet v rámci prevence a screeningu. Včasný záchyt NAFLD/NASH a zahájení léčebných opatření zůstává výzvou pro praktické lékaře, gastroenterology, hepatology i další odborníky.

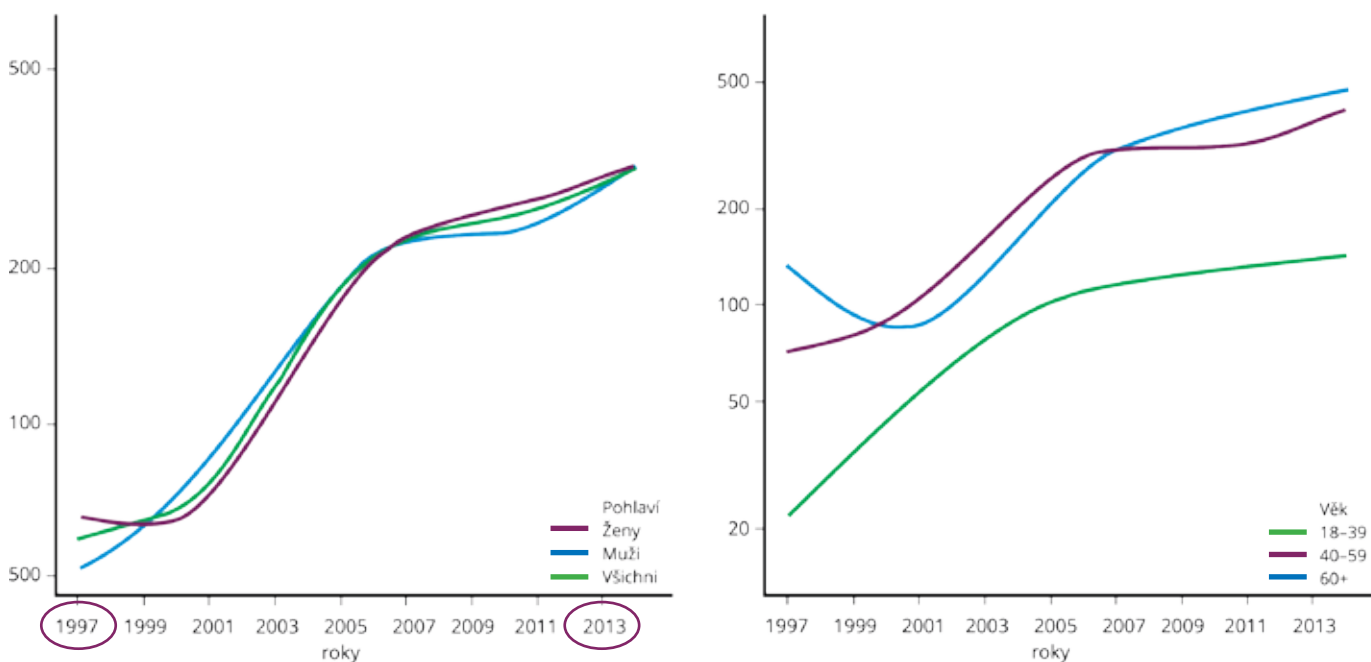
Epidemie NAFLD

NAFLD je onemocnění, jehož incidence stoupá, jak uvedl odborný garant symposia prof. doc. MUDr. Radan Brůha, CSc., ze IV. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha. Data z databáze Rochester Epidemiology Project ukázala, že v období 1997–2014 došlo k pětinasobnému vzestupu (62 → 329/100 000 obyvatel) výskytu této nealkoholické jaterní choroby a sedminásobnému vzestupu ve věkové skupině 18–39 let. Radan Brůha poukázal

zejména na spojitost NAFLD s výše uvedenými komorbiditami a zvýšeným rizikem mortality. Konstatoval, že všichni pacienti se zjištěnou NAFLD by měli být vyšetřeni na přítomnost DM, hyperlipidemie, KV onemocnění a jiných jaterních chorob a měli by být léčeni. Předpokládá se, že zvýšené KV riziko u NAFLD souvisí se subklinickými parametry zánětu, celková mortalita je pak spojena zejména se stupněm jaterní fibrózy.

Diagnostika NAFLD a NASH

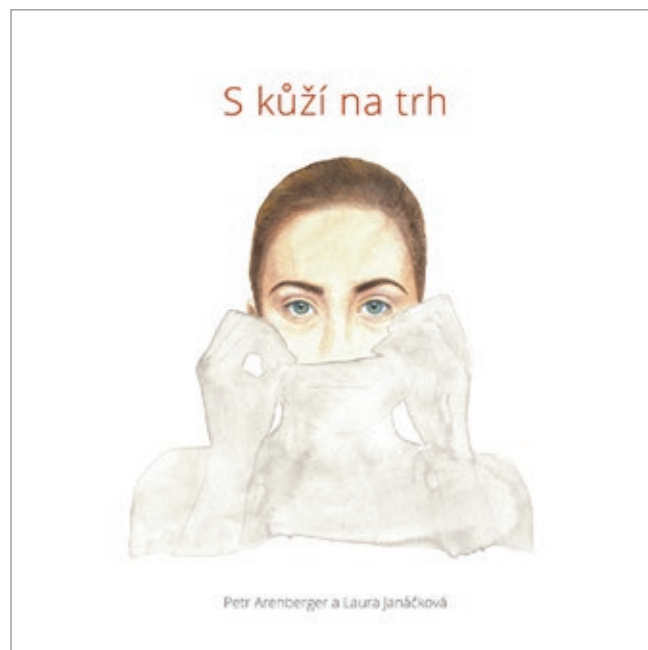
Jak diagnostikovat nealkoholické jaterní choroby a odlišit NAFLD od NASH, informoval MUDr. Pavel Taimr z Kliniky hepatogastroenterologie IKEM. Připomenul, že zlatým standardem diagnostiky NASH je jaterní biopsie, do



Graf: Rochester Epidemiology project database (1997–2014). Incidence NAFLD se zvýšila 5x: 62 → 329 / 100 000 obyvatel (7x ve věkové skupině 18–39 let)

Představujeme publikaci

S kůží na trh



Kniha prof. MUDr. Petra Arenbergera, DrSc., MBA, FCMA, a doc. PhDr. Dr.phil. Laury Janáčkové, CSc., předních českých odborníků, je první českou komplexní dermatovenerologickou publikací určenou především pacientům, jejich blízkým a široké veřejnosti. V souladu se zaměřením autorů se kniha věnuje medicínskému, psychologickému a sociálnímu aspektu onemocnění kůže.

Publikace uvádí nejen srozumitelný přehled, ale též možnosti současné léčby včetně řady psychologických metod, které mohou zmírnit nadlimitní životní zátěž pacientů a podpořit i doplnit léčebné procesy.

Cílem publikace je edukovat čtenáře a tím zvýšit kvalitu života pacientů s kožním onemocněním.

Autoři: Petr Arenberger, Laura Janáčková

Doporučená cena 390 Kč

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

popředí diagnostiky se však v posledních letech dostávají i neinvazivní zobrazovací metody, jako je sonografie, magnetická rezonance (MRI-PDF), elastografie FibroScan využívající implementovaný parametr CAP (controlled attenuation parameter) či MR spektroskopie. Jako nej přesnější pro diagnostiku pokročilé fibrózy se jeví magnetická rezonanční elastografie (MRE). Některé z uvedených metod jsou však vyhrazeny jen pro vybraná centra. Pro časnou detekci fibrózy a cirhózy lze využít také biomarkery, například NFS, FIB-4 či FibroTest, které predikují celkovou, jaterní i KV mortalitu. NAFLD Fibrosis Score (NFS) představuje možnou metodu první linie pro vyloučení pokročilých fibróz a má významnou roli při odlišení od nepokročilých fibróz. K odlišení mírné fibrózy je metoda méně vhodná.

Podle Pavla Taimra je třeba aktivně vyhledávat pacienty s NAFLD/NASH formou populačního screeningu. Jako vhodný nástroj pro screeningové vyšetření se jeví ultrasonografie, která je nejdostupnější i nejjednodušší. Její spolehlivost a přesnost při detekování steatózy potvrdila metaanalýza 49 studií zahrnující 4720 pacientů. Screening by se měl provádět u všech pacientů s metabolickým syndromem a DM, rovněž je třeba nezapomínat na kontrolu progresu jaterního onemocnění.

Léčba: režim i komorbidity

Na možnosti léčby NAFLD/NASH se zaměřil MUDr. Tomáš Fejfar, Ph.D., z II. Interní gastroenterologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové. Upozornil,

že v léčbě pacientů s nealkoholickými jaterními chorobami by se měl uplatňovat mezioborový přístup zaměřený jak na jaterní onemocnění, tak na komorbidity. Základem jsou režimová opatření cílená na správnou dietu, pohybovou aktivitu a redukci hmotnosti. Farmakoterapii by podle doporučení EASL a AASLD měli užívat pacienti s histologicky prokázanou NASH a signifikantní fibrózou při vysokém riziku progresu nebo s trvalou elevací jaterních testů. Z farmakologických možností lze volit z léků ovlivňujících zánět, oxidační stres, fibroprodukcí, akumulaci tuku, mikrobiom, dále se uplatňuje léčba asociovaných onemocnění – metformin, liraglutid a pioglitazon (u DM), statiny (u dyslipidemie), antihypertenziva, deriváty žlučových kyselin (UDCA/OCA), vitamin E, PPAR agonisté apod.

Žlučové kyseliny – slibná terapie

Roli žlučových kyselin v terapii NAFLD/NASH se věnoval prof. MUDr. Libor Vítek, Ph.D., ze 4. Interní kliniky a Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky I. LF UK a VFN. Z aktuálních publikací a řady sympozií podle jeho slov vyplývá, že téma metabolických účinků žlučových kyselin (ŽK) je velmi aktuální. Ukazuje se, že ŽK mají kardiometabolické účinky a působí na úrovni celého organismu. Animální, ale i některé humánní studie naznačují, že by ŽK mohly ovlivňovat zánět, lipidemii, možná působit i ateroprotektivně. Bylo prokázáno, že podávání kyseliny ursodeoxycholové (UDCA) vede ke zlepšení biochemických parametrů.

UDCA stimuluje hepatocelulární a cholangiocelulární sekreci a působí antiapoptoticky, protizánětlivě, antifibroticky a imunomodulačně. Z výsledků studie A randomized controlled trial of high-dose ursodesoxycholic acid for nonalcoholic steatohepatitis, Ratziu et al., uveřejněné v Hepatology 2011, vyplynulo, že u pacientů s NASH signifikantně snižuje hodnoty ALT, ALP, GGT i histologický stupeň steatózy. Benefit UDCA se ukazuje i při intrahepatální cholestáze těhotných a dalších cholestatických syndromech, cholestázách, NAFLD/NASH, hepatitidě B a C či hepatocelulárním a kolorektálním karcinomu. Podle recentních prací UDCA zlepšuje inzulinovou senzitivitu (Tsuchida et al., Eselvier, 2011), další práce naznačují pozitivní efekt na tloušťku intima-media karotid, hodnoty apolipoproteinů A1 a B u NASH (Özel et al., Eur J Gastroenterol Hepatol, 2015). Protektivní efekt UDCA byl prokázán také u chronické hepatopatie při elevaci jaterních enzymů (Poda, Dig Dis Sci, 1989; Gueslandi, J Int Med Res, 1990), která se v současnosti dává do souvislosti se zvýšeným rizikem KV onemocnění. Elevace jaterních enzymů se přitom týká až pětiny populace.

Jak Libor Vítek shrnul, v současnosti není pochyb o endokrinním efektu ŽK, které se významně podílejí na intermediárním metabolismu a mají protektivní roli v patogenezi obezity, DM a KV chorob. U pacientů s NAFLD/NASH je metabolismus ŽK dysregulován, přičemž modulace těchto funkcí představuje slibný terapeutický cíl.

MUDr. Andrea Skálová



Inzerce ▼ M181000253

Pořadatelé:
Česká revmatologická společnost ČLS JEP
a Slovenská reumatologická spoločnosť SLS
Organizátor:
Congress Prague





62.

VÝROČNÍ SJEZD

ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH REVMATOLOGŮ



20. – 22. září 2018 / PRAHA
Clarion Congress Hotel Prague

www.revmatologicka-spolecnost.cz/crs2018

Hepatitida C je dnes vyléčitelné onemocnění

Jedním z odborných bloků, které byly součástí Májových hepatologických dnů 2018 (16.–18. května, České Budějovice), bylo satelitní sympozium pořádané společností Gilead Sciences. Sympozium se zaměřilo na novinky v doporučených postupech léčby chronické hepatitidy C (HCV), možnosti terapie po selhání přímo působících antivirotek a možnosti eliminace HCV v souladu s cíli WHO.

„Nosným tématem terapie virové hepatitidy C se v poslední době staly pangenotypové režimy. S jejich základními principy vás chceme seznámit v tomto sympoziu. Také chceme ukázat možné cesty terapie do budoucna,“ uvedl předsedající bloku prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc., vedoucí lékař oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu ÚVN Praha a koordinátor odborného programu kongresu.

Změní se strategie léčby HCV?

Zda a jak mění nová evropská doporučení strategii léčby HCV v České republice, se v prvním příspěvku zamýšlel prof. MUDr. Petr Husa, CSc. z Kliniky infekčních chorob LF MU a FN Brno. Doporučení Evropské asociace pro léčbu jater (EASL) pro léčbu hepatitidy C publikovaná letos na jaře zahrnují několik klíčových principů. Patří k nim: bezinterferonová léčba, léčba bez ribavirinu, zahájení léčby bez nutnosti testování rezistence HCV na virostatika a maximální simplifikace léčby, která je zajišťována především použitím léků s pangenotypovou účinností. V léčbě HCV se v současnosti nabízejí fixní kombinace léků: sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL); glekaprevir/pibrentasvir (GLE/PIB); sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (SOF/VEL/VOX); ledipasvir/sofosbuvir (LDV/SOF); grazoprevir/elbasvir (GZR/EBR) a ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir (OBV/PTV/r + DSV). Uvedené kombinace jsou indikovány podle jednotlivých genotypů, stupně jaterního postižení a (ne)přítomnosti cirhózy.

Určité disproporce jsou podle Husy v doporučeních (např. EASL vs. AASLD) týkajících se léčby HCV s genotypem 3 u cirhotických pacientů. Základem léčby je vždy NS5A inhibitor druhé a vyšší generace (SOF/VEL nebo SOF/VEL/VOX nebo GLE/PIB), jednotlivá doporučení se však liší v indikacích a délce léčby zejména u pacientů s kompenzovanou

cirhózou. Odlišnosti jsou i mezi SPC a doporučení a v preskripčních omezeních.

Podkladem pro nová doporučení jsou především výsledky studií ASTRAL. Studie ASTRAL 3 ukázala superioritu kombinace SOF/VEL nad kombinací SOF + RBV. Studie POLARIS (1–4) pak potvrdila vynikající účinnost fixní trojkombinace SOF/VEL/VOX (SVR 12 dosáhlo více než 95 % nemocných). Navíc se ukázalo, že doporučovaná 12týdenní léčba kombinací SOF/VEL/VOX u naivních pacientů není vždy nezbytná – léčebného efektu je dosahováno již po 8 týdnech. Studie prokázaly vysokou účinnost pangenotypové léčby u kompenzovaných cirhotiků s HCV s genotypem 3 (min. 96 % dosáhlo SVR 12 po 12 týdnech léčby).

Nicméně česká doporučení v postupech léčby HCV infekce, jak uvedl Petr Husa, se zatím příliš nemění. Možnosti kombinované léčby HCV v ČR jsou totiž limitované indikačními omezeními. Podrobnosti lze nalézt na stránkách SÚKL.

Je možné dosáhnout eliminace HCV v ČR?

Touto otázkou se zabývala MUDr. Soňa Fraňková z Kliniky hepatogastroenterologie IKEM, Praha. Světová zdravotnická organizace vyhlásila v roce 2016 globální strategii s cílem eliminovat do roku 2030 virovou hepatitidu C coby celosvětovou hrozbu pro veřejné zdraví. Dílčí cíle této strategie usilují o 80% redukci nově diagnostikovaných HCV infekcí, 65% redukci mortality v důsledku infekce HCV, dále by do roku 2030 mělo být 80% pacientů s HCV léčeno a 90% by mělo o svém onemocnění vědět. Součástí strategie jsou i postupy „harm reduction“, zahrnující například poskytování sterilních jehel a výměnu stříkaček pro

uživatelé injekčních drog (IVDU).

Jak dále vyzdvihla Soňa Fraňková, podle doporučení pro léčbu HCV, které vydala EASL, se v současnosti mají léčit všichni pacienti s HCV infekcí, kteří se léčit chtějí a nemají jednoznačnou kontraindikaci. Důraz je kladem zejména na skupiny s vysokým rizikem přenosu na ostatní osoby. Cílem léčby HCV je kromě přenosu infekce především prevence progresu jaterní choroby a jejich komplikací a zlepšení kvality života infikovaných osob. Doporučení EASL dále zdůrazňují, že k léčbě má být jednoznačně použit bezinterferonový režim, pro nějž jsou charakteristické 100% účinnost, dostupnost, aplikace 1x denně, minimum nežádoucích účinků, lékových interakcí a rozvoje rezistence, krátká léčba (8–12 týdnů) a účinnost na všechny genotypy.

Uživatelé drog nemají horší adherenci

Soňa Fraňková informovala také o situaci v České republice. Zde, stejně jako v ostatních západních zemích, je nejčastějším rizikovým faktorem HCV infekce injekční užívání drog. Z loňské práce Chlábka a kol. uveřejněné v Plos One vyplynulo, že 51% injekčních uživatelů drog je anti-HCV pozitivních, u 23,4% pak byla prokázána RNA pozitivita. Injekční uživatelé drog představují v současnosti 50–80% nově diagnostikovaných HCV infekcí. Výhledově jsou v ČR do roku 2030 stanoveny tyto cíle: 10% zvýšení počtu léčených pacientů ročně, snížení incidence HCV infekce o 90%, snížení mortality na HCV o 65%. V současnosti není ve většině západních zemí vyžadována u IVDU úplná abstinence od drog. Tato podmínka totiž může být překážkou zahájení léčby HCV infekce. Je však nutno eliminovat všechna rizika možné reinfekce. Donesedávna se předpokládalo, že u těchto pacientů je

špatná „compliance“ s antivirovou léčbou. Jako ovšem ukázaly již studie adherence k léčbě TBC a HIV, u injekčních uživatelů nebyla adherence statisticky významně horší než u ostatních lidí. Podobně studie C-EDGE CO-STAR, která sledovala 300 pacientů během 12 týdnů léčby HCV infekce kombinací elbasvir/grazoprevir, zjistila, že účinnost léčby byla 95% a nebyla ovlivněna nonadherencí v důsledku pokračujícího užívání drog během studijního období. Další studie, SIMPLIFY, která sledovala 103 HCV pozitivních pacientů léčených kombinací sofosbuvir/velpatasvir, potvrdila vyléčení u 97 z nich nezávisle na IVDU.

Jak shrnula Soňa Fraňková, v roce 2018 není hepatitida C tabu, je to jednoduše léčitelná a zcela vyléčitelná infekce. Zásadní změnu v léčebném přístupu představuje bezinterferonová léčba, a to zejména ve skupinách, které byly dříve léčitelné obtížně. Zásadní pro budoucí vývoj a případnou eliminaci HCV infekce je nejen osvěta a screening, ale především brzké poskytnutí léčby.

Vzhledem k tomu, že podle dosavadních zjištění je v ČR nejvyšší prevalence diagnostikované infekce hepatitidy C ve věkové skupině 30–44 let (Fraňková a kol., 2018), včasný záchyt a nasazení antivirové léčby u těchto pacientů může vést k významnému snížení výskytu a šíření HCV, stejně jako k zabránění rozvoje závažných důsledků této donedávna obtížně léčitelné infekce.

Pacient po selhání DAA

Přímo působící antivirotika (direct acting antiviral agents – DAA) dramaticky zlepšila prognózu nemocných s infekcí virem hepatitidy C. S jejich dostupností významně vzrostl počet vyléčených pacientů s HCV. Kritériem vyléčení je trvalá eliminace viru, která brání rozvoji jaterních i mimojaterních komplikací. Touto eliminací je myšlena negativita sérové HCV RNA po skončení protivirové léčby, neboli setrvalá virologická odpověď (SVR). Přestože je účinnost bezinterferonových antivirotik vysoká, u některých jedinců dojde k selhání této

léčby. Jak řešit tyto případy prezentoval v dalším příspěvku MUDr. Jan Šperl, CSc., z Kliniky hepatogastroenterologie IKEM, Praha.

U pacienta po selhání léčby P/R/+proteázový inhibitor se ukázala jako účinná dvojkombinace ledipasviru se sofosbuvirem. Podklady k této indikaci poskytly výsledky studie ION-2. U pacientů po selhání léčby kombinací DAA se pak nabízí podávání trojkombinace sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir. Tento nový lék s pangenotypovou účinností byl schválen v polovině loňského roku jako první přípravek určený pro nemocné po selhání DAA. Účinek fixní kombinace zkoumala klinická studie, POLARIS 1, 2, 3, 4, fáze III, viz výše. Podle Šperla představuje nový lék účinný nástroj pro malou skupinu pacientů, u nichž selhala léčba kombinací přímo působících antivirotik. Fixní trojkombinace SOF/VEL/VOX je hrazena ze zdravotního pojištění od dubna 2018.

MUDr. Andrea Skálová



Inzerce ▼ M181000259

E-SHOPŮ S KNIHAMI JE SPOUSTA.

- 👍 OSOBNÍ ODBĚR ZDARMA
- 👍 DOPRAVA ZDARMA PŘI NÁKUPU NAD 700 Kč
- 👍 RYCHLOST DODÁNÍ
- 👍 ŠIROKÁ NABÍDKA SORTIMENTU
- 👍 CIZOJAZYČNÁ LITERATURA
- 👍 DÁRKOVÉ POUKAZY
- 👍 VĚRNOSTNÍ PROGRAM A ODMĚNY ZA NÁKUP
- 👍 BLOG KNIHCENTRUM REVUE

PROČ MY?

Vzdělávací kurzy a programy



Přinášíme výběr z připravovaných vzdělávacích akcí pro všeobecné sestry, porodní asistentky a zdravotnické záchranáře, které se budou konat v září a v říjnu.

1. Ošetrovatelská péče o vybrané cévní vstupy (PŽK, PICC, CŽK)

Jednodenní kurz pro všeobecné sestry, porodní asistentky a zdravotnické záchranáře.

Datum: 11. září 2018
8:45–14:30

Místo: Fakultní nemocnice v Motole
Registrační poplatek: 500 Kč

Organizátor akce:
Aesculap Akademie ve spolupráci s Fakultní nemocnicí v Motole

Maximální počet účastníků: 15

Akreditováno: ČAS

Vzdělávací akce je pod záštitou České asociace sester.

Maximální počet účastníků: 24

Akreditováno: ČAS

Vzdělávací akce je pod záštitou České asociace sester.

Více na www.czsk.aesculap-academy.com

3. Ošetrovatelská péče o vybrané invazivní vstupy

Kurz je určen pro všeobecné sestry, porodní asistentky a zdravotnické záchranáře.

Datum: 20. září 2018
8:30–14:15

Místo: FN Brno, Jihlavská 20
Registrační poplatek: 500 Kč

Organizátor akce: Aesculap Akademie

Maximální počet účastníků: 20

dovedností při ošetření polytraumatizovaného pacienta.

Kurz je určen širokému spektru všeobecných sester, zdravotnických záchranářů pracujících na všech úsecích nemocniční i přednemocniční péče. Celková délka certifikovaného kurzu je 40 hodin. Délka vzdělávacího programu je rozdělena na 16 vyučovacích hodin teorie a 24 hodin praktické výuky.

Datum: 17.–21. září 2018
22.–26. října 2018

Místo: Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6
Registrační poplatek: 3000 Kč
Ubytování pro mimopražské účastníky zajištěno.

Více informací: pavla.dvorska@uvn.cz

2. Jak pečovat o pacienta se stomií

Témata: Indikace ke stomiím, předoperační a pooperační péče, komplikace u stomií. Součástí je workshop.

Datum: 17. září 2018
8:30–17:00

Místo: Aesculap Akademie při LF UP Olomouc, 2. NP, Lékařská fakulta
Hněvotínská 976/3, Olomouc
Registrační poplatek: 500 Kč

Organizátor akce:
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc ve spolupráci s Aesculap Akademií

4. Po stopách psychiatrického ošetrovatelství XXI

Celostátní konference

Datum: 18. října 2018
9:00–16:00

Místo: Divadlo za Plotem
Psychiatrické nemocnice Bohnice
Registrační poplatek: člen ČAS 300 Kč, ostatní 600 Kč

Více na www.cnaa.cz

5. Ošetření polytraumatizovaného pacienta v praxi

Cílem kurzu je osvojení si technických a netechnických

6. Rehabilitační ošetřování pacientů se sníženou soběstačností

Kurz je určen pro všeobecné sestry, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, zdravotnické asistenty a sanitáře.

Certifikovaný kurz Rehabilitační ošetřování pro pacienty se sníženou soběstačností

Datum: 29. září–1. října 2018

Místo: Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6
Registrační poplatek: 5000 Kč
Ubytování pro mimopražské účastníky zajištěno.

Více informací: ruzena.hlavickova@uvn.cz (pp)

Současné možnosti diagnostiky glaukomu

Glaukom je oční onemocnění charakterizované poškozením zrakového nervu, obvykle v důsledku chronicky zvýšeného nitroočního tlaku. Včasná diagnostika a léčba zabrání progresi choroby, na jejímž konci je trvalá ztráta zraku.

Glaukom je celosvětově třetí nejčastější příčinou slepoty. Onemocnění je spojeno s více rizikovými faktory, z nichž nejvýznamnější je vysoký nitrooční tlak (NT). V praxi dělíme glaukomy na primární, sekundární a glaukomy dětského věku, případně na vývojový glaukom, glaukom otevřeného úhlu a glaukom uzavřeného úhlu. Z důvodu různorodosti příčin vyžaduje glaukom komplexní vyšetření moderními diagnostickými technikami a zhodnocení výsledků erudovaným oftalmologem. V současnosti je snaha určit diagnózu již ve stadiu preperimetrických změn, protože změny v zorném poli jsou už pozdním příznakem.

Diagnostické metody

Měření nitroočního tlaku (NT). Zvýšený nitrooční tlak je nejdůležitějším ovlivnitelným rizikovým faktorem pro rozvoj glaukomové neuropatie optiku. Jeho přesné měření má proto velký klinický význam. V praxi se používají různé měřicí techniky. Nejpoužívanější jsou Goldmannova aplanační tonometrie a bezkontaktní tonometrie, dále se začíná uplatňovat dynamická konturní tonometrie, měření s tonometrem Ocular Response Analyzer (ORA), transpalpebrální tonometrie či Pascalův dynamický konturní tonometr (DCT). NT je ovlivňován dynamikou nitrooční tekutiny. Ke sledování denních výkyvů je vhodná denní křivka měření v různých časech. Příslibem v oblasti kontinuálního měření NT je technika používající speciální kontaktní čočku s čidlem a následnou analýzou hodnot.

Perimetrie představuje základní vyšetření zrakových funkcí. Požadovaným standardem je počítačová statická automatická perimetrie. Klinický závěr nelze učinit na základě jediného vyšetření zorného pole. Při interpretaci nálezu je třeba přihlídnout ke klinickému průběhu a oftalmologickému nálezu. V indikovaných případech lze využít speciální techniky – krátkovlnné perimetrie, „frequency doubling perimetrie“, „high pass resolution perimetrie“.

Elektrofyzilogické testy. Cenným pomocníkem při sledování funkčních změn u glaukomu jsou elektrofyziologická vyšetření. Konvenční metodou je ERG, dále se začíná uplatňovat fotopická negativní odpověď (PhNR) či multifokální zrakové evokované potenciály (MfVEP).

Gonioskopie umožňuje vizualizaci struktur úhlu přední komory oka. Bez gonioskopie nelze zjistit známky očního zánětu v úhlu přední komory, pigmentace, pseudoexfoliace a neovaskularizace ani poúrazový recessus komorového úhlu. Častou příčinou špatně postavené diagnózy glaukomu je právě neprovedení gonioskopie.

Ultrazvuková biomikroskopie (UBM) a předněsegmentová optická koherentní tomografie (AS-OCT) umožňují získání obrazu očních struktur, které jsou jinými technikami vyšetřitelné obtížně a nekvalitně. Zvláštní význam mají při vyšetření glaukomu s uzavřeným úhlem.

Centrální tloušťka rohovky (CCT) umožňuje korekci hodnot NT. Zjištění vlivu CCT na naměřené hodnoty NT vedlo k revizi nutnosti terapie u řady pacientů s již léčeným glaukomem. Zvláštní význam má metoda u pacientů po refrakční chirurgii rohovky, kde může být naměřena falešně nízká hodnota NT.

Fotodokumentace papily zrakového nervu umožňuje sledovat průběh glaukomového onemocnění a pochopit progresi glaukomových změn.

Měření perfuze. Další užívané metody jsou měření pulzního krevního toku pneumotonometrem, měření rychlosti pohybu leukocytů v kapilárním řečišti pomocí endoskopie v modrém poli, měření Dopplerova efektu při pohybu erytrocytů v sítnicových cévách pomocí laserové Dopplerovy velocimetrie nebo barevné Dopplerovy velocimetrie a zobrazení retinálních a choroidálních cév laserovou skenovací oftalmoskopií s indocyaninovou zelení (ICG). Měření perfuze se provádí zatím pouze na několika pracovištích.

Zobrazovací techniky měření papily zrakového nervu jsou významným

pomocníkem v glaukomové ordinaci, výsledky získané různými technologiemi však mohou být nekompatibilní a nelze je přeceňovat. Posuzování výsledků musí být v kontextu s klinickým vyšetřením a vyšetřením zrakových funkcí. Další vývoj odstraní limitace jednotlivých technik a usnadní tak jejich širší uplatnění v klinické praxi. K významným technickým pokrokům patří například Multicolor či Angio OCT.

Diagnostika a léčba glaukomu v ČR

Nález svědčící pro glaukom je třeba posuzovat komplexně a výsledky porovnávat v časovém horizontu. Měření NT se provádí rutinně bezkontaktním tonometrem – jde o rychlé vyšetření, nevyžadující kontakt s rohovkou, avšak má pouze screeningový význam. Zlatým standardem zůstává Goldmannova aplanační tonometrie s případnou korekcí pro centrální tloušťku rohovky. Narůstá i počet moderních tonometrů (Pascal, ORA). Ve většině ordinací se provádí statická počítačová perimetrie – perimetr je povinnou součástí vybavení oční ordinace. Gonioskopie je součástí vyšetřovacího schématu, provádí se však s nižší frekvencí, než je třeba.

Řada pacientů je léčena pro glaukom, aniž by byla diagnóza verifikována. Počet léčených na základě pouhého zjištění vyššího nitroočního tlaku měřeného bezkontaktním tonometrem je vysoký. K zahájení léčby je třeba prokázat další morfoloické nebo funkční změny. Samotný zvýšený NT se posuzuje jako oční hypertenze, tedy stav nevyžadující léčbu, ale pravidelné sledování. Diagnóza glaukomu následovaná léčbou by měla být stanovena až tehdy, je-li choroba jasně prokázána.

Rozpoznání glaukomu patří k velmi důležitým úkolům nejen oftalmologů, ale i praktických lékařů. Včasné doporučení pacienta k oftalmologickému vyšetření zvyšuje šance na zastavení progresu choroby.

Zdroj:

Výborný, Petr. Diagnostika a terapie glaukomu – současný stav a perspektivy. Postgraduální medicína. 2018; 20(1): 103–108. (asa)

Představujeme publikaci

Praktická oftalmologie



Kniha přináší v čtivé a přehledné podobě přehled nejběžnějších očních vad, jejich klinických příznaků, ale i možností diagnostiky a terapie. Autorka se zaměřuje na nejčastější vady v populaci (refrakční vady, syndrom suchého oka, kataraktu, glaukom, věkem podmíněnou makulární degeneraci). Zařazeny jsou i kapitoly věnované problematice mezioborové spolupráce oftalmologa a kožního lékaře nebo oftalmologa a internisty. Důraz je kladen i na vyšetření u praktického lékaře v souvislosti s očními příznaky. Samostatná kapitola je věnována dětským pacientům.

Kniha je určena nejenom pro pacienty, ale i pro studenty medicíny, optiky, optometristy, začínající oftalmology, praktické lékaře pro děti i dospělé a internisty.

O autorce:

MUDr. Helena Štrofová po promoci pracovala ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze, kde se věnovala především pacientům s glaukomem. Má atestaci z očního lékařství. Pracuje v soukromé oční ambulanci v Praze, je členkou České glaukomové společnosti. Kromě dospělých se specializuje i na dětské pacienty.

Autorka: Helena Štrofová
Doporučená cena 440 Kč

Rhodiola – rostlinný adaptogen, který zažívá renesanci

Rhodiola rosea (rozchodnice růžová) se po staletí využívá v tradiční medicíně Skandinávie, Ruska a dalších zemí. Jako adaptogen se tato rostlina vyznačuje spektrem zdraví prospěšných účinků. V poslední době se pozornost upíná zejména k jejím schopnostem zlepšovat kognitivní a psychické funkce včetně zvýšení odolnosti vůči stresu.

Do současnosti bylo publikováno přibližně 180 prací zkoumajících farmakologické, fytochemické a klinické účinky R. rosey. Z recentních publikací zmiňme například článek potvrzující antidepresivní účinky extraktu z R. rosey (Amsterdam et al., Phytomedicine, 2016) či výsledky studie, které potvrdily efekt extraktu z R. rosey na únavový syndrom (Lekomtseva et al., Complementary Medicine Research, 2017).

Studie s Vitangem

Vliv extraktu z R. rosey zkoumala také multicentrická otevřená studie publikovaná loni v časopise Neuropsychiatric Disease Treatment (Kasper et al.). Do studie bylo zařazeno 117 osob s mírným syndromem vyhoření. Všichni užívali po dobu dvanácti týdnů extrakt z R. rosey (WS 1375, Vitango) v dávce 200 mg dvakrát denně. Výsledky získané měřením pomocí vybraných škál (NAS, MBI-D,

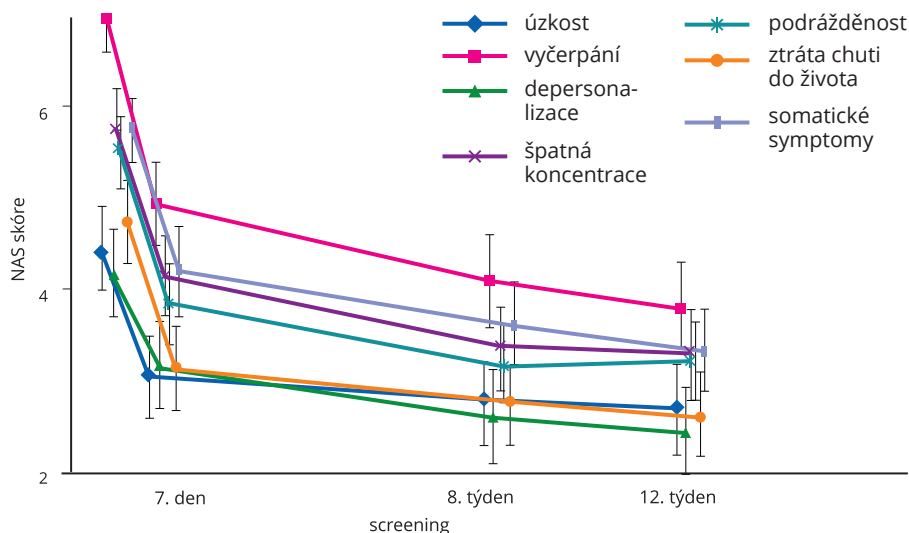


PSQ, PSFQ, CGI) prokázaly významné zlepšení v sedmi sledovaných parametrech (úzkost, vyčerpání, depersonalizace, špatná koncentrace, podrážděnost, ztráta chuti do života a somatické symptomy), a to

již po sedmi dnech užívání extraktu z R. rosey (viz graf). Ze studie vyplynulo, že extrakt WS 1375 účinně zlepšuje širokou škálu příznaků syndromu vyhoření. Extrakt z R. rosey pomáhá pacientům lépe zvládat stres, ulevuje od psychických i fyzických symptomů a zvyšuje jejich energii. Vitango má statut volně prodejného léku, který je bezpečný, dobře snášený a nezpůsobuje závislost.

(asa)

ilustrační foto: Shutterstock



Graf: Studie s extraktem WS 1375 u pacientů se syndromem vyhoření prokázala významné zlepšení ve všech sedmi sledovaných parametrech

Inzerce ▼ M181000202

RENOMIA se postará o Vaše pojištění a finanční služby

Zaměřujeme se na zaměstnanecké benefity, komplexní služby v oblasti pojištění a poskytování služeb v oblasti finančního poradenství.

Vnímáme specifické požadavky lékařů a zdravotních sester, bratrů a proto jsme pro Vás připravili ve spolupráci s Pojišťovnou VZP a.s.:

- Exkluzivní podmínky
 - v oblasti pojištění majetku a odpovědnosti poskytovatele ambulantní zdravotní péče
 - v oblasti pojištění odpovědnosti zaměstnance za škodu způsobenou zaměstnavateli
 - v oblasti občanského pojištění a finančních služeb i pro rodinné příslušníky
- Úvěry, hypotéky a leasingové služby bez poplatků za poskytnutí produktu a s výhodnými úrokovými sazbami
- Nejvýhodnější podmínky na trhu pro nové a stávající klienty – bez posuzování historie, bez dokládání příjmů

Renata Pacnerová

RENOMIA a. s.
Na Florenci 15, Budova Florentinum, vstup C, 110 00 Praha
mobil: +420 602 146 850, tel.: +420 222 390 863
e-mail: renata.pacnerova@renomiabenefitcz

Vždy ve Vašem zájmu.

R RENOMIA



Extrakt z R. rosey lze využít v psychiatrii

Na zkušenosti s využitím látek a léčiv rostlinného původu v psychiatrické praxi jsme se zeptali zkušené pedopsychiatricky doc. MUDr. Evy Malé, CSc., působící v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov v Praze.

Využíváte u svých pacientů kromě psychofarmak i fytofarmaka?

Fytofarmaka a fytohlátky jsou rostlinná léčiva a léčebné látky, které neobsahují uměle vytvořené materiály a jsou vhodné k podpoře klasické farmakoterapie. Je jich mnoho, nicméně legislativní klasifikace platná v České republice zahrnuje povolených 37 rostlin se silně účinnými látkami.

Léčivé přípravky připravené z rostlin většinou obsahují více než jednu účinnou látku a jejich kombinace je příznivá. Některá fytofarmaka používám pro jejich neuroprotektivní vliv na mozek. Zmínit lze například extrakt z ginkgo biloby (Gingio, Tanakan, Tebokan). U některých onemocnění doporučuji pacientům též vitaminy, minerály, omega3 mastné kyseliny a další. Je však nutné pečlivě vybírat doplňky stravy, aby nedošlo například ke kumulaci dávek vitaminů atd. Pro všechny věkové

skupiny, ale hlavně pro děti je vhodný preparát eye q (lidově rybí tuk), který používám u všech neurovývojových poruch (ADHD, poruch autistického spektra, u specifických poruch učení, jako je dyslexie či dysgrafie apod.). Stejně tak v dospělé psychiatrii je vhodným doplňkem při léčbě depresivních stavů, schizofrenie či počínající demence.

Máte zkušenost také s extraktem z R. rosey?

Vitango jsem začala podávat svým pacientům díky vynikajícímu článku prof. Patočky a Ing. Navrátilové o rozchodnici růžové. Autoři popisovali zlepšení paměti, pozornosti, zmírnění únavy, celkové povzbuzující účinky při somatických, infekčních, psychiatrických a neurologických onemocněních. Prvními pacienty byli vysokoškoláci, kteří zažívali zkuškový stres při skládání zkoušek,

a depresivní dospělí s výrazným apaticko-abulickým syndromem. Téměř všichni referovali o zlepšení výkonnosti a nálady s pocitem zvýšení energie.

Je možné tento přírodní lék kombinovat s psychofarmaky?

Ano. Extrakt z R. rosey je možné bezproblémově kombinovat se všemi psychofarmaky – antidepresivy, antipsychotiky, thymostabilizátory, anxiolytiky i hypnotiky. Účinek je patrný během týdne a stačí podání jedné tablety ráno.

U kterých stavů byste extrakt z R. rosey dále doporučila?

Všude tam, kde je vhodná podpora kognitivních funkcí, kde je nutné snížit stres a zvýšit fyzickou i psychickou odolnost. Tím se řadí mezi vhodné a účinné rostlinné adaptogeny. (asa)

Inzerce ▼ M181000161



Více energie. Méně stresu.

S dvojnásobným účinkem přípravku Vitango®



Vitango® 200 mg, potahované tablety

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje: Rhodiola roseae radices extractum siccum (WS 1375) (1.5 – 5 : 1), extrahováno ethanolem 60% (m/m) 200 mg. **Indikace:** Tradiční rostlinný léčivý přípravek k přechodné úlevě od příznaků stresu, jako je např. únava, pocit slabosti a vyčerpání. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. **Dávkování:** Dospělí starší 18 let: 2 tablety denně, 1 před snídaní a 1 před obědem. Lék by se měl zapít sklenicí vody. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Upozornění:** Použití tohoto léčivého přípravku u dětí a dospívajících mladších 18 let nebylo vzhledem k nedostatku adekvátních údajů dosud stanoveno. **Interakce:** Dosud nebyly hlášeny. **Nežádoucí účinky:** Byl hlášen jediný případ hypersenzitivní reakce a jediný případ hypoglykémie. Příčinná souvislost s užitím extraktu z rostliny Rhodiola roseae nebyla prokázána. **Farmakodynamické vlastnosti:** Extrakt z rostliny Rhodiola roseae zvyšuje nespecifickou rezistenci proti různým typům stresových stavů. V preklinických studiích bylo zjištěno, že extrakt z rostliny Rhodiola roseae uplatňuje svůj adaptogenní účinek normalizací přeměn monoaminů, kortizolu a beta-endorfinu a modulací systému primární reakce těla na stres, tzv. HPA (hypothalamus-hypofýza-nadledvinky) osy. Výsledky studií také naznačují, že má rovněž antioxidační účinky a zlepšuje tvorbu buněčné energie, např. zvyšováním hladiny ATP. Klinické studie ukazují, že rhodiola může pomoci snižovat duševní a tělesnou únavu zapříčiněnou stresem. **Zvláštní opatření pro uchování:** Nevyžaduje. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Německo. **Datum první registrace a revize textu:** 9.9.2015. Volně prodejný léčivý přípravek. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Uvolňuje energii pro vyšší výkonnost a méně únavy

1

2

Normalizuje vylučování stresových hormonů pro více klidu a vyšší odolnost vůči stresu



150 let
Dr. Willmar Schwabe
From nature. For Health.

Schwabe Czech Republic s.r.o.
Čestmírova 1, 140 00 Praha 4
tel.: +420 241 740 447
e-mail: info@schwabe.cz
www.schwabe.cz, www.vitango.cz

Unikátní katétr – český vynález

Český tým společnosti Riocath Global, a.s., ve spolupráci s Vývojovým centrem Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR (ÚOCHB) vyvinul a patentoval unikátní technologii využitelnou v oblasti tubulárních zdravotnických prostředků. Jednou z prvních aplikací je nová forma urinárního katetru, díky níž se zásadně sníží riziko infekce močových cest.



Foto: 2x archiv i&i Prague

Katetry, sondy, tracheální trubice a drény používají denně desítky pacientů. Jejich aplikace se pojí s vysokým rizikem infekce a také s nepohodlím a bolestí pacienta. Zvláště ohroženi jsou lidé, kteří katetrizaci podstupují opakovaně. Urinární katétr je rizikový zejména proto, že s sebou zaváděná trubice přibírá mikroby z koncové části uretry a zanáší je do močového měchýře.

Vylepšit technické řešení tohoto zdravotnického prostředku napadlo MUDr. Miroslava Svobodu, původně chirurga, už v roce 2011. Inspiroval se zrakovým orgánem hlemýžďe zahradního, který se postupně rozbaluje. Vyvinul nový typ dvouplášťového katetru, který funguje na principu rolování při zavádění trubice. „Plášť katetru se neposouvá vnitřkem, jak je běžné u všech ostatních katetrů, ale vnější plášť se při zavádění vybaluje na vrcholu. Katétr se při zavádění kontinuálně převrací naruby, podobně jako je tomu u zrakového orgánu šneka. Aplikace přinese zlepšení péče o pacienty, protože dokáže zásadně snížit riziko infekce a poškození

tkání,“ vysvětluje Miroslav Svoboda, který s inovativním řešením hledal pracoviště, jež by mu pomohlo převést jeho vynález do podoby funkčního prototypu. Pomohlo mu Vývojové centrum ÚOCHB, kde proběhlo testování celé řady konceptů řešení, než vznikl konečný prototyp. „Když přehrnete běžnou latexovou nebo silikonovou hadičku tak, aby začal vznikat vnější plášť, podaří se vám tuto hadičku přehrnout jen v délce několika centimetrů. Brání tomu svěrné síly a s nimi související tření, které mezi vnějším a vnitřním pláštěm působí jako brzda. Unikátnost našeho řešení spočívá v aktivním profilu katetru, který po přehrnutí vnitřní část nesvrátá,“ upřesňuje technické detaily spoluvůrce vynálezu a zaměstnanec ÚOCHB Ing. Vít Pokorný, který připomněl, že úspěšný prototyp se podařilo vyvinout také díky Centru polymerních systémů při Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Patentovaný princip RIOCATH se ve spolupráci s ÚOCHB vyvíjí již několik let. Během této doby se vyzkoušelo mnoho variant aktivního profilu. Testovaly se

jednotlivé části i celý katétr, aby se našlo optimální a bezpečné řešení pro klinické testy, certifikaci a sériovou výrobu. Společnost je v současnosti schopna vyrobit až tisíce kusů a zároveň ve spolupráci s dalšími výrobci připravuje výrobní postup pro velkosériovou výrobu.

Cesta do praxe

Zdroje na vývoj zdravotnického prostředku se podařilo získat výhradně od soukromých investorů. Princip lze využít u celé řady dalších aplikací, na nichž společnost již pracuje, ve většině případů těchto zdravotnických prostředků se jedná o aplikace s nemalým léčebným i tržním potenciálem. Technické řešení je navíc celosvětově unikátní, což potvrdil průzkum, který provedl Evropský patentový úřad po podání patentové přihlášky. Princip katetru a jeho využití bude možné efektivně chránit po celém světě,“ komentuje Ing. RNDr. Jaromír Zahrádka, Ph.D., ředitel biotechnologického inkubátoru i&i Prague, s.r.o.

Konstrukce katetru vzbudila mezi lékařskou veřejností velký zájem. Na řadě je teď klinické testování, které má být zahájeno do konce roku 2018. Katetry vyvíjené pro kolemoperační péči jsou konzultovány například s prof. MUDr. Jiřím Hochem, CSc., přednostou Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Podle Jiřího Hocha by nový princip katetru mohl pomoci celé skupině pacientů, kteří ocení především jeho šetrnost. „To je hlavní důvod, proč by měl objev dostat zelenou. Cévkování není sice žádný smrtelný problém, ale manipulace s katétreem však vede k nepříjemnému podráždění sliznice. Pokud by se tento diskomfort podařilo minimalizovat, výrazně zlepšíme podmínky tisícům pacientů.“

Mgr. Pavlína Perlíková



Tisková konference ÚOCHB (zleva) Martin Fusek (zástupce ředitele ÚOCHB), Miroslav Svoboda (iniciátor projektu), Jiří Hoch, Jaromír Zahrádka (ředitel i&i Prague, s.r.o.)

Boehringer Ingelheim a OSE Immunotherapeutics partnery

Cílem spolupráce v oblasti imuno-onkologie bude vývoj zcela nových checkpoint inhibitorů k léčbě solidních nádorů. Touto spoluprací společnost Boehringer Ingelheim posílila základní pilíř své imuno-onkologické modulační strategie a zaměřila se na nové přístupy k léčbě nádorů.

Společnosti oznámily exkluzivní globální licencovanou spolupráci, jejímž cílem je společnými silami vyvinout OSE-172, SIRP-alpha antagonistu, který bude zaměřený na buňky myeloidní linie.

SIRP-alpha je receptor exprimovaný buňkami myeloidní linie, jakými jsou například dendritické buňky (DCs), makrofágy související s nádorem (TAMs) a myeloidní supresorové buňky (MDSCs). Při cílení na SIRP-alpha OSE-172 zabraňuje ligandu CD47 v jeho navázání a spuštění buněčných inhibičních účinků SIRP-alpha. OSE-172 má potenciál posílit protinádorovou imunitu zlepšením aktivity T buněk skrze posílení schopnosti dendritických buněk prezentovat antigeny, podporu fagocytických a zánětlivých vlastností makrofágů v nádorovém mikroprostředí a tím, že umožňuje diferenciaci myeloidních

supresorových buněk do efektorového stavu.

„Klíčovou oblastí, na kterou se zaměřujeme, je identifikace molekul schopných zacílit imunoregulační receptory myeloidních buněk, z nichž SIRP-alpha má vedoucí úlohu. Jsme odhodláni vyvinout revoluční „first-in-class“ léčivý přípravek, který pomůže zvítězit nad onkologickými onemocněními,“ řekl Jonathon Sedgwick, Ph.D., Global Head of Cancer Immunology & Immune Modulation Research ve společnosti Boehringer Ingelheim.

Společnost Boehringer Ingelheim získala globální práva na vývoj, registraci a uvedení na trh monoklonální protilátky OSE-172, která cílí na receptor SIRP-alpha exprimovaný v buňkách myeloidní linie. Jedná se o součást trvalého odhodlání nalézat nové inovativní přístupy v imuno-onkologii.

OSE Immunotherapeutics je biotechnologická společnost zaměřená na vývoj inovativních imunologických léčiv pro aktivování a regulaci imunity na poli imuno-onkologie a autoimunitních onemocnění. Společnost má řadu vědeckých i technologických platform: neoepitopy, agonisty nebo antagonisty monoklonálních protilátek, což jí dává ideální pozici pro boj s rakovinou a autoimunitními onemocněními. Její „first-in-class“ klinické portfólio má diverzifikovaný rizikový profil.

Primární oblastí zájmu společnosti Boehringer Ingelheim jsou plicní a gastrointestinální nádory, u nichž se snaží přinášet průlomová „first-in-class“ léčiva pro onkologická onemocnění. Vyvíjí také imuno-onkologické léky a inovativní kombinované postupy boje proti řadě onkologických onemocnění.

Zdroj: Boehringer Ingelheim, (red)

Prudký vývoj léčby neurologických onemocnění

V současnosti je známo zhruba tisíc neurologických nemocí. Ve vyspělých zemích se týkají skoro 30 % populace. Farmaceutický výzkum se proto masivně zaměřuje právě na ně.

„Jen v USA, které jsou tahouny výzkumu, se podle přehledu z března 2018 vyvíjí 537 léčivých látek na neurologické choroby. Velké inovativní farmaceutické společnosti jsou globální, na výzkumu těchto léčiv se tak podílí i Evropa,“ informoval Mgr. Jakub Dvořáček, MHA výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu. Větší množství vyvíjených přípravků je zaměřeno například na Parkinsonovu chorobu, Duchennovu muskulární dystrofii, Huntingtonovu chorobu, epilepsii či roztroušenou sklerózu. Neurologické choroby jsou velmi často spjaty s vyšším věkem a mnohé lze označit za civilizační. Pacientů tak soustavně přibývá.

„Výzkum v této oblasti ale patří mezi vysoce rizikové, enormně velké množství klinických studií skončí nezdarem a úsilí výzkumníků přijde vniveč,“ uvedl Jakub Dvořáček.

Jednou z nemocí, proti nimž dostali lékaři v několika uplynulých letech do ruky „široký arzenál“ léčivých přípravků, je epilepsie. Podle MUDr. Jany Zárubové z Centra pro epilepsie Neurologické kliniky 2. LF UK, která předsedá organizaci EpiStop, je léčba epilepsie jednou z nejdynamičtějších oblastí neurologie. „V současné době máme k dispozici kolem 25 antiepileptik. Pacientům nereagujícím na farmakologickou léčbu můžeme nabídnout epileptochirurgickou

léčbu, stimulační léčbu nebo léčbu dietou,“ uvádí lékařka. Probíhá podle ní též výzkum možností prevence epilepsie, ten se ale zatím nachází ve fázi základního výzkumu. „Kdybych měla jmenovat jeden velký problém z hlediska našeho oboru, pak bych zmínila chybějící „rescue“ medikaci pro pacienty s epilepsií v České republice. Jde o léky, které pacient užije, když vycítí blížící se záchvat. Ten pak nepropukne v plné síle,“ sdělila Jana Zárubová. Budoucnost léčby vidí v rozvoji poznání o lidském genomu. „Jakmile porozumíme procesu epileptogeneze, budeme schopni přijít na to, jak jej přerušit.“

Zdroj: AIFP, (pp)

Lepší testování na přítomnost HPV

Nová česká studie přináší unikátní data o výskytu původce rakoviny děložního čípku – lidského papilomaviru (HPV) – ve středoevropské populaci zdravých žen. Poukazuje tak na další možnosti zvýšení citlivosti screeningu pomocí moderního testu založeného na analýze DNA HPV.

Karcinom děložního hrdla (KDH) je relativně častým nádorem, postihujícím v mnoha případech mladé ženy. Každoročně je v ČR nově diagnostikováno přibližně 900 žen s tímto onemocněním a téměř 400 žen na něj zemře.

Prakticky všechny nádory cervikálního karcinomu způsobuje přetrvávající infekce lidským papilomavirem (HPV). Až 80 % žen se během svého života s touto infekcí setká, ale většinou ji eliminuje jejich imunitní systém. Cytologické vyšetření prováděné během preventivní gynekologické kontroly odhaluje až abnormální buňky, jež vzniknou jako následky této infekce. Jak ukazují výsledky průběžné analýzy české studie LIBUSE, test založený na analýze DNA HPV je efektivnější. V rámci této studie byla shromážděna unikátní data o výskytu vysoce rizikových genotypů HPV. V této kvalitě jsou data dosud dostupná jen pro Severní Ameriku a Řecko. Do studie je zapojeno 2400 žen a 12 gynekologických center ze všech regionů ČR.

Finální analýza prvního kola studie LIBUSE bude k dispozici v listopadu tohoto roku. Druhé kolo výzkumu proběhne za tři roky a jeho účelem je potvrzení dostatečné účinnosti screeningu pomocí HPV DNA při prodloužení intervalu preventivních prohlídek na tři roky pro všechny ženy s negativním výsledkem testu HPV DNA.

Hlavním cílem studie LIBUSE je zmapovat incidenci nejagresivnějších genotypů viru HPV 16 a HPV 18, přednádorových stavů a zhoubných

nádorů ve zdravé populaci českých žen ve věku 30–60 let v časovém období tří let. Ve své první, právě ukončené fázi, studie ověřovala schopnost testu HPV DNA detekovat přednádorové stavy a porovnávala je s výsledky paralelně probíhajícího cytologického screeningu. Z celkového vzorku mělo 95,3 % žen negativní nález cytologického stěru, DNA test na vysoce rizikové typy HPV byl ale pozitivní v 7,4 % případů. V absolutních číslech tak bylo zaznamenáno 180 případů výskytu HPV, z nichž však 90 žen zároveň vykazovalo negativní cytologický nález. Studie využívá testu, který umožňuje určit infekci nejrizikovějšími genotypy HPV a ženy s pozitivním nálezem HPV 16/18 okamžitě posílá k vyšetření do specializovaných ambulancí. Díky tomu bylo detekováno výrazně více případů přednádorových změn než při samostatném cytologickém vyšetření. Výsledky studie tedy potvrzují závěry zahraničních srovnávacích studií, z nichž vychází test HPV DNA v průměru o 35 % citlivější než cytologický stěr.

„Negativita testu HPV DNA, respektive délka přetrvávání negativní predikce testů HPV DNA umožňuje prodloužit interval kontrol na 3 až 5 let, což může vést ke zvýšení podílu žen, které se nechají vyšetřit. Standardní screening totiž každoročně využívá jen kolem 57 % českých žen, což je jedním z důvodů, proč je u nás zaznamenán dvojnásobný počet nových případů rakoviny děložního čípku než v západoevropských zemích,“ vysvětluje prof. MUDr. Jiří Sláma, Ph.D. z Onkologického oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, který je hlavním odborným garantem studie, a dodává: „V případě potvrzení dosud velmi slibných výsledků LIBUSE bude možné vypracovat nový algoritmus pro vyšetření rakoviny děložního čípku u žen v České republice.“

„Preventivní prohlídky jsou v případě rakoviny děložního čípku nezbytné, protože v počátečních stádiích onemocnění nemusí

Shrnutí předběžných výsledků studie LIBUSE

- V našem regionu předkládá unikátní data o výskytu HPV, rizikových typech a rozložení podle věkových skupin.
- Cytologické vyšetření neodhalí všechny případy závažných přednádorových změn.
- Detailní analýza dat screeningu rakoviny děložního čípku pomocí testu HPV DNA, který zvyšuje možnosti včasné detekce předrakovinových stadií, bude dostupná na podzim letošního roku.
- Vyhodnocení výsledků druhého kola studie poskytne cenné informace pro možné vypracování nového algoritmu pro screening rakoviny děložního čípku v České republice.

pacientka pociťovat žádné příznaky. A studie LIBUSE ukazuje, že navzdory očekávané nejvyšší prevalenci ve věkové skupině do 35 let (14,62 %) se virus nevyhýbá ani ženám nad 50 let věku (3,9 %), které často vůbec nenavštěvují gynekologa,“ doplňuje MUDr. Markéta Trnková z laboratoře AeskuLab Patologie, která se na studii podílí v roli investigátora.

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D., předseda České gynekologicko-porodnické společnosti doplňuje: „Preventivní vyšetření pomocí HPV DNA sice v současné době není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, investice do zdraví v hodnotě večere pro dva v dobré restauraci se ale rozhodně vyplatí.“

Dalším odborným partnerem je brněnský Institut biostatistiky a analýz, který analyzuje data ze studie.

Zdroj: Guideline, (pp)



Ilustrační foto: Shutterstock

Česká asociace sester udělila ceny Florence Nightingalové

U příležitosti Mezinárodního dne sester proběhlo ve středu 23. května v Divadle U Hasičů v Praze slavnostní předání cen Florence Nightingalové. Ceny každoročně uděluje Česká asociace sester. Cílem je poukázat na mimořádné počiny v ošetrovatelství a příbuzných odvětvích a vzdát hold těm, jež v uplynulém roce či v rámci své dlouholeté praxe významně přispěly k rozvoji oboru.

Ceny Florence Nightingalové jsou každoročně udělovány u příležitosti výročí narození této anglické průkopnice moderního ošetrovatelství, která v 19. století významně přispěla k rozvoji zdravotní péče po celém světě. Ceny se udělují celkem ve čtyřech kategoriích. Nositelkami ocenění za rok 2017 se podle odborné poroty staly v uvedených kategoriích tyto nominované:

Cenu za celoživotní dílo, která se uděluje za dlouhodobý přínos oboru a za aktivní práci v České asociaci sester, získala letos Olga Mengerová, která celý svůj profesní život zasvětila práci dietní

sestry a nutriční terapeutky, působila mimo jiné i v pražském IKEM a je členkou Sekce nutričních terapeutů ČAS.

Ocenění za rozvoj oboru se týká mimořádné činnosti, rozvoje a aktivity v určitém konkrétním oboru. Letos ji získala Jiřina Trávníčková, která se od roku 1973 věnuje profesi laborantky. Posledních šestnáct let působí ve výzkumných laboratořích Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.



Za významný pozitivní vliv a přínos pro oblast ošetrovatelství je udělována cena za rozvoj ošetrovatelství. Letos ji obdržela Eva Bystřická, vrchní sestra Hematologicko-onkologického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň a vedoucí plzeňského dárcovského a náběrového centra Českého národního registru dárců dřeně.

Cena za rozvoj České asociace sester, již odborná porota uděluje za výrazný počín, rozvoj nebo propagaci České asociace sester, putovala do rukou Marie Pekařové z Fakultní nemocnice Motol, kde působí od roku 1992, poslední roky jako zdravotní sestra na kardiostimulační ambulanci.

Ceny jsou od roku 2009 pravidelně vyhlašovány prezidiem České asociace sester. Oceněna může být pouze osoba, která je členem ČAS. Ve výjimečných případech může být na ocenění „In memoriam“ navržena již nežijící osoba, která byla členem ČAS. Jména oceněných navrhuje členové výborů sekcí a regionů a členové prezidia. Jednotlivé nominace následně projednává prezidium a v tajném hlasování určuje oceněné. Udělování cen je veřejné. Ceny se předávají při slavnostním setkání v rámci oslavy Mezinárodního dne sester.

Zdroj a foto: ČAS, (pp)



Držitelky cen Florence Nightingalové

Inzerce ▼ M171000504

*Srdčně vás zveme
do historického města Tábora na jubilejní*

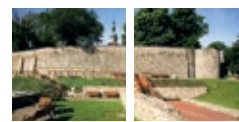
10.

výroční kongres
sociálních služeb
11.–12. října 2018

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

10.

výroční kongres
sociálních služeb



Přihlášky a podrobný program:

www.apsscr.cz,

Konference & Kongresy & Semináře



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2017

V roce 2017 bylo u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem (rezidentů) zjištěno 254 nových případů infekce HIV. Mezi nově diagnostikovanými je 232 mužů a 22 žen.

Z celkového počtu infikovaných bylo 77 rezidentů. Pocházeli ze Slovenska (15), Ukrajiny (11), Ruska (8), Polska (5) a dalších zemí. Průměrný věk nově diagnostikovaných mužů byl 36 let, s věkovým rozpětím od 13 do 65 let.

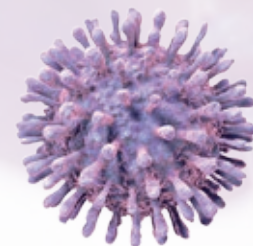
V okamžiku zjištění HIV infekce bylo 67 % infikovaných v asymptomatickém stádiu, 14,6 % ve stádiu akutní infekce, 5,5 % nemocných v symptomatickém non-AIDS stádiu a 12,6 % s onemocněním AIDS. Téměř polovina nových případů

uvádí bydliště v Praze. Přenos sexuální cestou je stále hlavní cestou infekce v ČR (94 % případů v roce 2017), z toho 71 % bylo zjištěno u mužů majících sex s muži.

Při povinném screeningu dárců krve nebo plazmy bylo zjištěno 8 případů HIV infekce. U gravidních žen pak nově zachytil 6 HIV pozitivních žen, z nichž 5 bylo rezidenty.

Bylo zjištěno 47 nových případů onemocnění AIDS (37 u občanů ČR, 10 u rezidentů). Výrazně roste počet

osob žijících s HIV/AIDS a počty těch, kteří potřebují antiretrovirovou léčbu a péči specializovaných HIV center.

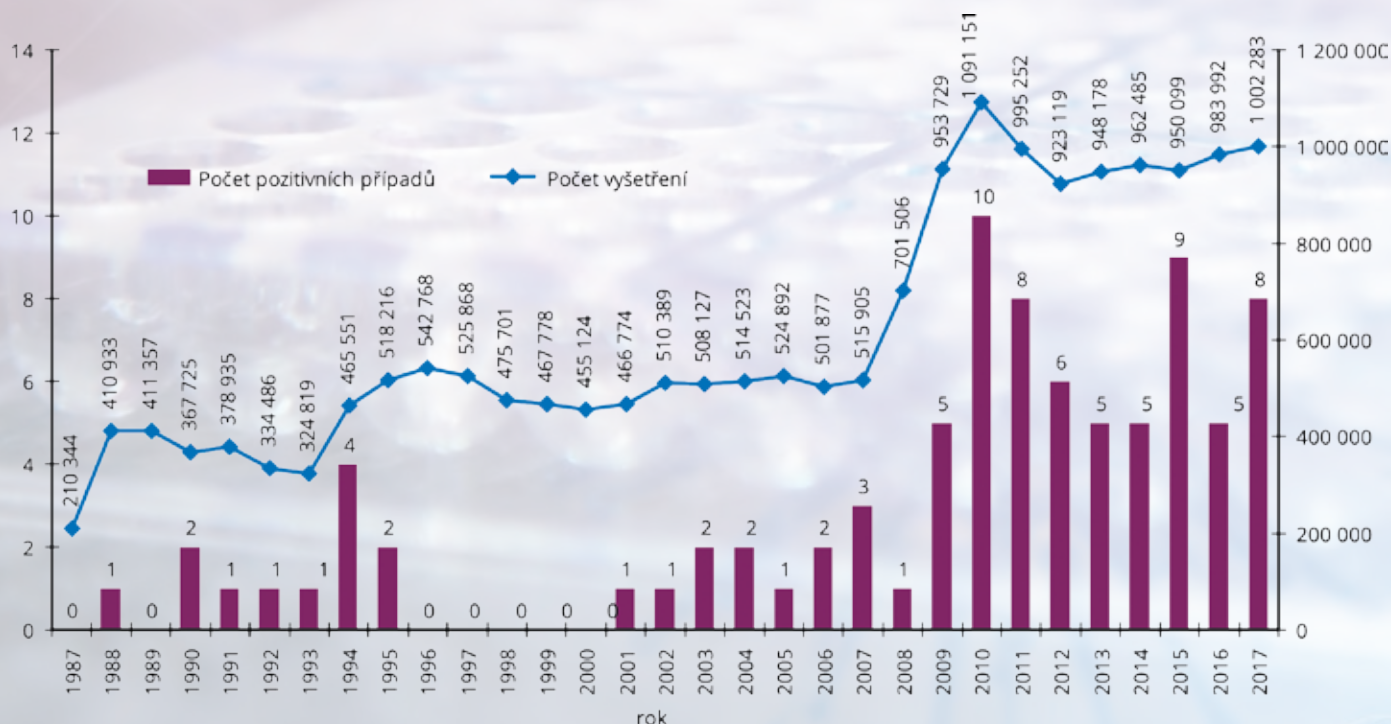


Kumulativní data od roku 1985

V období od zahájení sledování infekcí HIV (1. 10. 1985–31. 12. 2017) bylo v ČR zjištěno 3160 případů HIV pozitivitivity u občanů ČR (2421) a rezidentů (739), z toho bylo 2715 (85,9 %) mužů a 445 (14,1 %) žen. U 590 z nich (481 mužů, 109 žen) došlo k rozvinutí onemocnění AIDS. Z 3160 pacientů 398 (12,6 %) zemřelo, přičemž 281 úmrtí bylo ve stadiu AIDS (47,6 % ze všech nemocných s AIDS), 117 pacientů zemřelo z jiné příčiny (viz tab.).

Tabulka HIV/AIDS, ČR 1985–2017

	celkem	muži	ženy
HIV pozitivní	3160	2715	445
AIDS	590	481	109
Úmrtí ve stadiu AIDS	281	229	52
Úmrtí z jiné příčiny	117	104	13

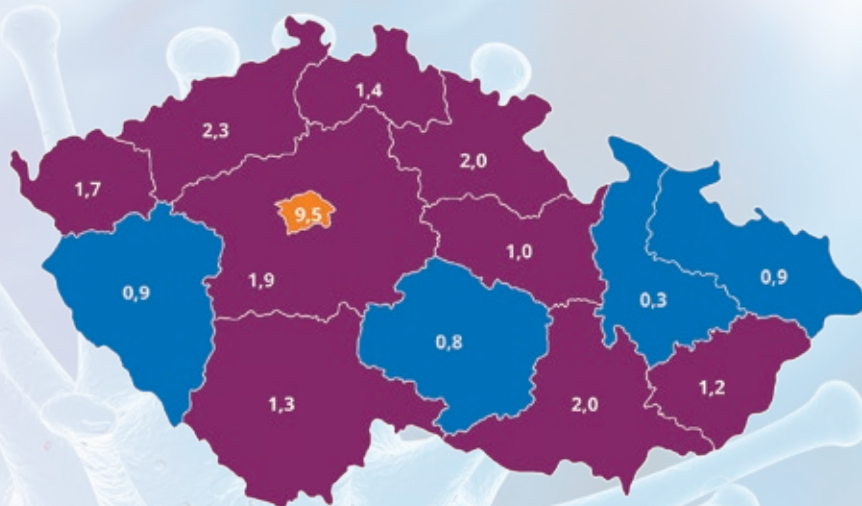


Graf 1 Testování krevních vzorků v transfuzní službě

Poznámky:

V grafech na této dvoustraně jsou uvedena data předběžná, finální budou zveřejněna po analýze ve výroční zprávě.

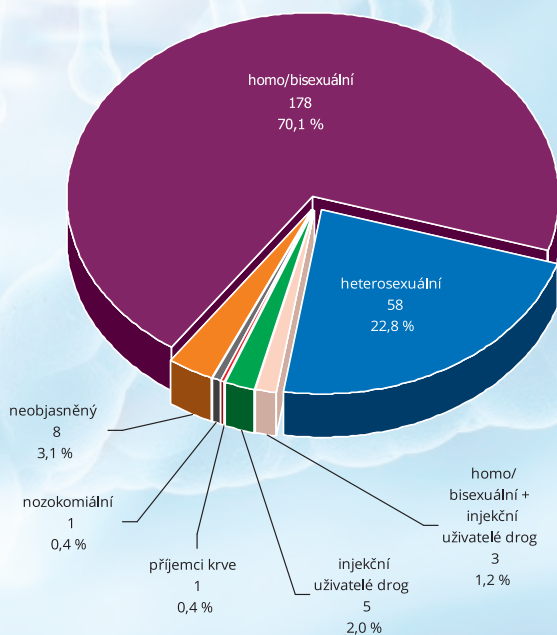
Zdroj: Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS, SZÚ (ask)



Graf 2 Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR podle krajů v době diagnózy (občané ČR a cizinci s dlouhodobým pobytem). Kumulativní údaje za rok 2017



Graf 3 Nové případy infekce HIV/AIDS v České republice v jednotlivých letech (občané ČR a cizinci s dlouhodobým pobytem). Absolutní údaje k 31. 12. 2017



Graf 4 Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR podle způsobu přenosu (občané ČR a cizinci s dlouhodobým pobytem). Údaje za rok 2017

Představujeme patientské organizace: Centrum Anabell

Centrum Anabell, to je multidisciplinární tým sociálních pracovníků, psychologů, nutričních terapeutů, lékařů a dalších odborníků, kteří pomáhají lidem s poruchami příjmu potravy, aby přijali svoji diagnózu a vydali se na náročnou cestu psychosociální terapie. Jde o jedinečnou službu, která by měla být běžnou součástí specializované lékařské péče.

Na pomezí pražského Žižkova a Vinohrad sídlí jedna z poboček kontaktního centra Anabell, které poskytuje odborné poradenství lidem s poruchami příjmu potravy. V roce 2002 je v Brně založila PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková, která dvanáct let procházela mentální bulimií. V době, kdy byla sama nemocná, nebyla k dispozici žádná literatura. O poruchách příjmu potravy se příliš nemluvilo, dívky se bály stigmatizace psychiatrického onemocnění, proto své problémy raději skrývaly. To byl i případ Jany Sladké, která tuto situaci chtěla změnit. Nejprve napsala knížku Z deníku bulimičky a pak založila Centrum Anabell, které pomáhá jak lidem s poruchami příjmu potravy, tak jejich blízkým. Postupně přibýly pobočky v Praze, Ostravě i na Slovensku. V poslední době jsou stále více využívány také on-line služby této patientské organizace.

Multidisciplinární terapie

Poruchy příjmu potravy zahrnují skupinu onemocnění, které spojuje patologické

Anabell

chování spojené s jídlem. Vzniká nejčastěji u adolescentních a mladých dívek, ale přibývají i nemocní muži. Za riziková povolání se považuje sport, modeling nebo tancování. Ohroženi jsou také jedinci, kteří vyrůstají v rodinách zaměřených na výkon nebo pod diktátem zdravé stravy. Za nejzávažnější poruchy se považuje anorexie (anorexia nervosa) a mentální bulimie (bulimia nervosa). Patří sem však i psychogenní přejídání, noční přejídání, vedoucí k obezitě. Onemocnění vzniká z nejrůznějších příčin a úkolem odborníků je léčit poruchy v celém jejich biopsychosociálním kontextu.

Celé spektrum služeb poskytuje i Centrum Anabell. „Klientům se nabízí odborné sociální poradenství. V našich poradnách jsou sociální pracovníci, kteří slouží jako prvotní kontakt. Klient se objednává telefonicky, emailem nebo přijde osobně. Úkolem sociálního pracovníka je

probrat s klientem jeho situaci a ukázat mu nejlepší cestu pomoci,“ říká Mgr. Marie Novotná, která sama v Anabell působí jako sociální pracovnice. „V podstatě klienty nasměrujeme k psychiatrovi, psychoterapeutovi či nutričnímu terapeutovi, které zde máme k dispozici.“

Centrum Anabell spolupracuje s psychiatrickou MUDr. Světlanou Žuchovou, která zdůrazňuje, že léčba poruch příjmu potravy je režimová. „Pacientky se učí jídelnímu chování a zároveň v rámci psychoterapie pracují na tématech, která s poruchou příjmu potravy souvisejí. Nejsou známa žádná farmaka, která by ovlivňovala symptomy poruchy příjmu potravy. Farmakoterapie se nasazuje pouze jako doplňková léčba v případě, že pacientka trpí úzkostmi nebo depresemi. Ty bývají u poruchy příjmu potravy běžné, nicméně se léčí samostatně.“

Díky pracovním zkušenostem na psychosomatickém oddělení renomované Schön Klinik v Německu a na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFV v Praze může Světlana Žuchová konstatovat, že kvalita specializované péče je v obou zemích srovnatelná. „Co schází, je spíše možnost dlouhodobé následné péče pro pacienty po léčbě, která probíhá dlouhodobě a rozhodně nekončí propuštěním z nemocnice. V Německu například existuje jakési „chráněné bydlení“ pro léčené pacienty, což by se dalo volně přirovnat k doléčování závislostí,“ vysvětluje Světlana Žuchová.

Probudit motivaci

Pražská pobočka Anabell ročně registruje 160 klientů, kteří prošli pohovorem se sociálním pracovníkem. Reálný počet kontaktů je však díky e-mailu či Skypeu mnohem vyšší. Předpokladem zahájení léčby je silná motivace mladých lidí, která je dovede do centra. „My se zaměřujeme na klienty od dvanácti let, někdy přijdou i mladší děti. Ti většinou přišli



Tým Centra Anabell Praha



motivovaní nebývají. A našim nejtěžším úkolem je vysvětlit jim, proč je jejich chování rizikové. Vůbec nefunguje, když jedenáctiletému dítěti říkáte, že může umřít nebo nebude moci mít děti. Spíše si s ním povídáme o jeho koníčcích, třeba o sportu, který ho netěší a nejde mu tak dobře jako dřív, protože se cítí unavené. Pořád zdůrazňujeme, že může kdykoli přijít samo, bez rodičů, protože společná sezení s rodiči mohou být problematická. „Někdy k nám rodiče své děti doslova přitáhnou za vlasy,“ vysvětluje Marie Novotná. „Může jít i o preventivní krok. Obvykle pomůže jen

Nejčastější poruchy příjmu potravy

- **Mentální anorexie** – Sebetříznivé odmítání jídla za účelem snížení váhy. Má jednu z nejvyšších úmrtností.
- **Mentální bulimie** – Charakterizují ji především záchvaty přejídání, které jsou spojeny s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Následně přichází většinou zvracení, které u dotyčných způsobuje výčitky a deprese.
- **Záchvatové přejídání** – Jídlo je zdrojem strachu a úzkosti – myšlenky a prožitky klientek se soustřeďují pouze na ně. Objevuje se u osob všech věkových kategorií a obou pohlaví.
- **Bigorexie** – Jedná se o termín, který se ujal pro označení poruchy, kdy láska ke sportu a k posilování se stane až posedlostí.
- **Ortorexie** – Představuje rozsáhlé pole různých diagnóz. Společným jevem je až naléhavé a zdraví škodlivé zaměření na zdravý životní styl včetně složení stravy.

konzultace s nutričním terapeutem, který dívce pomůže upravit jídelníček. Nejvíce klientek je mezi 15–17 lety. Nejčastěji trpí mentální anorexií. S mentální bulimií spojenou se zvracením se k nám dostanou ženy kolem 25. roku, které se mnohdy v minulosti potýkaly s mentální anorexií a výraznou redukcí váhy. Ve vyšším věku se u nich častěji objevuje i přejídání. Pokud klientka není z Prahy, Brna nebo Ostravy, může centrum poskytnout ověřené kontakty na odborníky z celé České republiky.

Stále blíže klientům

Kromě ambulantního poradenství nabízí Anabell také telefonickou krizovou pomoc nebo konzultace po e-mailu či Skypu vyhledávané všemi, kdo se ostýchají setkat se s psychoterapeutem napřímo. Již dva roky zde také působí „peer konzultant“, osoba s vyléčenou poruchou příjmu potravy, který se s klientem sejde a snaží se mu předat svoje zkušenosti a ujistit ho o tom, že východisko existuje. „Netstreetworking“, korespondenční kurz a „peer konzultanství“ využívá probíhající projekt Anabell on-line, jehož cílem je aktivně vyhledávat osoby s poruchami příjmu potravy, kteří si vyměňují zkušenosti na sociálních sítích. Centrum tyto osoby oslovuje, snaží se jim nabídnout konkrétní pomoc a „vyvést“ je z virtuálního světa internetu. Nejčastějším problémem u těchto lidí bývá obava z prozrazení nemoci, sociální izolace a pocit neschopnosti, které vedou k oddalování léčby.

Příkladem terénní pomoci je brněnský projekt Jídlo dělá zázraky, jenž má pomoci 350 lidem s řešením jejich nepříznivé sociální situace, do které se vinou nemoci dostali, a nabídnout jim cestu, jak se znovu zapojit do práce, studia, jak lépe komunikovat s rodinou apod. Jde ale i o pomoc v nejběžnějších aktivitách.

„Peer konzultant“ může jít s klientem i na zmrzlinu a ukázat mu, že jde o úplně normální věc.

Centrum Anabell kromě dlouhodobých projektů pořádá i každoroční osvětové kampaně zaměřené na širokou veřejnost. „V květnu to byl Měsíc bez diet, během kterého jsme se snažili upozorňovat na to, že dieta k životu nepatří. Že jsou i jiné koníčky než cvičení a vzhled,“ upřesňuje Marie Novotná. „Měli jsme akce po celé České republice, sportovně i výtvarně zaměřené. Naši patronkou je herečka Vlastina Svátková, která sama bojovala s mentální bulimií.“

Týmová práce odborníků

První kontakt s nemocnými mají nejčastěji praktický lékař, pediatr nebo gynekolog, kteří hrají nezastupitelnou roli v diagnostice a motivaci pacientky k další léčbě. Centrum Anabell se proto zaměřuje i na ně. „Pravidelně obvolává síť kontaktů, dobrovolníci nosí letáčky do ordinací.“

Zaměstnanci organizace usilují o to, aby jednotlivé odbornosti, které se podílejí na léčbě poruch příjmu potravy, byly co nejvíce provázané. Za podpory Evropského sociálního fondu proto realizují projekt Multidisciplinární spolupráce, na jehož základě vznikly tři multidisciplinární týmy složené ze sociálních pracovníků, psychologů, nutričních terapeutů, psychiatrů a gastroenterologů, které se v Praze, Brně i Ostravě scházejí k odborným konziliím. Projekt, který skončí v červenci, završila 18. května mezioborová konference

K dalším aktivitám patří edukativní workshopy, které Anabell pořádá na základních školách. „Máme tam 90minutové bloky, kde se s žáky bavíme o poruchách příjmu potravy. A také je vyzýváme, aby si všimli svých kamarádů a uměli jim pomoci,“ uzavírá Marie Novotná.

Mgr. Pavlína Perlíková

Kontakty:

Centrum Anabell, z.ú.
Masarykova 506/37
602 00 Brno

Telefon: 542 214 014

www.anabell.cz

Nemocnice Nymburk znovu získala akreditaci laboratoře oddělení patologie

Nemocnici Nymburk s.r.o. se podařilo v akreditačním procesu obhájit akreditaci laboratoře oddělení patologie. I nadále tak může provádět zpracování bioptického materiálu.

Touto akreditací si nemocnice zajistila lepší finanční ohodnocení od zdravotních pojišťoven. „Osvědčení o akreditaci v rozsahu vyšetření v oboru histopatologie

jsme získali již v minulosti a jsem ráda, že se nám to podařilo znovu. Vnímáme jej také jako důkaz kvality našich zaměstnanců laboratoře a technického vybavení,“ říká Ing. Alena Havelková, jednatelka nymburské nemocnice.

Rozdíl oproti minulému osvědčení spočívá v době, po kterou je platné, a ve frekvenci kontrol. První osvědčení

bylo uděleno na tři roky s tím, že každý rok laboratoř absolvovala dozorovou návštěvu, která její počínání zhodnotila závěrečnou zprávou. Nyní, po třech letech, získala nymburská nemocnice osvědčení na dalších pět let a dozorové návštěvy se budou opakovat po 15 měsících.

Zdroj: Nemocnice Nymburk (red)

Hořovice zprovoznilly nový pavilon pro chronicky nemocné děti

Slavnostní otevření nového pavilonu dětského oddělení následně a intenzivní péče (NIP) se uskutečnilo 31. května. Ceremonie se zúčastnily desítky hostů včetně pediatriů, politiků a představitelů pojišťoven.

Nemocnice Hořovice se stala v roce 2014 prvním zdravotnickým zařízením v České republice, kde bylo otevřeno specializované oddělení pro chronicky nemocné dětské pacienty – NIP. Dosavadních 6 lůžek zdaleka

nestačilo pokrýt poptávku po tomto typu specializované péče, vedení hořovické nemocnice se proto rozhodlo rozšířit kapacitu oddělení NIP na 13 lůžek. Zcela nový pavilon, který za tímto účelem vznikl, byl vytvořen na základě doporučení odborníků, ale také podle konkrétních požadavků a zkušeností hořovických lékařů a sester, které za 4 roky fungování oddělení NIP nasbírali. Nová lůžka se začnou obsazovat v průběhu června.



Oddělení je určené pro pacienty s různými typy diagnóz, spojuje je to, že jsou velmi těžce, někdy i nevléčitelně nemocní. Doba pobytu malých pacientů na oddělení se pohybuje od několika měsíců až po roky. Jejich onemocnění ovlivňuje základní životní funkce a vyžadují tedy jejich víceméně stálou podporu, prostřednictvím nejmodernější techniky, kterou je oddělení vybaveno. Náklady na vybudování nového pavilonu přesáhly 76 milionů Kč. Více se o NIP a novém pavilonu v Hořovicích dočtete v některém z dalších čísel časopisu Zdravotnictví a medicína v připravované rubrice věnované zajímavým pracovištím.

Zdroj a foto: Nemocnice Hořovice (red)

Porušení rozpočtové kázně v Ostravě

Kontrola hospodaření s veřejnými prostředky ve Zdravotním ústavu se sídlem v Ostravě odhalila závažná pochybení v oblasti zadávání veřejných zakázek a hospodaření s majetkem a také porušení rozpočtové kázně.

Zdravotní ústav porušil zákon o zadávání veřejných zakázek, když omezil okruh možných dodavatelů, a tím diskriminoval všechny ostatní dodavatele na trhu. Kontrola také odhalila, že ředitel Zdravotního ústavu uzavíral smluvní vztahy v rozporu

se zákonem o finanční kontrole. Neoprávněně použil finanční prostředky na marketing (mj. pro prezentaci ústavu na golfových akcích), poradenství, reklamu, právní či dopravní služby. Celkově došlo k porušení rozpočtové kázně ve výši 80 milionů Kč.

Kontroloři dále zjistili, že zdravotní ústav bez sjednání nájemní smlouvy a bezúplatně poskytl laboratoř včetně přístrojového vybavení společnosti 4MEDI. Porušení zákona o majetku ČR se Ústav dopustil také tím, že sjednal

nižší nájemné nebytových prostor, než je cena v místě a čase obvyklá, a i platby za služby byly nižší než skutečné náklady. V oblasti dopravních služeb Zdravotní ústav neuplatnil pokutu za konkurenční jednání dopravce a porušil tak povinnost využívat právní prostředky při uplatňování a hájení práv státu jako vlastníka. Při kontrole mzdových nákladů bylo zjištěno vyplácení mimořádných odměn až 11krát ročně.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví (red)

SeneCura SeniorCentrum Kolíně je Stavba roku 2017

Budova SeneCura SeniorCentra v Kolíně získala cenu Stavba roku Středočeského kraje 2017. Její vyhlášení se konalo 3. května 2018 v budově Obchodních tiskáren v Kolíně. Cenu převzali Věra Husáková, regionální ředitelka společnosti SeneCura ČR, a ředitel centra Marek Bíško.

Výstavbu domova pro seniory v Kolíně dokončila společnost SeneCura minulý rok, od prosince 2017 začala přijímat první klienty. SeniorCentrum se nachází v blízkosti rozlehlého parku v klidné části Kolína nedaleko centra. Součástí domova je terapeutická zahrada i záhonky s bylinkami a drobným ovocem.

„Jsme rádi, že odborná porota vyhodnotila naše SeniorCentrum

jako Stavbu roku. Je to budova, která opravdu splňuje ty nejnáročnější podmínky,“ říká ředitel SeniorCentra Kolín Marek Bíško.

SeniorCentrum Kolín je součástí skupiny SeneCura, rakouského provozovatele domovů pro seniory a zároveň největšího provozovatele soukromých domovů v České republice.

Domov pro seniory je určen osobám nad 60 let s nárokem na pečovatelské a ošetřovatelské služby. Domov se zvláštním režimem poskytuje péči lidem od 55 let se sníženou soběstačností z důvodu Alzheimerovy choroby či jiných typů demence.

Zdroj a foto: SeneCura (red)

Grant do Brna

Mezinárodní centrum klinického výzkumu Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně získalo unikátní grant v hodnotě téměř 700 milionů korun.

Projekt s názvem Molekulární, buněčný a klinický přístup ke zdravému stárnutí (ENoch) obdržel grant ze Strukturálních fondů EU, z operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání řízeného MŠMT. Hlavním vědeckým cílem projektu je vytvořit společný výzkumný program, který se bude zaměřovat na výzkum stárnutí a souvisejících chorob, především forem nádorů, chronického zánětu a degenerativních nemocí.

Zdroj: FNUSA, (red)



Nové zdravotnické lůžko pro II. interní kliniku VFN

Jednou z cen pro královnu plesu sester, pořádaného v polovině března vydavatelstvím Mladá fronta, bylo zdravotnické lůžko od společnosti Linet. Vítězka, laborantka Mgr. Veronika Hauerová, lůžko 7. června slavnostně přenechala oddělení angiologické intenzivní péče ve VFN v Praze.

Předání daru, které se uskutečnilo v přednáškovém sále II. interní kliniky VFN, byli přítomni zástupci nemocnice i společnosti Linet. Na úvod komorní ceremonie promluvila ředitelka VFN Mgr. Dana Jurásková, Ph.D.: „Děkuji jednak naší vrchní laborantce Veronice Hauerové a jednak společnosti Linet za hodnotný a užitečný dar. Je dobře, že zrovna II. interní klinika dostane lůžko k dispozici, myslím, že si ho zaslouží.“ Sama vítězka posléze vyjádřila radost nad oceněním především z důvodu prospěšnosti pro pacienty.

Dar společnosti Linet ocenil přednosta kliniky prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., který rovněž vyzdvihl skutečnost, že lůžko bude umístěno právě na oddělení angiologické intenzivní péče, které považuje za ojedinělé. „Naše oddělení poskytující jedinečnou péči pacientům s onemocněním žil a tepen nemá v České republice obdoby,“ uvedl přednosta kliniky Linhart. Péče o pacienty se podle jeho slov díky lůžku opět o něco zlepšila. „Pro sestry je důležité, aby měly moderní techniku, která je rozhodující v tom, jak je o pacienta postaráno,“ dodal Aleš Linhart.

Na přínosu lůžka pro vlastní práci sestry se shodly vrchní sestra kliniky Mgr. Jana Hrušková a staniční sestra



Zleva: Jana Hrušková, Dita Svobodová, Filip Těšitel, Jean-Claude Lubanda, Aleš Linhart, Veronika Hauerová
Foto: archiv MF

angiologické JIP Bc. Marie Kratochvílová. Na základě dosavadních zkušeností ocenily především možnost snadného polohování pacientů a jejich transportu na operační sál. Marie Kratochvílová také poukázala na výhody antidekubitní matrace, která je dle jejích slov pro pacienty s onemocněním žil a tepen mimořádně důležitá.

O technologických přednostech lůžka v závěru promluvil také zástupce Linetu,

obchodní manažer Filip Těšitel: „Nejde už jen o to, že lze díky našemu lůžku snadno manipulovat s pacienty. Lůžko dokáže vysílat na centrální počítač v sesterně signály o tom, co se s pacientem děje, v jaké je poloze, jestli třeba z lůžka vstává apod. Tato data pomáhají sestřím udržet přehled o pacientech i na odděleních s mnoha lůžky.“

(mal)

Anesteziologické sympozium

V prostorách Erbia Congress Centra uspořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta sympozium Perioperační medicína. Konalo se 6. června. Zároveň se pokřtila kniha Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře.

Odbornými garanty sympozia zařazeného do Postgraduální akademie byli doc. MUDr. Petr Štourač, Ph.D. z Kliniky dětské anesteziologie a resuscitace LF MU a FN Brno a prim. MUDr. Dagmar Seidlová z II. anesteziologicko-resuscitačního oddělení a Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Brno a LF MU Brno. Oba garanti jsou zároveň autory publikace Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře, která byla během

sympozia pokřtěna. Cílem autorů bylo představit anesteziologii a resuscitační medicínu jako prudce se rozvíjející obor, který díky moderním postupům a zavádění stále sofistikovanější monitorace dokáže zvládnout i ty nejkomplicovanější výkony u zdravotně velmi kompromitovaných pacientů. Účelem knihy bylo nejen nastínit pohled anesteziologa na předoperační přípravu, ale také vysvětlit specifika nejčastějších operačních výkonů. .“

(pp)



Novinky v oblasti preventivní kardiologie

5. června patřily prostory Erbia Congress Centra sympoziu Preventivní medicína. Úvodní slovo pronesla prof. MUDr. Věra Adámková, CSc., z Pracoviště preventivní kardiologie Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze.

Prof. Adámková se ve svém příspěvku zaměřila na pacienty po operaci aortokoronárního bypassu léčené v IKEM v letech 1971–2016. Kardiovaskulární onemocnění představují v České republice hlavní příčinu úmrtnosti. Chirurgická léčba srdečně-cévních onemocnění může být bezpečná, pokud pacienti dodržují zásady zdravého životního stylu. Obezita v kardiovaskulární prevenci u pacientů po kardiovaskulárních výkonech byla proto tématem pro



Věra Adámková a Václava Bártů

Foto: archiv MF

MUDr. Martinu Vitáskovou, CSc. MUDr. Bc. Věra Mrázková se zaměřila na další, neméně důležitou součást prevence – kardiovaskulární rehabilitaci v pooperačním období, která se zahajuje na pooperačním lůžku a měla by pokračovat co nejdříve i po stabilizaci zdravotního stavu pacienta. Účastníci sympozia si vyslechli i příspěvky z dalších oborů, například z pneumologie či genetiky. Akci pořádala Mladá fronta v rámci Postgraduální akademie.

(pp)

Inzerce ▼ M181000268

12. SYMPOZIUM AGEL 4.–5. 10. 2018

NH CONGRESS OLOMOUC

MULTIDISCIPLINARITA V DIAGNOSTICE,
PREVENCI A TERAPII

SYMPOZIUM SE KONÁ POD ZÁŠTITOU
Ing. Tomáše Chrenka, Ph.D.
předsedy dozorčí rady AGEL a.s.

symposium.agel.cz

Vzdělávací
a výzkumný institut
AGEL

AGEL



Nová regulace poukazových zdravotnických prostředků

6. června vláda schválila návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která přináší nová pravidla pro úhradovou regulaci zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz a hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Nová úprava zajistí širokou dostupnost plně hrazených zdravotnických prostředků a zároveň minimalizuje ekonomické dopady na systém veřejného zdravotního pojištění. „Zpřesněním nové právní úpravy bude především umožněna plná úhrada většího spektra zdravotnických prostředků, tedy i těch, které byly dosud hrazeny se spoluúčastí 25 % z ceny skutečně uplatněné vůči pojištěnci. Odhadujeme, že tím klesne úhrnná spoluúčast na straně pojištěnců až o několik stovek milionů korun,“ řekl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Tato částka bude nově součástí výdajů veřejného zdravotního pojištění, nicméně s ohledem na členění úhradových skupin a nastavení limitu úhrady dojde k úsporám v přibližně shodné výši.

Prostřednictvím dohody o nejvyšší ceně a cenové soutěži bude možné u v zásadě zaměnitelných zdravotnických prostředků snížit výši úhrady pod zákonem stanovený limit.

Klíčovou přílohou novely je nový a aktualizovaný seznam zdravotnických prostředků, v němž jsou pro jednotlivé úhradové skupiny stanoveny úhradové limity a další podmínky úhrady – tzv. kategorizační strom. „Významnou změnou je, že nové zdravotnické prostředky budou zařazovány do systému úhrad každý měsíc, a nikoli jen jednou za půl roku, jako je tomu dnes,“ vysvětlil ministr Vojtěch. Novela umožní pružné reakce na vstup nových produktů na trh a změny cenové hladiny na trhu. Samotné zařazování zdravotnických prostředků do úhradových skupin bude administrativně

velmi nenáročné, protože bude probíhat pouhým ohlášením do příslušné úhradové skupiny, a to bez správního řízení. Správní řízení by Státní ústav pro kontrolu léčiv zahájil až tehdy, pokud by bylo zařazení zdravotnického prostředku zpochybněno. Pro první zařazení všech dnes hrazených produktů je stanoveno přechodné období, které bude trvat cca 3/4 roku.

Ministerstvo zdravotnictví novou právní úpravou reaguje na rozhodnutí Ústavního soudu, který v červnu 2017 zrušil dosavadní systém úhrad na základě návrhu skupiny senátorů, kteří měli výhrady ke stanovování úhrad zdravotnických prostředků. Zákodárcům dal Ústavní soud čas na přípravu novely do 1. 1. 2019.

Zdroj: MZ ČR, (red)

GSK partnerem neziskovek

Společnost GSK i letos podporuje aktivity zaměřené na znevýhodněné či ohrožené skupiny obyvatel. V aktuálním ročníku společnost rozdělila 526 000 Kč.

Česká pobočka mezinárodní farmaceutické společnosti GSK zřídila GSK fond, prostřednictvím kterého pravidelně podporuje lidi s tělesným a duševním hendikepem. V aktuálním ročníku společnost rozdělila více než půl milionu korun. O finanční podporu se ucházelo 110 projektů, což je třikrát více než loni. „Takový nárůst zájmu nás velice těší a jsme rádi, že na nás neziskové organizace spoléhají jako na důležitého partnera, který má zájem na zlepšení situace potřebných,“ dodává Emmanuelle Boishardyová, generální ředitelka GSK Česká republika.

Do druhého kola postoupilo devět nejzajímavějších projektů, u kterých hodnotící komise ocenila nejen potřebnost a prokazatelnou efektivitu, ale i vysokou míru profesionality jejich zástupců. S přihlédnutím k těmto faktorům byla nakonec finanční podpora

ve výši od 30 000 do 100 000 Kč přidělena všem postoupivším. „Budeme díky tomu schopni zaplatit odborníci a nastavit lépe program začleňování našich klientů s kombinovaným postižením do běžné společnosti. Oceňujeme, že je GSK ochotna podporovat i financování služeb odborníků, a nejen nákup pomůcek či materiálního vybavení,“ komentuje Erik Čipera, ředitel Asistence, o. p. s.

Hodnotící komise doporučila projekt podpořit i proto, že je v tomto případě možné očekávat vysokou efektivitu grantové podpory. Konkrétní sociální pracovnice je totiž matkou hendikepovaného syna, a její postřehy tedy budou podloženy nejen vzděláním a praxí, ale i osobní zkušeností. „Ačkoli jsme ve smyslu dalších nákladů relativně nízkorozpočtový projekt, podpora GSK je pro nás zásadní. Pokrývá totiž náklady na přímou práci certifikovaných

lektorů paměti, kteří za našimi demencí postiženými klienty docházejí přímo domů,“ uvádí Jana Mrázová, projektová a finanční manažerka organizace Spokojený senior – KLAS z. s., která se dočkala finanční podpory projektu Posilovna paměti.

Kromě toho GSK poskytla peníze například na program vrstevnického vzdělávání mladých HIV/AIDS Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu, dále projekt Kanceláře Ombudsmana pro zdraví zaměřený na zlepšení právního povědomí pacientů nebo profesní rozvoj neslyšících zaměstnanců v týmu Tichých zpráv. GSK fond přímo navazuje na tradici Nadačního fondu GSK. Z obou fondů bylo v posledních deseti letech rozděleno více než 12 milionů korun mezi 95 organizací.

Zdroj: GSK, (red)

Oční onemocnění nevznikají sama od sebe

MUDr. Helena Štrofová je nejen oční lékařkou, ale také autorkou nové publikace *Praktická oftalmologie*, ve které zúročila své klinické zkušenosti. Knihu věnovala začínajícím oftalmologům, studentům medicíny i zdravotnických oborů, praktickým lékařům a také všem laikům, kteří by se rádi dozvěděli něco více o běžných očních vadách a zajímají se také o prevenci očních onemocnění.

Máte dojem, že přehledové knížky na našem trhu chybějí?

Publikaci pro oční lékaře je asi dostatek. Já jsem chtěla, aby moje kniha byla srozumitelná a praktická. Aby ji ocenili všichni, kdo se třeba s oftalmologií setkají jen letmo – internisté nebo studenti medicíny. Ale začínající specialisté si v knize určitě také mohou najít užitečné informace, které se týkají diferenciálních diagnostik jednotlivých vad a onemocnění.

Od praktických lékařů – stážístů vím, že se vzdělávat chtějí, protože mají velice krátkou dobu na praktika. Proto oceňují, když se mohou něco dozvědět přímo z praxe. Když jsem ještě působila ve Vinohradské poliklinice, mohli si absolventi vyzkoušet v rámci svého „kolečka“ všechny přístroje, což je jistě cennější, než když pouze koukají na pacienta.

Proč jste si zvolila oftalmologii?

Cesta k oboru nejdřív vedla od toho, co jsem dělat nechtěla, a to byla gynekologie a chirurgie. Nebránila jsem se interní medicíně, neurologii, ta mě díky stáží u doc. MUDr. Dany Horákové velmi zajímala, ale nechtěla jsem jít cestou postgraduálního studia. Už jsem málem nastoupila do nemocnice v Příbrami, ale úplnou náhodou jsem se dozvěděla o inzerátu očního oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, kam jsem nakonec před deseti lety nastoupila. Dlouho jsem působila i v soukromé ambulanci na Vinohradech a teď jsem již několik měsíců v neschopnosti, protože jsem to možná s pracovním zápalom trochu přehnal. Svoji práci mám však moc ráda a dlouho bez ní nevydržím. Na podzim svoji praxi obnovím, ale na jiném soukromém pracovišti.

Které okamžiky ve svém oboru považujete za průlomové?

Určitě to jsou operace katarakty, ale i operace sítnice, glaukomů či laserové refrakční operace, které jsem sama podstoupila k odstranění krátkozrakosti. Operace



Foto: archiv MF

šedého zákalu se prováděly už ve starověkém Řecku a dost strašidelným způsobem ve středověku. Průlomovým okamžikem byla implantace nitroočních čoček na konci 40. let 20. století. Dříve se operace prováděly vyjmutím celé čočky, hrozilo však porušení sklivcové bariéry a další komplikace. Lidé měli vysoké dioptrie. Dneska je to nejběžnější oční operace. Nejvíce se implantují zadněkomorové nitrooční čočky, zákrok se provádí ambulantně i lidem starším 80 let.

S prodlužujícím se věkem přibývá i očních onemocnění. Na co se máme připravit? Nejspíš na všechno. Katarakta byla dříve záležitostí šedesátníků a sedmdesátníků, ale výjimkou dnes nejsou ani 45letí lidé, ale i mladší. Hovoříme o presenilní kataraktě, která vzniká na základě mnoha faktorů, životní styl nevyjímá. Ohrožuje nás věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD), kde hraje velkou roli nejenom věk, ale i dědičnost. Mám i čtyřicetiletou pacientku s predispozicí po své mamince. Životní styl se podepisuje na zdraví celých rodin. Ohroženi jsou workoholici, obézní pacienti, kuřáci.

Jak se léčí VPMD

Onemocnění se nedá vyléčit, ale je vhodné myslet na prevenci. Doporučujeme dlouhodobě užívat výživové doplňky s luteinem a zeaxanthinem, které mohou zpomalit progresi. Protektivní efekt karotenoidů a vitaminů (C, E), minerálů (zinek, měď) v kombinaci s omega 3 nenasycenými mastnými kyselinami prokázala například studie AREDS (Age-Related Eye Disease Study). Nicméně tento efekt lze pozorovat u suché formy degenerace. Závažnější formu představuje vlhká forma makulární degenerace, která začne na jednom oku, ale většinou do deseti let postihne oči obě.

Revoluci v léčbě vlhké formy VPMD přineslo zavedení anti-VEGF přípravků. Tyto anti-VEGF protilátky blokují novotvorbu cév a působí antiedematózně potlačením prosakování tekutiny z cév.

Tyto preparáty jsou však finančně náročné.

Inovativním preparátem je i bevacizumab, který byl původně vyvinut pro použití v onkologii, ale v oftalmologii se zatím používá jen k tzv. off-label léčbě. Výsledky retrospektivní studie jsou pozitivní,

čeká se na stanovení indikačních kritérií a potvrzení bezpečnosti. V případě vlhké formy VPMD v podstatě nejde o léčbu, ale udržení stávajícího stavu. U obou typů VPMD hraje roli, v jakém stádiu se onemocnění diagnostikuje. Ke slepotě může vést i suchá forma.

Takže jsme opět u prevence. Chodit na pravidelné kontroly samozřejmě doporučuji. Lidé chodí častěji k optometristovi, ale ten by jim měl doporučit, aby si nechali zkontrolovat nitrooční tlak i oční pozadí. Bohužel v optice se kontroluje pouze přední segment oka.

U řady onemocnění nemáte vůbec žádné obtíže. Malé změny vůbec nepozorujete. Třeba u VPMD platí, že když si všimnete, že se vám vlní písmenka, tak už je pozdě. Ale lidé nechodí na kontroly třeba deset let. Pak k vám najednou přijde stará paní, že špatně vidí a vy musíte diagnostikovat i tři onemocnění najednou: kataraktu, VPMD, třeba i zelený zákal. Musíte posoudit, jestli operovat kataraktu má vzhledem k ostatním očním vadám smysl.

Po čtyřicítce bychom měli chodit na kontrolu jednou za rok. Ale s preventivními prohlídkami bychom měli začít u svého praktického lékaře, který by měl posílat na

oční vyšetření všechny nad 40 let a všechny, kdo mají vysoký tlak, glykemii, cholesterol.

Jak se léčí diabetická retinopatie?

Diabetická retinopatie je strašákem pro pacienty i pro lékaře. Řada diabetických pacientů chodí na pravidelné kontroly, ale dlouho nemá žádný nález. Velmi záleží na tom, jak jsou farmakologicky kompenzováni. U neproliferativní formy je nutné včas zachytit krvácení na sítnici a informovat diabetologa, který musí upravit léčbu. Základem je poučený pacient, který je dobře informovaný od svého diabetologa. Jakmile oční zkontroluje, že je zasažena žlutá skvrna a je tam makulární edém, je už léčba komplikovaná (laser, tzv. pars plana vitrektomie, anti-VEGF přípravky a další). Vidění už nikdy nebude dobré. Druhá proliferativní forma je ještě zákeřnější, protože vznikají neovaskularizace a další komplikace včetně sekundárního glaukomu. Bohužel za spoustu komplikací si můžeme sami, což málokdo připustí.

V čem je zákeřný glaukom?

U zeleného zákalu je problém, že pacient dlouho žádné problémy nemá. Problém má lékař, který naměří vyšší nitrooční tlak. Nervová vlákna ubývají, ale strašně dlouho se nic neděje. Teprve až ubude

50 % původních vláken, projeví se to na zorném poli. Ale jakmile zjistíme nějaké změny v perimetru, jde o nevratný stav. V diagnostice velmi pomáhají OCT přístroje, které jsem měla na Vinohradech, jež vyšetří zrakový nerv, sítnici, žlutou skvrnu, a tam se zjistí, jestli nervová vlákna odpovídají věku, nebo ubývají. Dnes pacienti s včasně zachyceným glaukomem aplikují jednu kapku 1x až 2x denně do oka a nijak je to neomezuje. Ale musejí to dodržovat, což není vždy samozřejmostí. Slepotě jde zabránit jen včasnou léčbou.

Ve své knížce se věnujete i dětské oftalmologii. Proč je tak málo oftalmologů, kteří se zaměřují na děti?

Před lety zmizela nadstavba dětského očního lékařství. V současnosti všichni oční lékaři mohou léčit i děti. Ale nikomu se moc nechce, připadá jim to příliš náročné a u soukromých očních lékařů, kteří pracují sami na sebe, v tom hraje roli i ekonomická otázka. Já sama už se tři roky věnuji dětským pacientům a práce mě velmi naplňuje. Byla to pro mě příjemná změna. Najednou nekonstatujete jen neutěšený stav, ale vidíte výsledky své práce. Je to taková optimistická práce.

Mgr. Pavlína Perlíková



Kniha Praktická oftalmologie

Kniha Praktická oftalmologie, kterou vydala Mladá fronta v edici Medical Services, přináší v čtivé a přehledné formě souhrn nejběžnějších očních vad, jejich klinických příznaků, ale i možností diagnostiky a terapie.

Autorka se zaměřuje na nejčastější vady v populaci (refrakční vady, syndrom suchého oka, katarakt, glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace). Zařazeny jsou i kapitoly věnované problematice mezioborové spolupráce oftalmologa a kožního lékaře nebo oftalmologa a internisty.

Důraz je kladen na vyšetření u praktického lékaře v souvislosti s příznaky.

Samostatná kapitola je věnována dětským pacientům.



MUDr. Helena Štrofová

- Po promoci působila ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze, kde se věnovala především pacientům s glaukomem.
- Má atestaci z očního lékařství.
- Pracuje v soukromé oční ambulanci v Praze.
- Je členkou České glaukomové společnosti.
- Věnuje se dospělým i dětským pacientům.

Má dlouhodobá péče v Evropě budoucnost? Co se můžeme naučit jeden od druhého...

13.-14. září 2018

Praha, Česká republika

TOP Hotel (Blažimská 1781/4, Praha 4 – Chodov)

1. den – 13. září 2018

- Role evropské komise v dlouhodobé péči v Evropě
- Měla by mít Evropská unie vliv na politiku týkající se dlouhodobé péče v jednotlivých členských státech?
- „Unifikovaná péče podle EU“ – cesta vpřed, nebo riziko?
- Dlouhodobá péče v roce 2030 – evropské vize
- Rezidenční, a/nebo ambulantní péče

2. den – 14. září 2018

Státní a soukromí poskytovatelé dlouhodobé péče (sekce č. 1)

- Státní a soukromí poskytovatelé v EU
- Kvalita jako marketingový faktor na trhu státní a soukromé péče
- Existuje ideální kombinace? Modely poskytování péče

Politika sociálního státu v EU – mohou klienti pocítit rozdíly? (sekce č. 2)

- Péče o starší osoby ve Středomoří
- Péče o starší osoby ve Skandinávii
- Dlouhodobá péče v Rumunsku: Spiritualita v domovech pro seniory

Demence a její dopad na dlouhodobou péči v Evropě (sekce č. 3)

- Evropské standardy kvality péče o osoby s demencí: Víceletý projekt
- Demence a Evropa v roce 2030
- Kvalita života osob žijících s demencí

Pracovní síly v dlouhodobé péči v Evropě (sekce č. 4)

- Výzvy týkající se dostupnosti pracovníků ve Spojených státech
- Migrující pracovníci v péči o seniory optikou Francie, Velké Británie a Irska (a také Kanady, USA a Austrálie)

Workshop Dlouhodobá péče v roce 2030

Workshop Polohování a přemísťování klientů

Galavečer na lodi (13. 9.)



Projížďka lodí po Vltavě s rautem za doprovodu jazzové hudby

Koncert klasické hudby (14. 9.)



Koncert symfonického orchestru v kostele sv. Šimona a Judy – čeští klasici

Výhodná cena pro členy APSS ČR: 7 490 Kč
(cena nezahrnuje ubytování)

Hlásit se můžete přímo na e-mailu tajemnice@apsscr.cz

Nefrologové pokřtili novou publikaci *Obezita a ledviny*

Ve dnech 4.–6. června 2018 proběhl v Praze v prostorách Fakulty architektury ČVUT 37. kongres České nefrologické společnosti. Při této příležitosti byla slavnostně pokřtěna i publikace *Obezita a ledviny*, kterou v edici *Aeskulap* vydala *Mladá fronta*.

Třídenní kongres s mezinárodní účastí opět tematicky pokrýl všechny významné oblasti nefrologie od diagnostiky a léčby chronického onemocnění ledvin po léčbu chronického selhání ledvin. Pořadatelem kongresu byla Česká nefrologická

společnost a Česká asociace sester, která garantovala samostatný program sester a techniků.

V rámci kongresu vydavatelství *Mladá fronta* představila novou publikaci *Obezita a ledviny*, již slavnostně pokřtila

prof. MUDr. Věra Adámková, CSc. Autorem komplexně pojaté monografie je nefrolog a internista prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc. a kolektiv autorů, kteří jsou předními odborníky v oborech obezitologie, vnitřního lékařství, histologie, metabolismu a výživy, kardiologie nebo diabetologie. Kniha se například zaměřuje na vliv obezity na renální selhání při jeho akutní i chronické formě, které je



léčeno dialýzou nebo transplantací ledviny. Autoři rovněž neopominuli téma léčebných postupů zaměřených na obezitu, a to i v souvislosti se základním onemocněním. V závěru knihy autoři předkládají dietní předpisy a tabulky výživových hodnot u nefrologicky nemocných.

(pp)



Zleva: Věra Adámková, Veronika Clavel, Vladimír Teplan a Šárka Mašková
Foto: archiv MF

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 6/2018

Šéfredaktorka

MUDr. Andrea Skálová
tel. 602 710 567, e-mail: skalova@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
MUDr. Václava Bártů, Ph.D.
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
doc. MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.
Mgr. Jana Nováková, MBA
MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.
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.

Redakce

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

Editor

Mgr. Lukáš Malý,
tel. 225 276 208, e-mail: malý@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce
Mgr. Denis Drahoš, Mgr. René Šifta

Výkonný manažer redakce, grafika a technické zpracování

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

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

mladá fronta

Generální ředitel

Ing. Jan Mašek

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, MBA

DTP

Bc. Milan Kubička, Martin Šprunk

Marketing a distribuce

Ředitel marketingu a distribuce:
Jaroslav Aujezdský

Brand Manager:

Petra Trojanová

Ředitelka výroby a distribuce:

Monika Šnaidrová

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:
SEND Předplatné, spol. s r.o.,
Ve Žlábku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,
tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370
e-mail: mf@send.cz, www.send.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,
Videňská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegross, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183,
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3,
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

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

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

Snímky označené jako „Shutterstock“ použity na základě licence od Shutterstock.com.

Tisk TRIANGL, a. s.

Číslo dáno do tisku 14. 6. 2018

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2018
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Nová vedoucí manažerka v Sanofi

Emmanuelle Valentinová byla jmenována vedoucí manažerkou Sanofi v České republice a Slovensku. Vedle této pozice bude Valentinová i nadále zastávat funkci ředitelky GenMed Central Europe Cluster (Divize Sanofi General Medicines pro Česko, Slovensko, Polsko a Maďarsko). Valentinová bude působit v Praze.



CEGEDIM a v roce 1996 nastoupila do společnosti Sanofi Pasteur. Od té doby získala profesní zkušenosti v různých oblastech marketingu, obchodu, financí a distribuce ve francouzské pobočce Sanofi i v její centrále. Zde spolupracovala na různých projektech zaměřených na řízení

změn a transformaci společnosti.

Ve své úloze v Sanofi bude Emmanuelle Valentinová řídit externí a interní program s názvem „One Sanofi“ se zaměřením zejména na strategii vnějších vztahů, zjednodušení fungování společnosti a řízení talentů. Tuto agendu bude řídit společně s manažerským týmem společnosti Sanofi CZ & SK, kterému bude předsedat.

Emmanuelle Valentinová absolvovala IESEG Business School. Svou pracovní kariéru započala v roce 1989 v oddělení výzkumu trhu společnosti Merck. V roce 1991 přešla do společnosti

V roce 2012 byla jmenována na pozici VP Commercial Excellence & Innovation Sanofi Europe, ve které vedla projekty vícekanálové komunikace se zákazníky v Evropě. V říjnu 2015 byla jmenována na pozici ředitelky GenMed & Country Chair Rumunsko a Moldávie. V této roli úspěšně řídila vysoce náročné podnikatelské prostředí, plnění obchodních cílů, rozvíjení schopností týmu a budování vztahů s klíčovými zainteresovanými stranami.

Zdroj a foto: Sanofi Česká republika

Jan Täubner primářem v Klaudiánce

Radiodiagnostické oddělení Klaudiánovy nemocnice v Mladé Boleslavi má od 1. června nového primáře – stal se jím **MUDr. Jan Täubner**. Ten nahradil primáře MUDr. Pavla Rybáčka, který odešel do důchodu.



Jan Täubner vystudoval všeobecné lékařství v Plzni a následně atestoval v oboru radiologie a zobrazovacích metod. Od roku 2006 pracuje v Klaudiánově nemocnici na oddělení, kde se nyní stal primářem. Pavel Rybáček pracoval v Klaudiánově nemocnici od roku 1980, primářem byl dvanáct let.

Zdroj a foto: Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

Jiří Pavlíček předsedou CzechMed

Ing. Jiří Pavlíček byl zvolen předsedou asociace CzechMed, České asociace dodavatelů zdravotnických prostředků. Štáetu převzal od Ing. Tomáše Koláře, MBA, který zastává



pozici CEO a Managing Director ve společnosti Linet. Jiří Pavlíček je majitelem společnosti Aspironix a dlouhá léta působil jako Managing Director v Johnson & Johnson ČR.

Zdroj a foto: CzechMed

Změna v představenstvu ČAFF

Od dubna je představenstvo České asociace farmaceutických firem (ČAFF) v novém složení. Předsedou představenstva byl zvolen **Juan Carlos Conde**, ředitel Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o., který zastával funkci místopředsedy, a novou místopředsedkyní je **PhDr. Soňa Porubská, Ph.D.**, ředitelka společnosti Zentiva. „Rád bych poděkoval všem kolegům za důvěru, kterou do mě vkládají, a věřím, že svými zkušenostmi a znalostmi přispějí k využití potenciálu generických a biosimilárních léků pro systém zdravotnictví v České republice, a tím i k zvýšení dostupnosti léků pro pacienty,“ říká Juan



Carlos Conde, předseda představenstva ČAFF.

PharmDr. Michal Krejsta, MBA, ukončil svoje působení ve společnosti Omega Pharma a rezignoval tak na pozici předsedy představenstva k 28. 3. 2018.

Dan Furrer z důvodu ukončení působení ve společnosti Mylan Pharmaceuticals rezignoval na členství v představenstvu ČAFF k 27. 2. 2018.

Vzhledem k výše uvedeným personálním změnám představenstvo kooptovalo dva nové členy představenstva, a to MUDr. Jozefa Belčíka (Mylan Pharmaceuticals) a Ing. Martina Bolceka, MBA (Gedeon Richter).

Zdroj a foto (2x): ČAFF

Ten správný čas se přestěhovat!

Nemocnice Ostrov a Sokolov

Náborový příspěvek Karlovarského kraje

- 400 tis. lékaři
- 150 tis. sestry

fyzioterapeuť, ergoterapeuť,
radiologičtí asistenti a laboranti

- ubytování zajistíme



kariera@nemosok.cz
+420 608 070 836



personalni@nemostrov.cz
+420 608 070 839



Inzerce ▼ M181000264

Ústav hematologie a krevní transfúze
v Praze 2, U Nemocnice 1 přijme:

všeobecnou sestru do nepřetržitého provozu na lůžkové oddělení Klinického úseku

Požadujeme:

- SZŠ s praxí, VZŠ nebo VŠ
- PPS v oboru onkologie výhodou
- osvědčení dle zákona č. 96/04 Sb.
 - trestní bezúhonnost
 - ochotu učit se

Nabízíme:

- zajímavou práci
- zájemem špičkového pracoviště
- možnost dalšího vzdělávání a další zaměstnanecké výhody

Kontakt:

vrchní sestra Mgr. L. Vylitová, DiS.,
U Nemocnice 1, 128 20 Praha 2,
e-mail: lucie.vylitova@uhkt.cz,
telefon: 211 977 419

M181000270

Hledám lékaře na zástup

do své ordinace za mateřskou dovolenou
do Benátek nad Jizerou
(nedaleko Prahy, Mladé Boleslavi,
dobře dostupné).

Výborná sestra,
spolupráce se specialisty, vybavení CRP,
FOB, INR, HbA1c, TK holter, může být
i mladší lékař po kmeni
(mohu konzultovat), zařizují akreditaci.
Především pondělí a pátek dopoledne.

Kontakt:

MUDr. Michaela Kmentová
tel. 776 252 848.

Nejlépe už od srpna 2018!
Spěchá a i jeden den v týdnu pomůže.

M181000283

Učebnice odborné angličtiny

ve stomatologii, nutriční terapii, v urgentní
medicině a v ošetrovatelství pro školní
a individuální výuku od Ireny Baumrukové
je možné objednat na:

e-mail: objednavky-vo@euromedia.cz

M181000230

NEMOCNICE HRANICE a.s.

Nemocnice Hranice a.s. přijme

lékaře na dětské oddělení

Kvalifikační požadavky:

- ▶ VŠ - lékařská fakulta ▶ hotový základní pediatrický kmen nebo specializovaná způsobilost v oboru Dětské lékařství (pediatrie)

Nabízíme:

- ▶ nástup dle dohody ▶ možnost ubytování
- ▶ dobré pracovní a platební podmínky ▶ plný úvazek ▶ příspěvek na oběd ▶ příspěvek na dovolenou ▶ příspěvek na rekondiční cvičení

Požadované doklady k přihlášce:

- ▶ stručný životopis s přehledem odborné praxe
- ▶ kopie dokladů o dosaženém vzdělání

Kontakt:

Nemocnice Hranice a.s., sekretariát
Zborovská 1245, 753 22 Hranice
e-mail: nemocnice@nemocnice-hranice.cz
tel.: 581 679 102, 581 679 171

Inzerce ▲ M181000267

Personální inzerce do časopisu



Zdravotnictví a medicína

je přijímána na e-mailu: personalni.inzerce@mf.cz

nebo telefonicky: +420 225 276 380

Inzerce ▼ M181000265 ▼ M181000276

SPLACHOVATELNÉ SÁČKY AURUM[®] XTRA

Kombinace dvou revolučních novinek
v jednom unikátním splachovatelném sáčku.

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



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



zelená linka: 800 100 644

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

MEDICAL
SERVICES



mlf
MLADÁ FRONTA

Kardiologie druhé, přepracované a doplněné vydání



Publikace vychází z unikátní **interaktivní kardiologické výukové platformy**, která je dostupná na www.ecardio.cz. Po mimořádném zájmu o první vydání učebnice představujeme druhé, **přepracované a doplněné vydání**. Učebnice, vydaná ve dvou dílech, bude **v celém rozsahu aktualizována** podle posledních doporučení a závěrů studií pro rok 2018 a **doplněna o nové kapitoly arytmiologie**. Kniha je určena pro studenty lékařských oborů (pre- i postgraduální úroveň), kardiology, internisty a další akademické pracovníky.

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

**Uvnitř
USB flash disk
s rozsáhlou obrazovou
dokumentací a video
sekvencemi z praxe.**

**PŘI OBJEDNÁNÍ
NA KNIHA.CZ
SLEVA 510 Kč**

Kniha vydána za podpory

