

# ZAM Zdravotnictví a medicína

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ



9  
2019

Miroslav Kalousek: „Reforma založená na zodpovědnosti pacientů je politická sebevražda.“

Více od str. 10



Zdraví člověka.  
Lidskost.  
Vstřícnost.



NEMOCNICE HOŘOVICE



REHABILITAČNÍ NEMOCNICE BEROUN



Předplatte si časopis  
**ZDRAVOTNICTVÍ  
A MEDICÍNA** na 1 rok

**ZAM**  
Zdravotnictví a medicína

a získejte jako dárek  
**vstupenky do Národního divadla  
v hodnotě 1 000 Kč**



**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen  
do 28. 10. 2019.**

**Předplatné na 1 rok  
pouze za 499 Kč.**



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

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

Do předmětu napište kód **ZM0919**. Předplatit si můžete  
také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte 225 985 225**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje  
a info o požadovaném předplatném  
a periodiku. Uveďte kód **ZM0919**.  
Nezapomeňte operátorce sdělit,  
zdali jste, či nejste lékař/odborný  
pracovník ve zdravotnictví.



## Bilance i nový začátek

Prázdninové měsíce vyvolávají dojem, že vše, co se dosud nepovedlo, je smazáno a od září se může začít nanovo. Alespoň si to myslí děti, které doufají, že pokud neuměly v červnu násobilku, už na to nikdo nepřijde. A většinou se pletou. I ve zdravotnictví to vypadá, že vše hladce běží, i když ještě nedávno někteří strašili, že se systém bortí. Stejně jako rodiče 31. srpna znervózní, co zapomenuté všechno brzy vyplave na povrch, i my, při přípravě zářijového čísla Zdravotnictví a medicína, jsme pocítili potřebu trochu zrekapitulovat, v jaké kondici se české zdravotnictví nachází. Oslovili jsme proto známého „trouble makera“ poslance Miroslava Kalouska, který sice nikdy zdravotnictví přímo neřídil, ale vzhledem ke svým bohatým zkušenostem v politice může nabídnout nadhled a také zdravou skepsi vůči libivým proklamacím. Díky němu jsme si pěkně zopakovali témata, o nichž je potřeba stále mluvit. Na jedné straně stále nadstandardně kvalitní péče, na druhé straně nedostatek politické odvahy reagovat na demografický vývoj. Všichni zasvěcení vnímají, že pokud se nezmění struktura financování zdravotní péče a také zdravotních zařízení, kvalita péče se bude postupně snižovat. Asi nejtěžším úkolem bude přesvědčit

většinu pacientů, že si neplatí zdravotní pojištění, ale odvádí daň, která na jejich 11 průměrných ročních návštěv u specialistů nestačí. Máme tedy definována podzimní témata a zdá se, že to nebude veselé čtení.

Přesto i my v redakci nejsme jenom ustaraní, ale nadále bychom se rádi soustředili i na oblasti, ve kterých se daří, a to i za podmínek, které třeba nejsou ideální. V aktuálním čísle jsme se proto věnovali vzácnému onemocnění – Duchennově svalové atrofii, kde se podařilo díky diagnostickým a terapeutickým možnostem prodloužit život pacientů o dvacet, třicet let.

Díky aktivitě jednotlivců sdružených v patientských organizacích jsou dnes již pacienti zváni na ministerstvo a do pojišťoven, aby se účastnili rozhodovacích procesů, což jen vypovídá o tom, že středobodem zdravotní péče je a vždycky bude pacient. Jednou z průkopnic tohoto proaktivního přístupu je zakladatelka Koalice pro zdraví Jana Petrenko, jejíž činnosti jsme věnovali v zářijovém čísle dvoustranu. Rádi vždy píšeme o úspěších českých vědců, proto jsme se dotkli i nadějných výsledků intratumorózní imunoterapie týmu vědců z Přírodovědecké fakulty Jihočeské



univerzity v Českých Budějovicích. A jsme zpátky u lidí, které mají silnou motivaci něco změnit a které práce jednoduše baví. O těch je potřeba mluvit a psát stále. Zejména těm bychom přáli, aby jejich podmínky pro práci byly co nejlepší.

Za redakci časopisu Zdravotnictví a medicína vám přeji co nejvíce optimismu i na začátku podzimu.

*Pavlína Petřichová*

šéfredaktorka

**OBSAH**

### ZAM

#### Zdravotnictví a medicína

■ O čem se mluví	2
■ Kroky k eliminaci HCV	3
■ Sebevraždy nebezpečnější než terorista	4
■ Miloslav Ludvík: Změna struktury péče bude nutná	6
■ Blýskání na lepší časy	8
■ Rozhovor: Miroslav Kalousek	10

■ Zdravotní pojišťovna a kdo je víc	14
■ Nové paradigma nádorové imunoterapie	18
■ Vědci z 1. LF UK a VFN přišli s novou diagnostickou metodou	20
■ Miliarda korun pro Masarykovu univerzitu z EU	21
■ V ČR se narodilo první dítě z transplantované dělohy	22
■ Migréna a nová šance na její profylaxi	24
■ Krvácení jako skupinový nežádoucí účinek antikoagulace	26

■ Léčebna Bukovany: Tady léčí vzduch	28
■ Sněmovna schválila novelu zákona o léčivech...	31
■ O zaměstnance je třeba bojovat	34
■ Spletitá historie Stanfordovy univerzity	36
■ Představujeme patientské organizace: Koalice pro zdraví	38
■ Zprávy z regionů	40
■ Události	42
■ Přečtete si	44
■ Personálie	46
■ Nabídka práce	46



# Vzkvétá, nebo nekvétá?

Ministerstvo zdravotnictví 9. září oficiálně ukončilo práci na úhradové vyhlášce. Úhradová vyhláška pro rok 2020 vychází z odhadovaného růstu příjmů celého systému zdravotního pojištění, jež mají dosahovat výše 350 miliard korun. Na zdravotní péči by měly zdravotní pojišťovny v příštím roce vydat celkem 335 miliard korun, což je o 24 miliard korun navíc. „Zástupci všech segmentů strávili nespočet hodin při jednání s pojišťovnami. Nikdo není zcela spokojen, ale snažíme se jít skrze dohody a kompromisy,“ řekl k tomu ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Ministr opět odmítl zasahovat do dohodovacího řízení a nevyhovět tak požadavkům odborů, které požadovaly uvolnění dalších 25 miliard z rezerv pojišťoven nad rámec dohodovacího řízení (diskuzi na toto téma jsme přinesli v minulém čísle časopisu Zdravotnictví a medicína). Podle šéfa Svazu zdravotních pojišťoven Ladislava Friedricha jde vyhláška až na hranu možného a dodává, že v příštím roce nepředpokládá žádné další vytváření rezerv.

Odbory se spolu s Asociací českých a moravských nemocnic, Charitou ČR, Asociací domácí péče a dalšími organizacemi včetně ČLK sdružily do tzv. krizového štábu „9 proti kolapsu zdravotnictví“, který varuje, že pokud se příjmy zdravotnictví dlouhodobě nedostanou na hranici 9 %

HDP, hrozí zhoršení úrovně poskytované péče. Upozorňuje ovšem také na následující: „V ČR je 5,5 milionu státních pojištěnců. Zdravotní pojištění za ně platí stát. Zatímco člověk, který nemá příjem, musí měsíčně odvádět 1803 Kč, stát za pojištěnce do zdravotnictví odvádí pouze 1018 Kč a ti přitom spotřebovávají největší část pojištění. Finanční prostředky zdravotnictví chybí, 4,5 milionu výdělečně činných obyvatel musí zajistit většinu financí na zdravotní péči pro 10 milionů obyvatel.“

Štáb zahájil kampaň, v jejímž rámci chce navštívit všechny kraje „Chceme ukázat reálný stav českého zdravotnictví. Nevzkvétá, jak nám tvrdí politici, ale začíná kolabovat. Pacienti jsou v ohrožení. V každé nemocnici, kterou navštívíme, bude jasně vidět, kde jsou systémové chyby a na co by peníze měly jít,“ řekl předseda LOK-SČL Martin Engel.

Odbory se nakonec sešly i s premiérem Andrejem Babišem. Ten přislíbil cílené využití dalších 6 miliard na úhrady tam, kde hrozí problém s dostupností. Podle předsedkyně odborového svazu Dagmar Žitníkové však stále chybí například asi 600 milionů pro domácí péči a 300 milionů pro sestry v sociálních službách. Podle tzv. krizového štábu nadále hrozí zhoršení dostupnosti a kvality péče i personální situace ve zdravotnictví.

Aluzi na Václava Havla a parafrázi o tom, že naše zdravotnictví nekvétá,

pronesl na schůzi poslaneckého výboru pro zdravotnictví i prezident všech lékařů v ČLK Milan Kubek. Jeho názor však nesdílí čelní představitel ČLS JEP. „Ministr neustupuje politickým tlakům – personální stav zdravotnictví je způsoben mimo jiné i tím, že se v minulosti těmto tlakům ustupovalo,“ míní například předseda Společnosti praktických lékařů.

Optimisticky vnímají stav českého zdravotnictví jeho kvalitu a výhled na jeho vývoj i další předsedové lékařských společností, jak vyplývá z tiskové konference ČLS JEP konané 13.9. Předseda celé „Purkyňky“ uznává, že v současné záplavě stanovisek, otevřených dopisů a výzev různých profesních sdružení musí být pro laika obtížné se vyznat: „Situace je složitá,“ soudí Štěpán Svačina.

Inspirativní je proto asi poslední z oněch otevřených dopisů, tentokrát z pera spolku Mladých lékařů: „Vyzýváme MZČR, ČLK, odbory, KSL, SPL i SSG ČR opustit již téma dohodovacího řízení na rok 2020, a stejně tak opustit aktuální mediální eskalaci napětí a manipulace veřejnosti. Napětí, jež se eskalovalo a potencuje každým dalším mediálním vystoupením, již nepřináší do debaty nic nového a nenabízí žádné řešení. Tento přístup ukazuje na rozhádanost zdravotníků a neschopnost nabídnout výhled na lepší péči. Prosíme kolegy o konstruktivní dialog uvnitř zdravotnické obce, nikoliv o další emoční mediální kampaň.“

## Stěžujte si na pojišťovny (u ministra)

Dostupnost, respektive nedostupnost péče v mnohých oblastech v České republice rezonuje nejen v průběhu dohadování financí pro zdravotnický systém. Ministerstvo zdravotnictví proto provedlo revizi toho, jakým způsobem pojišťovny kontrolují zajištění místní a časové dostupnosti pro své pojištěnce. „Někdy není úplně zřejmé, kdo je zodpovědný za dostupnost – ze zákona jsou to pojišťovny,“ míní ministr zdravotnictví Adam Vojtěch a dodává, že parametry dostupnosti definuje vládní nařízení, které udává dojezdovou dostupnost nebo maximální čekací lhůtu.

Podle ministra revize zjistila, že vládní nařízení je srozumitelné na úrovni jednotlivého pojištěnce, ale na systémové úrovni neposkytuje jednoznačný návod, jakou smluvní síť mají pojišťovny budovat.

„Nařízení definuje dojezdovou povinnost, ale neřekne, kde dostupnost není dostatečná,“ vysvětluje ministr.

Pojišťovnám navíc chybí nástroje ke zjištění prodlevy mezi indikací a nasazením léčby. „Že se čekací lhůty prodlužují, to všichni víme, ale pojišťovny k tomu nemají data,“ soudí Adam Vojtěch.

Ministerstvo proto chystá opatření, na jehož základě budou pojišťovny dostávat elektronicky vyrozumění o vystavení žádanky na vyšetření. Díky tomu by měly mít přesné údaje o čekacích lhůtách

Podle ministerstva jsou dnes jedinou evidencí nedostupnosti péče stížnosti. Jak však ukazuje srovnání dat z jednotlivých pojišťoven, metodologie sběru a definice stížnosti se v jednotlivých pojišťovnách liší – výpovědní hodnota dat je proto

minimální. Například VZP udává za minulý rok 964 stížností, OZP 1502 a ZPMV 1 „oprávněnou stížnost“ – ovšem za poslední tři roky.

Ministerstvo proto připravilo jednotný formulář na stránkách [www.nedostupnapece.mzcr.cz](http://www.nedostupnapece.mzcr.cz). Na těchto stránkách si může pacient nechat vygenerovat stížnost, která bude odeslána na zdravotní pojišťovnu i na ministerstvo.

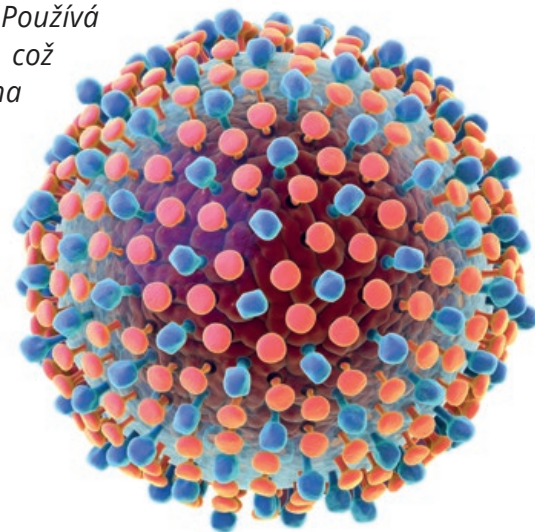
K obecnému nárůstu stížností, které některé pojišťovny zaznamenaly, lze přistupovat různě. Ředitel VZP Zdeněk Kabátek tento nárůst vnímá pozitivně: „Pacienti konečně zjišťují, že partnerem pro řešení problémů je pro ně pojišťovna. To, že se na nás obrací, je důkazem vzrůstající důvěry.“

Mgr. Lukáš Malý



# Kroky k eliminaci HCV

*Léčba hepatitidy C (HCV) se v posledních několika letech zásadně změnila. Používá se bezinterferonová léčba, která je účinná u 95 procent nakažených, což je o 20–40 procent více než u dosavadní a již zastaralé léčby založené na pegylovaném interferonu. Tématem předprázdninové tiskové konference v poslanecké sněmovně byla příprava národní strategie pro léčbu HCV a také úspěšnost léčby HCV mezi odsouzenými, kteří patří spolu s uživateli drog k nejrizikovějším skupinám z hlediska přenosu infekce. V současnosti tímto onemocněním trpí až třetina odsouzených.*



Předsedkyně poslaneckého výboru pro zdravotnictví prof. Věra Adámková připomněla, že Česká republika si stejně jako ostatní členské státy Evropské unie v souladu s doporučením Světové zdravotnické organizace klade za cíl HCV do roku 2030 eliminovat. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti v současnosti jedná s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami o schválení národního akčního plánu na vymýcení HCV u uživatelů drog.

HCV byla dlouho vnímána pouze jako onemocnění jater. V současnosti se považuje za multisystémové onemocnění, které vede k rozvoji autoimunitních poruch a nádorovým onemocněním. Léčba následných komplikací tohoto onemocnění vede k nejistým výsledkům a je navíc velmi nákladná.



V České republice je hepatitida C každoročně diagnostikována u zhruba 1000 lidí. Podle informací ÚZIS počet pacientů v čase narůstá jak z pohledu

incidence, tak prevalence. V roce 2018 byla prevalence pacientů sledovaných pro tuto diagnózu 10 776.

HCV se dvacet let léčila standardně podáním interferonu s ribavirinem. Interferonová léčba měla velmi vážné nežádoucí účinky: horečky, únavu, bolesti a nevolnosti, aniž by pacienti měli jistotu, že se virus podaří odstranit. Od roku 2011 je však k dispozici moderní bezinterferonová léčba přímo působícími antivirotyky podávaná pouze orálně. Jejím primárním cílem je zcela odstranit infekci z organismu. Testy po 12 týdnech od skončení antivirové léčby toto potvrzují. Účinnost terapie je 95 procent a nemá prakticky žádné kontraindikace ani nežádoucí účinky. Musí být však zahájena včas.

Nejvíce ohroženou částí populace jsou uživatelé drog. Dále jsou to pacienti s HIV, hemodializovaní pacienti a migranti a osoby ve výkonu trestu. Léčba vězňů s HCV je podle **MUDr. Vratislava Řeháka** z Centra pro léčbu virových hepatitid zdravotnického zařízení Remedis vysoce efektivní.

„Nemocní, což je asi třetina z celkového počtu 25 tisíc vězňů, jsou na určitou dobu soustředěni na jednom místě a umíme je v podstatě všechny vyléčit. Je to dáno i tím, že v drtivé většině jde o mladé lidi mezi dvaceti a čtyřiceti lety, kdy je intervence nejúčinnější. Ze studií totiž víme, že pět procent pacientů, u kterých léčba selže, jsou obvykle ve starším věku a byli léčeni opakovaně,“ říká MUDr. Řehák, jehož zařízení je jedním z poskytovatelů, které léčí vězně s hepatitidou C dlouhodobě. Výhodou je také podle Vratislava Řeháka fakt, že pouze minimum vězňů odmítne léčbu. „Pokud tak dříve činili, bylo to proto, že nechtěli interferonovou léčbu, se kterou mají zkušenost a o které vědí, že je pro organismus velmi zatěžující. Ve chvíli, kdy

nabídneme dvou až tříměsíční moderní bezproblémovou léčbu, většina nemocných s ní souhlasí.“

Přestože bezinterferonová terapie představuje finančně nákladnou léčbu, podařilo se v České republice prosadit její úhradu mimo jiné i proto, že je nákladově efektivnější než dosavadní léčba interferonem. V loňském roce za ni pojišťovny zaplatily podle ÚZIS téměř 882 milionů korun.

Základem úspěšného vymýcení choroby je však včasné odhalení nemoci, proto hepatologové vyzývají k součinnosti praktické lékaře i lékaře jiných odborností ve snaze o identifikaci všech infikovaných.

Mgr. Pavlína Perlíková,

foto: archiv Vratislava Řeháka

## Hepatitida C

Infekční onemocnění jater, které způsobuje závažné komplikace, jako jsou fibróza, cirhóza, hepatocelulární karcinom. HCV je nejčastější příčinou vysokého počtu transplantací jater, zákroku vyžadujícího nákladnou následnou péči. Důsledná léčba HCV by v budoucnu náklady na tuto péči omezila.

HCV vede často k předčasnému úmrtí. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že tímto onemocněním je celosvětově nakaženo 130 milionů nemocných a každý rok na jeho následky umírá přes 350 tisíc lidí.

# Sebevraždy nebezpečnější než terorista

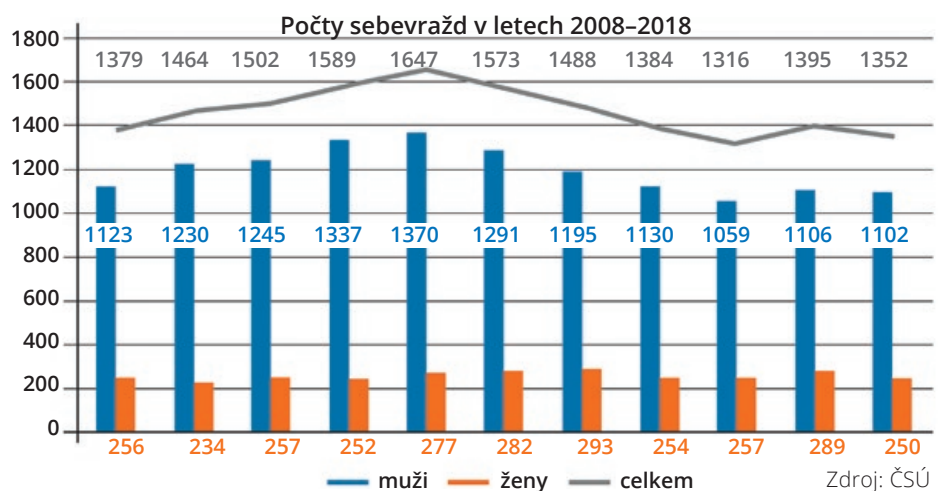
Na celém světě se vlastní rukou zabije ročně víc lidí, než kolik jich zahyne ve válce nebo vinou teroristů. Problém se nevyhýbá ani České republice, kde se denně zasebevraždí v průměru čtyři lidé. Při příležitosti Světového dne prevence sebevražd, který připadá na 10. 9., nastínil Národní ústav duševního zdraví spolu s ministerstvem zdravotnictví aktuální situaci v ČR a také plán, jak tuto situaci zlepšit.

Podle ředitele české pobočky Světové zdravotnické organizace (WHO) Srđana Matice byla dosud problematika sebevražd v ČR zanedbávána. „Sebevraždám lze předcházet. Především lékaři by měli být schopni rozeznávat rizikové příznaky, které sebevraždám předcházejí, a měli by mít nástroje, jak sebevraždám zabránit.“

Účinnou prevenci by nyní měl podpořit Národní akční plán prevence sebevražd 2019–2030, který připravilo ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s WHO a s Národním ústavem duševního zdraví NÚDZ). Strategický dokument mapuje epidemiologii suicidálního chování, upozorňuje na rizikové faktory a v souladu s doporučeními WHO představuje klíčové body prevence. Akční plán je součástí širšího kontextu reformy psychiatrické péče, která se zaměřuje na dostupnost péče, komunitní péči, léčbu v domácím prostředí, kvalitu života a podobně. „Víme, že kde byly implementovány takovéto systematické reformy, které se dotýkají skupiny obyvatel se zvýšeným rizikem suicidálního chování, tam se sebevražděnost snížila,“ říká Petr Winkler z NUDZ, člen výkonného výboru pro reformu psychiatrické péče.

## Nejohroženější jsou muži starší 75 let

V posledních deseti letech zůstává četnost sebevražd v České republice stabilní, v evropském srovnání však na spíše nadprůměrné úrovni. Podle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) se u nás ročně zasebevraždí celkem 1352 lidí (údaje za rok 2018). Ve skupině ve věku 15–29 je v České republice sebevražda druhou nejčastější příčinou úmrtí hned po nehodách na silnicích. U dívek jsou sebevraždy v tomto ohledu na druhém místě i v rozmezí 15–18 let.



Nejohroženější jsou muži starší 75 let a obecně muži páchají sebevraždy čtyřikrát častěji než ženy (viz graf ČSÚ). Na jednu dokonanou sebevraždou připadá 10–20 sebevražd nedokonaných.

Údaje jsou podle Petra Winklera nutně neúplné, protože následné hospitalizace jsou často reportovány jako nehody nebo úrazy, a sběr dat bude třeba zlepšit. Studie CZEMS (Winkler a kol.) předpokládá, že u 3,1 % české populace existuje nízké, u 0,2 % střední a u 0,5 % vysoké riziko sebevraždy. Zhruba 50 % těchto ohrožených lidí nevyhledá odbornou pomoc.

## V Británii pomohla regulace dostupnosti paracetamolu

K nejdůležitějším strategickým cílům patří zavedení preventivní intervence, dostupnost péče pro ohrožené skupiny, analýza výdaje léků s ohledem na jejich zneužívání a analýza dostupnosti dalších prostředků, identifikace „hot-spotů“ – míst, kde často dochází k pokusům, zajištění bezpečnosti v různých institucích jako jsou vězení nebo psychiatrické nemocnice, zodpovědná mediální praxe. „Tak jako u nás pomohly zábrany na Nuselském mostě, tak třeba ve Velké

Británii pomohla regulace dostupnosti paracetamolu. Ve Vídni zase klesl počet sebevražd v metru, když o těchto incidentech zakázaly úřady informovat,“ dodává Winkler s tím, že sebevražděné chování má svá kulturní specifika, takže nelze jednoduše zkopírovat postupy ze zahraničí.“

Mezi další cíle akčního plánu patří také osvěta, a to nejen osvěta veřejnosti, ale i zdravotnických profesionálů. Edukace lékařů primární péče by měla pomoci zachytit ohrožené jedince na základě konkrétních symptomů.

Místopředseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP Martin Anders vznik Národního akčního plánu podporuje. „Vnímám to jako velký dluh naší společnosti – mnoho let jsme na toto téma zapomínali. Myslím, že jde o nedílnou součást reformy psychiatrické péče. Napřích všemi psychiatrickými diagnózami se tento fenomén objevuje a 90 % sebevražd je způsobeno přítomností nějaké duševní choroby. Máme z klinických studií informace, že když se nám podaří edukovat lékaře, lze snížit riziko sebevražd téměř na nulu,“ zdůrazňuje Martin Anders.

Mgr. Lukáš Malý







## PORADNA

Všeobecné zdravotní  
pojišťovny ČR

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

# Úskalí v navrhování a schvalování lázeňské léčebně rehabilitační péče

Lázeňskou léčebně rehabilitační péči vymezuje zákonný rámec, daný přílohou č. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Podmínky jsou doplněny vyhláškou MZ ČR č. 2/2015 Sb.

Péče musí být vždy doporučena ošetřujícím lékařem a realizována na základě návrhu, vystaveného registrujícím praktickým lékařem a potvrzeného revizním lékařem pojišťovny. Je poskytována výhradně jako následná lůžková péče ve zdravotnických zařízeních v místě výskytu přírodního léčivého zdroje nebo na území s příznivými klimatickými podmínkami k léčení.

Z hlediska úhrady můžeme lázeňskou péči rozdělit na komplexní a příspěvkovou.

**Komplexní péče:** zdravotní pojišťovna hradí náklady na léčení, ubytování a stravování ve standardní úrovni, nasmlouvané s poskytovateli.

**Příspěvková péče:** v tomto případě hradí zdravotní pojišťovna pouze vyšetření a léčení. Hotelové služby, tedy ubytování a stravu, si pacient platí sám. Výši výloh může ovlivnit volbou lázeňského místa, domu, i termínu nástupu, který si sám zvolí (do 6 měsíců od data vystavení návrhu).

Lhůty pro nástup u jednotlivých indikací jsou dány výše uvedenou platnou legislativou. Pokud dojde k jejich překročení, pojištěnec nemůže lázeňskou péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění čerpat. Revizní lékař není oprávněn prodloužit zákonem stanovený termín nástupu.

Dopravu do nejbližšího lázeňského zařízení poskytujícího péči v dané indikaci a zpět hradí pojišťovna pouze tehdy, když zdravotní stav pacienta podle vyjádření indikujícího ošetřujícího lékaře neumožňuje dopravu běžným způsobem.



MUDr. Michael Urban,  
revizní lékař RP Plzeň

Pobyt průvodce je hrazen v případě nutnosti celodenní přítomnosti průvodce vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce nebo k nutnosti zaškolení průvodce v ošetřování a léčebné rehabilitaci doprovázeného pojištěnce. U pojištěnců starších šesti let je hrazen pouze po schválení revizním lékařem.

### Nejčastější konkrétní problémy u vybraných indikačních skupin:

- II/3 Hypertenzní nemoc – komplexní léčba je možná jen při prvním pobytu a hypertenzi III. st. s komplikacemi. Při dalších pobytech je možná pouze péče příspěvková.

- VI/2 Polyneuropatie s paretickými projevy – nutno doložit svalový test s číselnými hodnotami svalového testu, nikoliv pouze slovní popis, dále i EMG.

- VI/3 Kořenové syndromy s iritačně-zánikovým syndromem – nutno dodržet termín nástupu do lázní do 3 měsíců v přímé návaznosti na ukončení hospitalizace. Schválení je dále podmíněno soustavnou ambulant 6 týdnů. Současně musí být vyloučena indikace k neuro- či spondylochirurgickému zákroku a tato skutečnost musí být doložena.

- VII/7 Koxartroza, gonartroza – pro opakovaný pobyt je nutno včas upozornit klienty s obezitou, že musí zhubnout dle daných hodnot BMI ve vyhlášce MZ ČR č. 2/2015 Sb.

- VII/9 Chronický vertebrogenní algický syndrom funkčního původu v soustavné ambulantní rehabilitační péči – velmi ojediněle jsou potíže pojištěnců pouze funkčního původu bez složky degenerativní, která zde přímo vylučuje možnost schválení.

- VII/10 Stavby po ortopedických operacích s použitím kloubní náhrady – nutno dodržet termín nástupu do lázní do 3 měsíců po úrazu nebo operaci, v případě pooperačních komplikací do 6 měsíců po operaci.

- VII/11 Stavby po úrazech pohybového ústrojí a po ortopedických operacích – nutno dodržet termín nástupu nejpozději do 6 měsíců po úrazu nebo operaci, v případě pooperačních komplikací do 12 měsíců po operaci.

Závěrem tedy doporučujeme doručit lázeňské návrhy na pracoviště VZP ČR včas, aby mohly být odstraněny případné nedostatky žádosti a pojištěnec mohl čerpat lázeňskou péči v souladu s platnou legislativou.

# Miloslav Ludvík: Změna struktury péče bude nutná

*Rozhovor s ředitelem FN v Motole Miloslavem Ludvíkem jsme vedli v návaznosti na seminář o hodnocení kvality, který v červenci pořádal poslanecký výbor pro zdravotnictví pod vedením Věry Adámkové, jehož se ředitel motolské nemocnice také zúčastnil.*

Většina mluvčích se shodla na tom, že data zveřejňovaných žebříčků nejsou vždy správně interpretována a pacienti spíše matou. Pro určování kvality je třeba srovnávat srovnatelné a mít k dispozici reprezentativní zdrojová data a nezávislé hodnocení založené na recenzovaných statistikách. Cílem připravovaného systému hodnocení kvality není usvědčit nemocnice z nekvality, ale poskytnout jim zpětnou vazbu, a plátcům zprostředkovat podklady pro nastavení efektivní platby za péči. Seminář se neobešel bez debaty o kvalitě samotné i o dostupnosti péče a nastavení standardů zdravotní péče. Účastníci často připomínali, že zdravotní péče v Česku je kvalitní, nicméně neúměrně drahá vzhledem k tomu, jak je financována. Bez změny struktury péče a jejího financování se v příštích letech české zdravotnictví neobejde.

**Debaty o kvalitě nemocnic jsou většinou vedené z pohledu pacienta a jeho bezpečnosti. Jak se na kvalitu díváte vy jako ředitel velké nemocnice?**

Snažím si zachovat lidský pohled. Kvalita se opírá o dvě nohy: peníze a lidi, kteří v té nemocnici pracují. Usiluji v motolské nemocnici o co nejkvalitnější medicínu, jakou představují elektivní zákroky typu transplantace plic nebo dělohy, kterou v tuto chvíli dělají kromě Motoly jen ve Švédsku, Brazílii a americkém Texasu. Ale zbývá ještě celý široký záběr medicíny, již by měli dělat nejlepší lidi v republice. Ten ideál, k němuž jako ředitel směřujete, konfrontujete s tím, že ho musíte také zaplatit a vytvořit pro zaměstnance optimální pracovní podmínky a příjemné prostředí, k čemuž musíte mít adekvátní příjmy. Což v českých podmínkách jde dost obtížně zaručit.

**Český pacient si pod pojmem kvalitní zdravotnictví představí dostupnou péči. Ale například superspecializovaná péče přece nemůže být v každém okresním městě.**



Ano, lidé si přejí nemocnici za rohem a jednolůžkový pokoj, což je utopie. Ústecký kraj například v Ústí nad Labem podporuje výstavbu pavilonu kardiochirurgie, která bude usilovat o statut komplexního kardiovaskulárního centra. Nejenže takový projekt stojí stovky milionů korun, ale pochybuji také o jeho personálním zajištění. Aby tým

mohl být špičkový, musel by mít podobně jako v hokeji mezi sebou vždy jednoho Jágra. A to určitě nemá. O tom, jestli potřebujeme v daném kraji nemocnici, musí zodpovědně rozhodovat krajské reprezentace, ale vzhledem k různým vlivům a tlakům to nemají lehké. Rozhodně tedy neplatí, čím dostupnější, tím kvalitnější.



Dostupnost péče je dána vládni vyhláškou a jde o to péči lépe rozvrstvit. Struktura je jasná. Kromě 15 krajských nemocnic by měly existovat po všech stránkách kvalitní okresní nemocnice, zajišťující péči v základních oborech: interní medicíně, chirurgii, gynekologii a pediatrii. V nejbližší době by se mezi ně měl zařadit pátý obor – geriatric, kterou bude brzy potřebovat tři miliony lidí. Další stupeň péče představují polikliniky a praktičtí lékaři. Péči završují dvě národní centra a pak specializovaná pracoviště typu IKEM a Masarykova onkologického ústavu.

#### Na semináři poslaneckého výboru pro zdravotnictví účastníci zpochybňovali různé žebříčky hodnotící kvalitu. Měli by s nimi být pacienti vůbec seznamováni?

I kdybyste sestavila jeden skutečně validní žebříček, dojde na to, že všichni pacienti budou chtít do nemocnice číslo jedna. A při svobodné volbě zdravotnického zařízení se žadatelé budou velmi obtížně odmítat, i když daná nemocnice, jako například tady v Motole, bude prskat ve švech. Spíše by měly být nastaveny standardy kvality, které

nemocnice musí bezpodmínečně splňovat, což je úkol hlavně pro odborné společnosti. Dobře mají standardy vytvořeny například kardiologické a také onkologové. Pro pacienta ale bude vždy nejdůležitější první dojem. Jak se k němu chovají a jak se mu líbí prostředí. Což je stejné v nemocnici jako v hotelu nebo v bance.

#### Jaké máte nastavena interní kritéria kvality?

Máme samostatné oddělení řízení kvality, protože jednou za čtyři roky musíme obhájit certifikát kvality Spojené akreditační komise, která sleduje splnění 89 standardů a 7 ukazatelů bezpečné péče stanovených ministerstvem zdravotnictví. Tyto standardy se týkají všech činností v nemocnici. Komisař uplatňuje metodu „stopař“, kdy si vytipuje pacienta a spolu s ním prochází nemocnicí, účastní se rozhovorů pacienta s personálem nemocnice, sleduje zdravotnickou dokumentaci. Ta se u nás kontroluje pravidelně a pečlivě, takže žebříček kvality z jednotlivých oddělení není těžké sestavit.

Systém akreditace se proměnil. Dříve všichni preferovali americký certifikát

JCI (Joint Commission International), což je ale velmi nákladná akreditace. Naše nemocnice má 6000 zaměstnanců, z toho téměř 5000 zdravotníků, 1000 lidí obslužného týmu. Abychom zaručili kvalitu podle JCI, museli bychom mít pětkrát více lidí v podpůrných profesích, což je v českých podmínkách nereálné. Nemůžeme srovnávat kritéria amerického a českého zdravotnictví, kde je úplně jiný systém financování zdravotní péče. U nás se dodnes kvalita vnímá jako samozřejmost a neplatí se za ní. V systému hodnocení kvality mi chybí komplexní pohled na pacienta. U nás by měly pojišťovny tlačit na zdravotnická zařízení, sledovat dobu hospitalizace a také se více zajímat o to, v jakém stavu jsou pacienti propouštěni. Měly by sledovat, jestli další měsíc nemarodí doma a neobchází další specialisty, aby ho dali dohromady. To samé platí pro ambulantní specialisty, kteří k nám posílají pacienty, jež by měli ošetřit sami.

Mgr. Pavlína Perlíková

foto: archiv FN Motol



Inzerce ▼ M19100094



Radost z jízdy

LIMITOVANÁ  
NABÍDKA BMW X5

**BMW X5 30d NYNÍ POUZE ZA 1.350.000 Kč BEZ DPH**

Více informací získáte na e-mailu [lekarum@renocar.cz](mailto:lekarum@renocar.cz) nebo na telefonu 548 141 599.

**RENOCAR Brno-Slatina**  
Řípská 5c, 627 00 Brno-Slatina  
+420 548 141 548, [info@renocar.cz](mailto:info@renocar.cz)  
[www.renocar.cz](http://www.renocar.cz)

**RENOCAR Praha-Čestlice**  
Lipová 280, 251 01 Praha-Čestlice  
+420 261 393 600, [info@renocar.cz](mailto:info@renocar.cz)  
[www.renocar.cz](http://www.renocar.cz)

**RENOCAR Praha – Kongresové centrum**  
5. května 1640/65, 140 00 Praha 4 – Nusle  
+420 261 393 690, [bmwp Praha@renocar.cz](mailto:bmwp Praha@renocar.cz)  
[www.renocar.cz](http://www.renocar.cz)

# Blýskání na lepší časy

7. září byl mezinárodní Světový den Duchennovy svalové dystrofie. Pacientská organizace Parent Project spolu s lékaři při této příležitosti připomněla některá základní fakta a nastínila, jaká je současná úroveň péče o pacienty s touto vzácnou nemocí.

Duchennova svalová dystrofie, kterou trpí pouze chlapci a muži, patří mezi nejčastější neuromuskulární onemocnění diagnostikované v dětském věku. V ČR je zhruba 300–500 pacientů. Příčinou nemoci je genová mutace, která způsobuje, že u nemocných chybí dystrofin, bílkovina nezbytná pro fungování svalů. Součástí klinického obrazu je svalová slabost, která progreduje ke ztrátě schopnosti chůze a pohybu. Následně vznikají další zdravotní komplikace, dýchací i kardiální potíže, které jsou také často příčinou úmrtí. Dříve se pacienti dožívali 20–30 dnes mají šanci na dožití 40–50 let. Onemocnění je nevyléčitelné. „Podstatná na těchto onemocněních je skutečnost, že intelekt pacientů je zcela normální. Pacienti si tak svůj hendikep plně uvědomují a vědí, co je čeká. Psychicky je to náročné nejen pro ně, ale pro celou rodinu,“ míní Jana Haberlová z kliniky dětské neurologie při motolské nemocnici.

Léčba Duchennovy svalové dystrofie dnes zůstává především symptomatická. Důležité jsou i různé zdravotnické prostředky. S pojišťovnami se například podařilo v nedávné minulosti dohodnout úhrady za tzv. kašlacího asistenta, který pacientům pomáhá odsávat hlenu z dýchacích cest.

Diagnostické a terapeutické možnosti se však rozšiřují. „Máme možnosti inovativní léčby – genové terapie. Určité procento pacientů už má možnost léčby modifikující DNA. V klinickém výzkumu se dokonce zkouší léčba genová,“ naznačuje MUDr. Haberlová směr vývoje v léčbě svalové dystrofie a dodává, že se snad blýská se na lepší časy.

Kromě neurologů se do péče o pacienty zapojují pediatři, pneumologové, ortopedi a lékaři dalších oborů, proto je žádoucí pacienty centralizovat na specializovaných multioborových pracovištích. Jedno takové je právě v motolské nemocnici, kde působí Jana Haberlová. Mezinárodně akreditované pracoviště ERN pro vzácná neuromuskulární onemocnění dětí funguje v Motole už pět let. Další obdobné pracoviště s mezinárodní akreditací funguje ve FN Brno.

Ministerstvo se podle Adama Vojtěcha snaží těmto nemocem věnovat. Přípravovaná



Jan Vaněk se svým asistenčním psem – fenkou Naty

novela o zdravotním pojištění by dle jeho slov měla řešit vstup inovativních léčiv na trh: „Dnes lze tyto léky hradit pouze skrze paragraf 16. Jedna třetina všech žádostí o mimořádnou úhradu se týká právě vzácných onemocnění. V budoucnu by se měla zohledňovat i tzv. měkká kritéria, nejen nákladová efektivita, přes jejíž kritéria by jinak tato léčiva neprošla. Vznikne orgán, kde budou všichni „stakeholderi“ posuzovat reálný přínos pro pacienta.“ Podle místopředsedy České asociace pro vzácná onemocnění a místopředsedy organizace Parent Project Reného Břečtana představuje část v novele věnovaná inovativním lékům úspěšný kompromis.

Od ledna roku 2020 by se měl také rozběhnout projekt, v rámci něhož vzniknou čtyři mezinárodně akreditovaná centra pro (všechna) vzácná onemocnění. „Počítáme s tím, že pojišťovny budou těmto pracovištím hradit péči nad rámec paušálu pomocí bonifikace – dispensárního kódu. „Zapojena bude právě i klinika dětské neurologie doktorky Haberlové ve FN v Motole,“ říká Adam Vojtěch.

René Břečtan oceňuje, že může být součástí týmu, který působí na ministerstvu, ale byl by rád, kdyby rozvoj zmíněných center probíhal rychleji. „Respektujeme, že je třeba nastavit systém. Finanční nastavení je ale pouze základ. Pro nás je důležité, aby centra poskytovala péči všem pacientům s Duchennem. V současné době se bavíme o Praze a Brně, kde si musí rozdělit pacienty s Duchennem z celé republiky. Důležitá bude koordinace s ostatními pracovišti v regionech. I když se za deset let podařilo udělat mnoho práce a třeba v Motole máme špičkové pracoviště, přetrvávají rozdíly v péči mezi regiony. Budeme se zasazovat o rovný přístup k pacientům.“

Velkým problémem je podle Břečtana úroveň péče o *dospělé* pacienty s Duchennovou svalovou dystrofií. „Vývoj jde v této oblasti pomalu a péče je stále nedostatečná. Jsem ale optimista a věřím, že se nám podaří to, co se nám daří v péči o dětské pacienty.“

Mgr. Lukáš Malý

Foto: Parent Project





Představujeme publikaci

# Postpartální hemoragie



Primární poporodní hemoragie je v současné době hlavní příčinou mateřských úmrtí v globálním měřítku a významným faktorem závažné mateřské morbidity. Prevence, včasná diagnóza a efektivní léčba jsou hlavními předpoklady minimalizace negativního dopadu této závažné porodní komplikace na obecné i reprodukční zdraví žen. Profesionální management kritického poporodního krvácení vyžaduje dobré teoretické znalosti všech zúčastněných zdravotníků i efektivní organizaci práce na porodním sále. Motivací vzniku monografie o klinických aspektech postpartální hemoragie je snaha zlepšit povědomí o této trvalé hrozbě a zdokonalit organizaci péče o krvácející ženu po porodu, a to s využitím vlastních klinických zkušeností. Kniha reflektuje vývoj terapeutických metod poporodního krvácení a obsahuje bohatý autentický klinický materiál. Publikace je určena lékařům oboru gynekologie a porodnictví, anesteziologie a intenzivní medicíny, hematologie, chirurgie či studentům lékařství a porodní asistence.

**Autoři: Jaroslav Feyereisl, Ladislav Krofta, Petr Křepelka**

**Doporučená cena 528 Kč**

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

**MEDICAL SERVICES**

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

**mf**  
MLADÁ FRONTA

„Lidé, kteří jsou nespokojeni, by si měli vyzkoušet léčbu třeba v Anglii.“

Miroslav Kalousek





*Enfant terrible české politické scény Miroslav Kalousek při rozhovoru stále zdůrazňoval, že není odborník na zdravotnictví, že může nabídnout pouze ekonomický pohled a zdravý selský rozum. A také třicetileté zkušenosti z vrcholné politiky, které přináší nadhled, ale také skepsi, díky níž dokáže dobře rozeznat marketing od promyšlených reformních kroků, které sahají dále než na hranici jednoho volebního období. Společně s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem se kdysi pokusili o zásadní zdravotnickou reformu, kterou příští vlády smetly ze stolu. Přesto je stále přesvědčen, že se české zdravotnictví nehne ode dna, dokud budou mít všichni nárok na všechno a jen minimální zodpovědnost.*

**Když se ohlédneme za zdravotnickou reformou, o kterou v letech 2010–2013 usiloval tehdejší ministr zdravotnictví Leoš Heger, podařilo se něco prosadit? Co přežilo a nepřežilo?**

Za nejdůležitější považuji rozsáhlou rekonstrukci Zákona o péči o zdraví lidu (20/1966 Sb.) na tři zákony – Zákon o zdravotních službách, Zákon o specifických zdravotních službách a Zákon o zdravotnické záchranné službě. Od té doby máme moderní zdravotnickou legislativu, kde jsou poprvé zakotvena i práva pacientů – práva na informace, druhý názor lékaře apod. – včetně způsobu, jak se personál má k pacientům chovat. To nám přežilo.

Významnější ovšem byly změny v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Byl jsem vždy přesvědčen, že je nutné najít jasný a transparentní způsob, jak posilovat systém zdravotního pojištění nejen prostřednictvím povinných, ale i soukromých zdrojů, protože bez nich se dlouhodobě neobejdeme. Proto jsme se pokusili zavést základní a ekonomicky náročnější variantu – tzv. nadstandard, který bohužel vinou Ústavního soudu nepřežil s odkazem na to, že nadstandardní péče nemůže být ve vyhlášce, ale musí být v zákoně. Jakkoliv je třeba respektovat nálezy Ústavního soudu, nemyslím si, že jeho pohled byl tehdy správný, protože zákon č. 48/1997 Sb. stanovil podmínky, kdy ekonomicky náročnější léčbu nabízet.

Šlo z naší strany o první pokus nikoho neošidit o jeho nárok pramenící z veřejného zdravotního pojištění. A současně šlo o snahu umožnit připlatit si za ekonomicky luxusnější variantu se stejným výsledkem, ale s větším komfortem. Rád říkám, že když pojedou ze sněmovny domů na Vinohrady, můžu za 24 korun sednout na dvaadvacítku, která mě

tam bezpečně doveze, nebo si můžu za 200 korun vzít taxíka a ten mě tam bezpečně doveze taky. Nikdo není ohrožen tím, že by se nedostal domů, ale má možnost volby.

**A co se podařilo v oblasti zdravotního pojištění?**

Tam například přežilo zavedení nároku pacienta na časovou a místní dostupnost zdravotních služeb hrazených zdravotními pojišťovnami. Stále však není definováno, na co máte jako pacient nárok. V Ústavě je sice psáno, že máte nárok na bezplatnou zdravotní péči vyhrazenou zákonem, ale vymezení rozsahu neexistuje. Bez definice nároku zákonem nikdy nebude reforma zdravotního pojištění úplná a bez ní nikdy zdravotní pojišťovny nebudou fungovat jako pojišťovny, ale jako výběrčí daní. Když nevíte, na co máte nárok, tak nevíte, na co se připojistit, a pojišťovny to také nevědí. Uvedu příklad – protonová léčba. Patří do „nároku“, nebo nepatří? Pojišťovny si myslí, že ne, soudy často rozhodnou, že ano. To je přeci absurdní. Politici mají povinnost vnést do systému pořádek, ale vinou politické zbabělosti se tento zásadní krok nepodařil a dr. Heger bohužel neměl čas, aby to dotáhl do konce, protože padla vláda.

Já se na to dívám pouze z hlediska peněz, protože demografická křivka nás po roce 2030 žene do neudržitelného pádu jak v oblasti penzijního, tak zdravotního pojištění, jež – jak rád zdůrazňuji – jsou dva problémy komplementárně spojené se stárnutím populace. Opakuji, že bez definice nároku logicky vzniká pocit, že máte mít zdarma všechno, což nepředpokládá ani Ústava. Levicoví politici rádi říkají, že rozlišovat standardní a nadstandardní péči je asociální. To je však naopak velmi sociální požadavek. Když dohodu nenajdeme, dostupnost a kvalita péče se budou postupně zhoršovat, což vždycky odskáčou ti nejchudší. Bohatý a silný si péči vždycky sežene. Ať už pomocí nástrojů šedé ekonomiky nebo v zahraničí.

**Jaká by měla být role zdravotních pojišťoven?**

Pojišťovny by se konečně měly chovat jako pojišťovny a nabízet připojištění. Existoval by systém bonusů a malusů podle toho, jestli chodíte na preventivní prohlídky nebo screeningové programy, nebo jestli na ně kašlete. Většina z nás chodí se svým autem na pravidelné „preventivní“ prohlídky do servisu, zvláště v záruční době. Ale se zdravím, které stojí nesrovnatelně víc než průměrná cena auta, jsme připraveni hazardovat. A potom také patříme mezi

státy s nejvyšší incidencí karcinomu tlustého střeva. Většina uvažuje tak, že když se válec zadře, tak nás přeci zadarmo opraví. Přitom s možností preventivních prohlídek by pojišťovny měly v ruce jednoduchý nástroj, jak člověka donutit k větší odpovědnosti pečovat o vlastní zdraví. Reformních cest může být samozřejmě více, ale všechny, které by splnily svůj cíl, mají v sobě zakalkulovanou jednu politicky sebevražednou větu: více osobní zodpovědnosti a více osobní spoluúčasti. Odpovědnost mají mít jak pacienti, tak pojišťovny a zdravotnická zařízení.

**Pacient má nárok na dostupnou péči, co si pod tím představíte?**

Domnívám se, že je tu velký problém s koordinací. Máme obrovské množství míst, kde se poskytuje čtyřiařicetihodinová akutní péče, pro což chybí personální zdroje i finance. V Praze je dvakrát více akutních lůžek než ve Vídni, přitom Vídeň je dvakrát větší. Stejně je to s počty ambulantních specialistů. Na druhé straně chybí lůžka následné péče, takže dochází k absurdním situacím, kdy na drahých lůžkách akutní péče leží i několik týdnů pacienti, kteří nemají kam jít. Zdravotní odborníci by se mnou možná nesouhlasili, ale nic se nezmění, pokud se lůžka akutní netransformují na lůžka následné péče. Říká se tomu optimalizace efektivity. Dokud se nebude zdravotnictví řídit jako jeden systém, pořád tu bude vládnout nekoordinovanost, lokální patriotismus a resortismus. Každý politik ví, jaký problém je zrušit nemocnici – v podstatě jde o politickou sebevraždu. Přitom, když se nemocnice zakládaly, měřila se dojezdová vzdálenost podle toho, za jak dlouho se k ní dostanete bryčkou. Dneska máme přece jen trochu jiné logistické možnosti. A každá politická reprezentace by měla projevit dostatek odvahy, aby kapacity optimalizovala podle reálné situace.

**A najde se nějaká taková?**

Politiku dělám 25 let a začínám být skeptický. Politici, jejichž hlavní cíl je udržet se, se do žádné sebevražedné akce pouštět nebudou. A trochu se bojím, že to dopadne jako s klimatickou změnou. Desítky let vědci varovali před nevratnými změnami, nikdo je nebral vážně. Jako člověk přes peníze se dvacet let snažím změnit oba pojistné systémy, protože vím, a i vláda to ví, že bez systémových změn je zdravotní systém udržitelný do roku 2030. Pak už se bude řídit do neřešitelných problémů a sociálních otřesů. Což je za chvíli. A proč jsou změny neprosaditelné? Protože významná část

populace disponující volebním právem vám nevěří a připadá jim, že stále jen strašíte. Většinu zajímá, co bude zítra a ne za 10 let. Najde se dost politiků, kteří jim v tomto ohledu vyhoví a často také vyhrají volby. Pamatují si krajské volby, při nichž sociální demokracie drtivě zvítězila díky třicetikorunovému poplatku.

**Akutní medicína je špičková, ale následná a podpůrná pokulhává. Jsou zde rozevřené nůžky mezi zdravotní a sociální péčí. V čem vidíte problém?**

Situace se postupně zhoršuje ve zdravotním i penzijním systému. Vláda sice nominálně zvyšuje důchody, ale v poměru k průměrné mzdě ten průměr padá. Za strašlivého Kalouska to bylo 42 % k průměrné mzdě. Zatímco teď je to 38 %. Životní standard se stále propadá. Průšvih nastane, až půjdou do důchodu lidé narození v sedmdesátých letech. Naše děti si už nejspíš na žádný důchod nesáhnou. Ve zdravotnictví je to stejné. Akutní péče je na skvělé úrovni, ale kvalita následné péče se postupně zhoršuje. Pokud se nikdo neodhodlá systém optimalizovat, bude se postupně snižovat i kvalita akutní péče. Proto si také myslím, že je nutné propojit zdravotní a sociální systémy. Anebo alespoň definovat rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí. V oblasti následné péče to asi nejde úplně důsledně, stejně jako nejde nakreslit hranici mezi základním a aplikovaným výzkumem. Ale

## Ing. Miroslav Kalousek

český politik, zakladatel a bývalý předseda TOP 09

- 1998–2010 – poslanec Parlamentu České republiky za KDU-ČSL
- 2003–2006 – předseda strany KDU-ČSL
- 2007–2009 – ministr financí druhé Topolánkovy vlády
- 2009 – založil TOP 09
- 2010–2013 – ministr financí ve vládě Petra Nečase
- 2013–2015 – předseda poslaneckého klubu TOP 09
- 2017 – vzdal se funkce předsedy TOP 09

Před vstupem do politiky pracoval na Úřadu vlády ČR jako poradce a jako náměstek na ministerstvu obrany.

společný zákon o zdravotní a sociální péči je optimální cestou.

**Jak strana TOP 09 plánuje pečovat o seniory a chronicky nemocné?**

Vracíme se stále k tomu samému, tedy k jádru pudla penzijního a zdravotního systému. A ten tkví v demografickém vývoji, který nám mění skladbu populace. Čím dál více lidí bude potřebovat následnou péči. Ukažte mi rodinu, která není postižena problémem stařecké demence. Naše strana vychází z evropského humanismu, proto nám logicky musí záležet na kvalitě života starších a nemocných spoluobčanů. A jestliže ten konec života je nejdražší, musíte systém reformovat tak, aby na něj byly peníze, ale aby byl i dostatek pečujícího personálu.

**Nedostatek personálu je věčné téma...**

Podle mě je to trochu mantra a řešení chybějících zdravotníků nemůže být pouze extenzivní. Domnívám se, že při lepší organizaci by bylo možné využít personální kapacity mnohem efektivněji. Možná by se mnou zdravotníci opět nesouhlasili, ale chceme-li využívat peníze i personál ve prospěch pacientů, musí se struktura zdravotnických zařízení změnit.

**Jak sledujete v poslanecké sněmovně vývoj elektronizace zdravotnictví?**

Zakopaný pes je na samém začátku 90. let, kdy nebyla vůle, síle a předvídatost, aby se informační systémy budovaly podle kompatibilních standardů. Každá nemocnice si to dělala po svém a dneska tady máte obrovské množství lokálních





informačních systémů, které mezi sebou nejsou schopny komunikovat. Propojit jednotlivé systémy je bohužel velmi drahé a taky časově náročné. Ministerstvo zdravotnictví proto připravuje nějaký zákon, ale nejsem si jistý, jestli je pro něj jasné zadání. Jsem dost zvědavý, jestli půjde o zabezpečení systému nebo zajištění jeho kompatibility. Takže k novému zákonu o elektronizaci jsem spíše skeptický. Ale nedívám se, že tato vláda dosud řešení nepředložila, není to vůbec jednoduché.

#### Mělo by být zachováno povinné členství v České lékařské komoře?

ČLK má rozsáhlou pravomoc, kterou bychom museli přenést na někoho jiného. Jedině si dovedu představit, že by členství nebylo povinné pro zaměstnance, který má nad sebou odborný dohled a nedělá nic jiného než sekundáře v nemocnici. Stejně jako lékař před atestací. Ale v okamžiku samostatné praxe už by členství povinné být mělo, protože nějaký dohled existovat musí. Vadí mi sice, když se komora nechová jako profesní, ale odborářská organizace, ale asi bych nerušil něco, co relativně funguje. Máme spoustu jiných starostí.

#### Asi tedy nejste příliš spokojen se zdravotnickou reformou současné vlády...

Jestli nějaká strana nechce jít do rizik, tak je to současná vláda ANO. Všechno jen marketingově lakují na růžovo a prodávají domnělé úspěchy, i když ve strategických dokumentech, které předkládají v Bruselu, tvrdí něco úplně jiného. Máme zde Potěmkinovu vesnici. „Ale to už bude řešit někdo jiný, ne my.“

#### Co se vám na českém zdravotnictví jako pacientovi líbí?

Líbí se mi stále jeho výborná úroveň. Lidé, kteří jsou nespokojeni, by si měli vyzkoušet odjet léčit se třeba do Anglie. Kdyby se vám tam stalo cokoli horšího než zarostlý nehet u palce, sednete na první letadlo a rychle domů. Znáám řadu emigrantů, kterým se v zahraničí dařilo, a stejně se léčí v České republice. Péče je zatím stále profesionální, i když je to do budoucna neudržitelný stav. Politická zbabělost stále více přenáší břemeno na zdravotnický personál a zneužívá toho, že zdravotníci svoji práci berou jako své poslání. Jsou země, kde se nejdřív řeší, kdo péči zaplatí a teprve potom vám pomůžou. Což máme v Čechách pořád naopak. Možná to není ekonomické, ale je to obdivuhodné. A reformu bych všem zdravotníkům, kterých si nesmírně vážím, ze srdce přál.



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY  
18–21 NOVEMBER 2019

Member of  MEDICAlliance

WORLD FORUM FOR MEDICINE

# MEDICA 2019 – Always a heartbeat ahead!



Informace pro návštěvníky, prodej vstupenek,  
komplexní cestovní služby:  
Veletrhy Brno, a.s. Miroslav Kožnar  
Výstaviště 1\_603 00 Brno  
Tel.: +420 54115 9190\_GSM: +420 602 594 810  
mkoznar@bv.cz  
www.bv.cz/veletrhy-v-zahranici/cestovni-služby

  
Messe  
Düsseldorf

Inzerce M191000272

# Zdravotní pojišťovna a kdo je víc

*Jako každoročně i letos v průběhu června zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb ukončili dohodovací řízení pro následující rok. Konkrétně o hodnotách bodu, výši úhrad a regulačních omezeních. Segmenty akutní lůžkové péče, následné lůžkové péče a domácí zdravotní péče se budou řídit vyhláškou ministerstva zdravotnictví, protože u nich nedošlo k dohodě, na rozdíl od ostatních jedenácti segmentů. Jak se to projeví v praxi?*

Zdravotní pojišťovny hradí léky pacientům, ale existují samozřejmě také léky, které zdravotní pojišťovnou hrazeny nejsou, a tady přichází na řadu otázka, jestli je povinností lékaře pacienta o těchto léčích informovat a zda pacient má na takovou informaci nárok.

Odpověď zní, že ano. Pacient má zajisté právo, aby byl o všem popravdě a úplně informován, a to včetně toho, že existuje i jiný postup a jiný způsob léčby, než navrhuje lékař.

Stává se také, že pacient přijde k lékaři s tím, že se již dopředu informoval o léčbě, která je sice daleko efektivnější, ale také mnohem dražší, a požaduje ji po lékaři. Lékař se tím dostává do soukolí mechanismu, kdy je z jedné strany oprávněně tlačěn pacientem, aby mu poskytl tu nejlepší péči, a na druhé straně je brzděn zdravotní pojišťovnou, která se dívá na celou věc z ekonomického pohledu. Ústavní soud se k tomu již několikrát vyjadřoval a zcela jasně deklaroval, že pokud se lékař dostane do situace, kdy se má rozhodnout mezi tím, zda má léčit nebo šetřit, má prioritně léčit a přiklonit se na stranu pacienta. O tom, jestli příslušná zdravotní pojišťovna poskytne pacientovi dražší léčbu, rozhoduje její kmenový revizní lékař a na něj se musí pacient obrátit. V případě, že to revizní lékař povolí, zdravotní pojišťovna navýší úhradu poskytovateli zdravotních služeb.

## Soudní spor

V praxi ovšem dochází k dichotomii, kdy sice revizní lékař schválí dražší léčbu, ale toto schválení není doprovázeno navýšením úhrady ze strany zdravotní pojišťovny. Úhrada je pak v neprospěch a k tíži poskytovatele zdravotních služeb. Systém prováděný v praxi tedy buď nedovolí nemocnici nebo lékaři, aby pacientovi předepsal účinnější, ale podstatně dražší lék, nebo ano, ale s tím, že poskytovatel

zdravotních služeb nedostane patřičnou úhradu.

Pokud dojde nakonec ke sporu, který není možné vyřešit smířčí cestou, jde celá záležitost k soudu a proti sobě stanou na jedné straně zdravotní pojišťovna a proti ní poskytovatel zdravotních služeb. Nemocnice nebo lékař potom vymáhá po zdravotní pojišťovně navýšení úhrady, které odpovídá dražší léčbě poskytnuté pacientovi.

## Regres

Poskytovatel zdravotních služeb se v některých případech snaží od svého lékaře vymoci příspěvek na náhradu škody, kterou měl lékař údajně způsobit tím, že indikoval drahou léčbu. Ta sice může být zdravotní pojišťovnou uhrazena, současně ale může dojít také k překročení limitů, a tím i k uplatnění regulace – poskytovateli tak vznikne škoda a z jeho iniciativy je ustanovena škodní komise. Nicméně v případě, že lékař coby zaměstnanec poskytovatele zdravotních služeb poskytl zdravotní služby podle lege artis, nemůže být za své jednání a konání v žádném případě sankcionován ze strany zaměstnavatele.

K výše uvedenému se také vyjádřila nejvyšší soudní instance v podobě Ústavního osudu ČR, který konstatoval, že pokud poskytovatel zdravotních služeb průkazně dokáže, že bylo nutné překročit dopředu stanovené limity pro předepisování léčivých přípravků nebo péče z důvodu poskytnutí péče na náležitě odborné úrovni, zdravotní pojišťovna nesmí uplatňovat regulační srážky, a pokud již byly uplatněny, musí dojít ke kompenzaci.

Zdravotní pojišťovny také uplatňují sankce vůči nemocnicím a lékařům, když jsou překročeny celkové objemy poskytované zdravotní péče. Automaticky pak snižují poskytovatelům zdravotních



Foto: archiv autora

služeb hodnotu bodu, a to i v případě, že postupovali dle platných a zákonných pravidel lege artis. Zvláštními případy, u kterých zdravotní pojišťovna uhradí i nadlimitní objem zdravotní péče, jsou finančně mimořádně nároční pojištěnci. Za ty jsou považováni pacienti, u nichž je potřeba pětinasobně a více zdravotní péče oproti průměru.

## Ukončení smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny

Smlouva o poskytování hrazených služeb mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb, a to jak individuální, tak i rámcová, vždy obsahuje ujednání, které konkrétně stanoví podmínky, za kterých je možné, aby jedna ze smluvních stran vypověděla předčasně uzavřenou smlouvu o poskytování hrazených služeb. V žádném případě nelze podporovat mínění zdravotních pojišťoven, že ony jsou těmi, kdo může kdykoliv vypovědět s poskytovatelem zdravotních služeb smlouvu, aniž by muselo dojít k porušení smluvně stanovených podmínek výpovědi.

Mgr. René Šifta,  
Ústav práva a právní vědy



XXVI.

# kongres České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

2.-4. 10. 2019

Brno – Výstaviště



Česká společnost anesteziologie,  
resuscitace a intenzivní medicíny

[www.csarim2019.cz](http://www.csarim2019.cz)

Sekretariát kongresu:

GUARANT International spol. s. r. o.

Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4

Tel.: +420 284 001 444

Fax: +420 284 001 448

E-mail: [csarim2019@guarant.cz](mailto:csarim2019@guarant.cz)

BRUNN

*Vulgo Brinn Marchionatus Moraviae  
Ciuitas insignis*



# Peníze by měly vydělávat další peníze

*V posledních letech českým domácnostem narostly příjmy. Mnozí lidé toho využili k pořízení bydlení, k cestování či ke splnění dávných snů. Někteří lidé však zatím nevědí, co by s dodatečně vydělanými penězi udělali, a nechávají je na běžných či spořicíh účtech. To je sice nejjednodušší způsob, jak se starat o své úspory, ale je také nejméně efektivní. Většina běžných a spořicíh produktů v bankách poskytuje zhodnocení nižší, než kolik činí inflace. Peníze na bankovníh účtech tak postupem času ztrácí svou hodnotu.*

Lidé, kteří chtějí, aby jejich peníze vydělávaly další peníze, by se měli začít zajímat o svět investic. V něm naleznou širokou škálu investičních produktů, které lze zvolit na míru dle přání investorů. Někteří lidé preferují nižší výnos a naprosté bezpečí pro své finanční prostředky. Jiní zas požadují vysoké výnosy a jsou ochotni podstoupit vyšší riziko. Někteří potřebují mít své peníze neustále k dispozici. Jiní zas vědí, že následující tři roky nebudou muset na své úspory sáhnout.

Podle preferencí jednotlivců lze zvolit optimální investiční produkty. Ty by měly být vybrány s ohledem na ekonomickou situaci, která se bohužel začíná zhoršovat. Obchodní války, brexit či zpomalování německé ekonomiky negativně ovlivňují trhy – investoři by na to měli adekvátně reagovat a upravovat podle toho svá portfolia.

K oblíbeným produktům, které reflektují současný vývoj na trzích, patří investiční fyzické zlato. To je osvobozeno od DPH, každý si na něj může sáhnout a odnést si ho domů. Zlato má svou nezpochybnitelnou hodnotu již 4000 let a v době plné nejistot znovu začalo stoupat na ceně. Centrální banky ve světě navíc začaly uvolňovat měnovou politiku, což růstu ceny zlata prospívá.

Zlato však nevytváří žádné pravidelné výnosy. K tomu jsou vhodné například dluhopisy, u kterých investoři pravidelně inkasují platby za úroky. Výše úroků na jednotlivých dluhopisech se přitom může měnit dle jejich rizikovosti. Zatímco korporátní dluhopisy mohou mít výnos klidně i přes deset procent, státní dluhopisy v některých případech ani nepokrývají inflaci.

Akcie jsou dalším oblíbeným investičním produktem. V případě vyplácení dividend poskytují investorům



Foto: archiv BHS

pravidelný příjem a navíc se v čase mění jejich hodnota. Pro zaneprázdněné lidi je většinou obtížné sledovat vývoj na akciových trzích. Proto je možné využít služby asset managementu, v jehož rámci se o portfolio starají profesionálové podle stanovených podmínek.

Stále oblíbenějším investičním produktem jsou fondy kvalifikovaných investorů. V těch je sice nutné investovat vyšší částky (zpravidla nad milion korun), ale v mnoha případech nabízejí velice zajímavý poměr mezi výnosem a rizikem. Fondy kvalifikovaných investorů se mohou zaměřovat na

různá odvětví, jakými jsou například nemovitosti, private equity, akcie, dluhopisy či třeba raritní automobily.

Investiční svět je natolik bohatý, že si v něm může vybrat každý. Je však potřeba do něj vstoupit a poradit se s profesionály. Cílem by mělo být nalezení strategie, jak nejlépe zhodnocovat úspory, aby přitom byla naplněna všechna klientova přání. Jde o to, aby pracně vydělané peníze jen neležely na bankovním účtu a místo toho začaly vydělávat další peníze.

Štěpán Křeček,  
hlavní ekonom BHS





# Existuje více způsobů, jak pomáhat

**Zúročte vaše zkušenosti  
s živou medicínou  
v Lékařské posudkové službě.**

**Lékařská posudková služba** nabízí zaměstnání ve 13. a 14. platové třídě s příplatky, bez přesčasů a nočních, s možností práce z domova, částečnými úvazky a hrazeným vzděláváním.

Více o možnostech práce pro LPS na  
+420 608 119 048  
[nabor.posudkovaslužba@mpsv.cz](mailto:nabor.posudkovaslužba@mpsv.cz)



MINISTERSTVO PRÁCE  
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

# Nové paradigma nádorové imunoterapie

*Výzkumem nadějně onkologické léčby nazývané intratumorózní imunoterapie se zabývají vědci na Přírodovědecké fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Informace o dosavadním výzkumu a léčebných perspektivách nám poskytl vedoucí výzkumného týmu RNDr. Jan Ženka, CSc., z Katedry medicínské biologie.*

Intratumorózní imunoterapie je metoda, při níž dochází k aktivaci protinádorové imunitní odpovědi, což vede k eliminaci injikovaného nádoru a vakcinování celého organismu tímto nádorem. Takto generovaná imunitní odpověď cílí nejen na zničení zbytku injikovaného nádoru, ale i na metastázy. Vakcinování organismu vlastním nádorem vede k vytvoření imunitní odpovědi na úrovni získané imunity.

## Od aplikace mrtvých bakterií k „vakcinaci nádorem“

Intratumorózní imunoterapie byla v roce 2014 označena jako nové paradigma nádorové imunoterapie. Nový přístup se velmi rychle rozvíjí. Zajímavé je, že jde vlastně o renesanci terapie, kterou testoval již v 19. století W. Coley. Intratumorální aplikace „Coleyho toxinu“ z mrtvých bakterií mělo sice dobré terapeutické výsledky, ale pro závažnější nežádoucí účinky a pro další překážky byla tato „terapie“ opuštěna. Za pokračování uvedeného přístupu lze považovat moderní imunoterapii karcinomu močového měchýře pomocí BCG vakcíny, původně vyvinuté proti tuberkulóze.

## Systémová imunoterapie a hrozba autoimunity

Imunoterapie je v současnosti na vrcholu nádorové terapie. „Pozornost se v posledních letech upíná zejména k tzv. „checkpoint inhibitorům“. Problém ale je, že ony řeší jen koncovku imunitní odpovědi. Navíc odbrzdňují děje, které mohou mít za následek i závažný autoimunitní proces. Tímto mechanismem se sice zvyšuje atak nádoru, ale snadno může dojít i k ataku vlastních tkání. Na našem pracovišti se proto snažíme jít na to z druhého konce, respektive od začátku –

v souladu s tím, jak se vyvíjí imunitní odpověď,“ vysvětluje RNDr. Ženka. Jedním z důvodů, proč imunitní buňky nezlikvidují každý nádor, je to, že nádorové buňky jsou dost podobné vlastním buňkám. Nejsou tedy považovány za zcela cizí element jako třeba viry či bakterie.

## Aby byl nádor dobře vidět

Podstatou přístupu, který vyvíjejí na Jihočeské univerzitě, je vyvolání umělého zánětu v nádoru pomocí stimulatorů imunitní odpovědi. Imunitní buňky se pak nasměrují na buňky nádorové. Inovativní metodou je především označení nádoru tak, aby byl dobře viditelný pro imunitní buňky a mohlo dojít k jeho účinné eliminaci. „Nádorové buňky jsou uměle označeny pomocí mananu, který kotvíme do membrány nádorových buněk pomocí biokompatibilní kotvy pro membrány. Manan aktivuje tvorbu komplementu lektinovou cestou a v dalším kroku dochází k opsonizaci nádorových buněk. Takto zviditelněné buňky jsou rozpoznány neutrofily, makrofágy a NK buňkami a díky tomu fagocytovány a eliminovány,“ popisuje Jan Ženka.

Intratumorózní imunoterapie zesiluje účinek primárního ataku nádorů na úrovni vrozené imunity a vytváří příznivé podmínky pro zapojení imunity získané. Získaná imunita pak dokáže zlikvidovat zbytky nádoru, podobně jako se to děje v případě infekce. A co víc, v případě recidivy nádorového onemocnění může získaná imunita rychle zareagovat a eliminovat nový nádor. Vedle toho působí i na vzdálené metastázy. Další výhodou intratumorózní imunoterapie je možnost injikovat nejlépe přístupný nádor nebo některou jeho metastázu. Prostřednictvím popsanych imunitních dějů pak dojde k vyhledání a likvidaci



ostatních metastáz, volně kolujících nádorových buněk v krvi, případně i primárního nádoru.

## Zničí karcinom pankreatu i metastázy melanomu

Předpokládá se, že intratumorózní imunoterapii bude možné využít u všech solidních nádorů. Prakticky se zatím osvědčila u šesti typů. „V naší českobudějovické laboratoři máme dobré zkušenosti s pankreatickým adenokarcinomem, melanomem a sarkomem. U myších modelů došlo při využití této metody v 80 % případů k úplnému a doživotnímu vyléčení nádoru. V USA pak testovali tuto terapii ještě na feochromocytomu, kolorektálním karcinomu a glioblastomu, též s velmi dobrým výsledkem,“ říká Jan Ženka.

Pacient je díky této metodě v zásadě vakcinován vlastním nádorem. Terapie je navíc jednoduchá a odpadájí náročné manipulace jako například u terapie dendritickými buňkami. Pokud dojde k mutacím a některá nádorová subpopulace unikne imunitě, je možné zahájit terapii znovu a vakcinovat organismus nádorem s nově pozměněnou antigenní skladbou. „Důležité je i to,



že uvedená terapie je stoprocentně personalizovaná. Musíme si uvědomit, že na světě nejsou dva stejné nádory. Heterogenita nádorové populace je obrovská. I když u vybraných tumorů identifikujeme hlavní a relativně silné antigeny, nemusí být nutně u všech pacientů a ve všech stádiích dostatečně exprimovány, což spolu s ostatními protiimunitními obrannými vlastnostmi nádoru ovlivňuje výsledný efekt protinádorové terapie," zdůrazňuje RNDr. Ženka.

### Intratumorózní imunizace v první linii

A lze metodu kombinovat s dalšími terapiemi? Tým z Jihočeské Univerzity se domnívá, že intratumorózní imunizací je nutné začít. Vakcinace by se měla řídit obecnými pravidly vakcinačních schémat (více dávek, vhodný timing apod.). Teprve poté by mělo dojít k případnému

chirurgickému vyjmutí zbytku nádoru nebo k jeho odstranění jinými přístupy. Zásadní podle výzkumníků je, aby nedošlo k narušení vakcinačního procesu – neměla by tedy být ovlivněna krvetvorba a klonální expanze lymfocytů. Chemoterapie je proto nevhodná, ale metody jako stereotaktická radioterapie, HIFU, RFA a kryoablace lze paralelně použít.

### Kdy se metoda dostane k pacientům?

Objevitel metody Jan Ženka by rád inovativní metodu intratumorózní imunoterapie dostal do klinické praxe. „Bohužel jsem výsledky své práce již publikoval a tím si uzavřel cestu k patentu a tedy i farmaceutickému výzkumu,“ konstatuje zklamaně. Překážkou pro české vědce jsou podle něj také přísná regulační omezení SÚKL. Experimentálnímu využití této metody v onkologii tak brání

### Intratumorózní imunoterapie

používá vlastní nádor jako vakcínu. Přímá injekce imunostimulátorů do nádoru vede k vytvoření účinné koncentrace in situ a snižuje nežádoucí účinky terapie. Tento terapeutický přístup zesiluje účinek primárního ataku nádorů na úrovni vrozené imunity a vytváří příznivé podmínky zapojení imunity získané.

nejen nedostatek financí, ale i aktuální legislativa. Pacienti si proto na novou léčebnou metodu budou muset nejspíš ještě delší dobu počkat.

P. S.: Podle nejnovějších informací obdržených před redakční uzávěrkou se díky nalezení dalších synergicky působících látek podařilo dostat otázku patentu znovu do hry.

MUDr. Andrea Skálová

Foto: archiv Jana Ženky

Inzerce ▼ M191000105

# Nepřehlédnutelné BMW X5 s novými technologiemi



## Prestížní SAV s nejnovějšími technologiemi

První generace BMW X5 přišla na trh již v roce 1999, kdy segment vozů SUV teprve začínal. Tento model se vyráběl do roku 2006 a za tu dobu sjelo z výrobní linky 617 029 kusů vozů. V roce 2006 nahradila svého předchůdce druhá řada oblíbeného modelu. Počet vozů, který sjel z výrobní linky byl 728 640. Výroba druhé generace skončila v roce 2013. Třetí generace se produkovala v letech 2013 až 2018 a bylo jí vyrobeno přesně 759 894 kusů. Celkově se tedy zatím vyrobilo úctyhodných 2,1 milionu modelů BMW X5.

Nyní už je na trhu zcela nová generace vozu BMW X5. Je to na první pohled nepřehlédnutelný vůz. Nabízí nové technologie pro ještě větší bezpečnost a také maximální jízdní dynamiku na všech druzích povrchu.



**Kontaktní údaje BMW Renocar:** Renocar Praha – Lipová 280, Praha Čestlice (D1, EXIT 8), tel.: 261 393 600 • Renocar Brno – Řípská 5c, Brno-Slatina (D1, EXIT 201), tel.: 548 141 548 • Renocar Urban Store – 5. května 1640/65, Praha 4 – Vyšehrad, tel.: 261 393 696, e-mail: info@renocar.cz

**Přijďte k nám. Rádi Vám v Brně nebo v Praze připravíme individuální nabídku dle Vašich přesných požadavků a představ.**

# Vědci z 1. LF UK a VFN přišli s novou diagnostickou metodou

Odborníci z 1. LF UK přišli s novým uplatněním speciální echokardiografické metody, která možná do budoucna pomůže při diagnostice nádorů nadledvin – feochromocytomů. Vědeckou práci českých lékařů otiskl prestižní časopis *Cancers*.

Feochromocytom je vzácný nádor, který vzniká v dřeni nadledvin. V této oblasti si lidské tělo tvoří hormony zvané katecholaminy, které se kromě jiného podílí na udržování správných hodnot krevního tlaku, srdeční frekvence a síly srdečního stahu. Jenže právě feochromocytom produkuje katecholaminů velký nadbytek, a to v množství mnohonásobně vyšším, než je pro organismus užitečné. Nápor těchto hormonů pak způsobuje mimo jiné zvýšení krevního tlaku (často záchvatovitě), zvýšenou srdeční frekvenci a vyšší sílu srdečního stahu, čímž funkci srdce poškozuje.



Jelikož jde o vzácné onemocnění, není jeho odhalení jednoduché. Pacient, kterého trápí značně kolísavý krevní tlak, vyšší srdeční frekvence, a tím způsobené například záchvatovité bolesti hlavy nebo bušení srdce, může být pro lékaře diagnostickým oříškem. Pokud lékař nemá na toto onemocnění podezření a u pacienta laboratorně nezjistí zvýšené množství katecholaminů v krvi, může tato diagnóza uniknout. Feochromocytom totiž navíc způsobuje i ztrátu hmotnosti, pocení, a dokonce

- **Feochromocytom** je poměrně vzácný nádor, který vzniká v dřeni nadledvin.
- **Katecholaminy** jsou (mimo jiné) hormony, které se podílí na udržování správných hodnot krevního tlaku, srdeční frekvence a síly srdečního stahu.
- **Speckle tracking** je zjednodušeně analýza pomocí speciálního softwaru využívaná v echokardiografii, která analyzuje pohyb jednotlivých echokardiografických bodů vůči sobě a tím i funkci srdce.

i deprese, tudíž se mnohdy pomyslí na jiná, častější onemocnění z jiných lékařských oborů.

## Speckle tracking

Aby rizikům působení feochromocytomu na kardiovaskulární aparát lépe porozuměli, zkoumají lékaři z Centra pro hypertenzi III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze již několik let vliv katecholaminů na srdce pacientů s feochromocytomem ve srovnání s působením vysokého krevního tlaku u pacientů s běžnou hypertenzí. Tentokrát použili speciální echokardiografickou metodu tzv. „speckle tracking“ a z ní vypočítané parametry srdeční funkce. „Jde vlastně o softwarovou analýzu, která dokáže v „mlhovině“ echokardiografického obrazu analyzovat vzájemný pohyb jednotlivých echokardiografických bodů. Tato metoda se ukázala citlivější než jiné echokardiografické metody, takže dokáže poruchu funkce srdce odhalit dříve,“ říká jeden z autorů nové studie MUDr. Jan Kvasnička z Centra pro hypertenzi, které se pod vedením prof. Jiřího Widimského stará o pacienty s feochromocytomem z celé České republiky.

Potvrzení objevu, že „speckle tracking“ odhalí poškození srdce dřív, ocenil také prestižní onkologický časopis *Cancers*. „Náš přístup je sám o sobě průkopnický. Podle dostupných literárních zdrojů zatím nikoho nenapadlo srovnávat nálezy získané touto metodou u pacientů s feochromocytomem a u pacientů s běžnou hypertenzí. Začali jsme tedy s naším týmem pod vedením mého školitele doc. Roberta Holaje vyšetřovat takto naše pacienty a došli jsme k objevu, že u jedinců s feochromocytomem působí katecholaminy na srdce škodlivěji než běžný vysoký krevní tlak,“ vysvětlil dále Jan Kvasnička s tím, že tato práce v budoucnu otevírá dveře k dalšímu výzkumu. Nabízí se totiž logicky otázka, jestli po odstranění nádoru

## Příznaky feochromocytomu:

- Vysoký krevní tlak – trvalý nebo záchvatovitý
- Bušení srdce – palpitace a tachykardie – vyšší srdeční frekvence
- Bolesti hlavy
- Pocení
- Úzkost a deprese
- Hmotnostní úbytek
- Vzácně i bez příznaků

dojde také k normalizaci funkce srdce hodnocené podle „speckle trackingu“. Lékaři budou touto metodou sledovat efekt chirurgické léčby a možná výhledově i farmakologické léčby feochromocytomu. „Operace tohoto nádoru může mít bouřlivý průběh. Nádor je plný katecholaminů, a když s ním chirurg manipuluje, může dojít k uvolnění jejich velkého množství do těla. Významně pak může kolísat krevní tlak, docházet ke krvácení. Vyjmutí nádoru může mít pro zdravotníka a hlavně pro pacienta dramatický průběh,“ uzavírá Jan Kvasnička.

Zdroj a foto: 1. LF UK (red)



# Miliarda korun pro Masarykovu univerzitu z EU

*Lidé po celém světě stále více trpí chronickými onemocněními a poruchami, za jejichž rozvojem stojí kombinace genetických predispozic, životního stylu i znečištěného prostředí. Právě na výzkum faktorů ovlivňujících zdraví a stárnutí společnosti se nyní zaměří centrum Recetox Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity, které získá dotaci z evropských fondů ve výši téměř jedné miliardy korun.*

Jako vůbec první výzkumné organizaci v Evropě se centru Recetox podařilo uspět ve všech třech výzvách evropského programu Horizon 2020 určených na „šíření excelence“ Díky tomu budou moci odborníci z centra svůj dosavadní výzkum environmentálních a zdravotních dopadů toxických látek v prostředí rozšířit o vývoj nových diagnostických, preventivních, terapeutických a legislativních nástrojů pro zachování kvality života evropské populace.

„Aplikace nových technologií i metod umělé inteligence přispěje k poznání klíčových parametrů rozvoje chronických onemocnění, jako jsou kardiometabolické choroby, snížení plodnosti, poruchy imunity, rozvoj alergií nebo neurodegenerativních onemocnění typu Alzheimerovy choroby. Nové poznatky zlepší prevenci a ochranu zdraví a podpoří vznik nových konceptů zvyšujících kvalitu života stárnoucí populace, což do budoucna pomůže snížit tlak na veřejné rozpočty,“ přiblížila ředitelka centra Recetox prof. Jana Klánová, čím se na univerzitě chtějí zabývat.

## Zdraví obyvatel ve městech

Ze tří úspěšných projektů odstartuje v září jako první projekt zaměřený na

zdraví obyvatel velkých měst podpořený deseti miliony korun z výzvy Twinning. „Počty obyvatel žijících ve městech stále rostou a tito lidé jsou vystaveni celé řadě negativních vlivů. Naše centrum má k dispozici dlouhodobá data o kvalitě ovzduší, způsobu života i zdraví městských populací, ale nemáme dostatek zkušeností a odborníků, abychom z nich mohli vyloučit všechny důležité informace. S tím nám nově pomohou kolegové z University College London a Global Health Institute v Barceloně,“ uvedla prof. Klánová.

## Vybudování evropského centra

Ještě významnější podporu zajistil centru úspěch ve výzvě Teaming. Odborníci z Masarykovy univerzity budou vedle University College London spolupracovat i s ETH Curych a sítí evropských biobank BBMRI na komplexní přestavbě centra na moderní evropské výzkumné a vzdělávací pracoviště zaměřené na studium faktorů ovlivňujících lidské zdraví.

„Za dlouhodobě rostoucím výskytem chronických onemocnění je třeba hledat kombinaci genetických a environmentálních faktorů zahrnujících sociální prostředí, životní styl jedince, výživu, pití alkoholu

nebo kouření, množství fyzické aktivity, metabolismus a stav střevní mikroflóry, ale i znečištění vnitřního a vnějšího prostředí, potravin a vody a odezvu těla na stres, infekci nebo léky. Pro řešení takto komplexního problému je třeba rozvíjet nové metody výzkumu těchto faktorů a využívat je v dlouhodobých epidemiologických a klinických studiích,“ zdůraznila ředitelka centra.

Projekt začne v lednu 2020 a potrvá sedm let. Celková dotace přesáhne 750 milionů korun, přičemž investičními náklady na modernizaci výzkumné infrastruktury centra přispěje Česká republika z Operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání.

## Nový výzkumný tým

Rychlý rozvoj centra podpoří také příchod zahraničního týmu, na který Recetox získal grant ve výši asi 50 milionů korun z výzvy ERA Chair. „Hledáme zkušeného vědce, který se svým novým týmem nastartuje rychlý rozvoj kapacit centra v oblasti epidemiologie, biostatistiky a bioinformatiky pro populační modely, personalizovanou medicínu a prevenci,“ upřesnila Jana Klánová.

Zdroj: MUNI (red)

Inzerce ▼ M191000330



**CORTUSA GROUP**

Dostupné byty a domy pro každou rodinu

www.cortusa-group.cz

# V ČR se narodilo první dítě z transplantované dělohy

*Koncem srpna se na Gynekologicko-porodnické klinice 2. LF UK a FN Motol narodil 27leté ženě s transplantovanou dělohou zdravý chlapeček. Završilo se tak úsilí speciálně vytvořeného týmu FN Motol pod vedením MUDr. Romana Chmela, Ph.D., a IKEM pod vedením doc. MUDr. Jiřího Froňka, Ph.D., FRCS.*

Dítě se narodilo císařským řezem ve 35. týdnu těhotenství. Transplantovaná děloha byla pacientce ponechána pro možnost případného druhého těhotenství. Pacientka s vrozeným chyběním dělohy, s tzv. syndromem Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), podstoupila transplantaci dělohy od dárkyně se smrtí mozku v roce 2017. Ještě před transplantací jí byla ve FN Motol odebrána vajíčka, která byla následně oplodněna partnerovými spermiemi a embrya se pak ve zmrazeném stavu uchovávala až do doby umělého oplodnění. To se v odstupu dvou let od transplantace úspěšně podařilo.

Celé těhotenství včetně asistované reprodukce probíhalo pod intenzivní kontrolou lékařů FN Motol bez závažných komplikací. „Maminka byla oproti jiným rodičkám častěji sledována. Běžné jsou kontroly jednou za měsíc, v tomto případě to bylo dvakrát měsíčně,“ řekl MUDr. Roman Chmel, přednosta gynekologicko-porodnické kliniky a ošetřující lékař. Růst plodu v děloze, ultrazvuková i všechna další potřebná vyšetření nevykazovala odchylky od běžného těhotenství. A ani imunosupresiva, tedy léky potlačující imunitu, které musí maminka kvůli transplantované děloze užívat, neměla na vývoj plodu v děloze negativní dopad. Samotný porod císařským řezem proběhl bez jakýchkoliv komplikací, i když o týden dřív, než bylo naplánované. „Rodička přijela

do porodnice v 35. týdnu těhotenství již s děložními stahy. Proto jsme museli ihned zahájit přípravy na porod. Zvládli jsme ho provést v poměrně krátkém čase, trval přesně 47 minut,“ uvedl MUDr. Marek Pluta, Ph.D., primář kliniky, který porod vedl. Operační tým tvořilo cca 10 lidí. Kromě porodníků i neonatologové, anesteziologové, porodní asistentky a zdravotní sestry.

Maminka i novorozenec s porodní váhou 2740 g jsou zatím v pořádku, dobře se rozběhla i laktace a chlapeček je plně kojený. Vzhledem k velmi příznivému poporodnímu průběhu již byli oba propuštěni do domácí péče. Maminka bude sledována v prvních dvou měsících po porodu po dvou týdnech, a pokud nenastanou žádné komplikace, bude další kontrola následovat až za šest měsíců.

I když se v ČR několika ženám s transplantovanou dělohou již v minulosti podařilo otěhotnět, teprve porodem prvního zdravého dítěte se podařilo naplnit šestiletou snahu a očekávání unikátního projektu. Ten dává obrovskou naději všem pacientkám s chybějící dělohou porodit vlastní zdravé dítě. „Klinická studie IKEM a FN Motol zahrnuje transplantaci dělohy od živých dárkyň, nejčastěji od matky či tety, ale také od kadaverózních dárkyň. A právě výše zmíněnou transplantací jsme udělali první krok k přepsání transplantačních protokolů mnohých světových center, které tuto zdravotní péči poskytují,“ vysvětlil doc. Jiří

Froněk, přednosta Kliniky transplantační chirurgie IKEM a současný prezident Světové společnosti pro transplantaci dělohy (ISUTx). Ženy, u kterých byla transplantace úspěšná, podstupují následně ve FN Motol umělé oplodnění. Odborně na něm participují týmy Gynekologicko-porodnické kliniky 2. LF UK a FN Motol a Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol.

Běžné se porody u žen s transplantovanou dělohou všude na světě plánují na cca 36. týden těhotenství. „Dosud není jasné, zda se dá těhotenství po transplantaci dělohy dovést až do řádného termínu porodu, tedy do 40. týdne. To se zatím nikomu nepodařilo,“ konstatoval MUDr. Chmel. Podle něj zatím všechny ženy s transplantovanou dělohou rodily mezi 32. až 36. týdnem těhotenství.

Transplantace dělohy se provádí ženám, které nemají funkční dělohu, a to buď na základě absence, nebo pokud jim z různých zdravotních důvodů musela být chirurgicky odstraněna. „Těší mne, že je úsilí dvou velkých českých center korunováno úspěchem. IKEM tuto klinickou studii plně hradí z vlastních prostředků. Prozatím se jedná o deset transplantací, z nichž tři musely být z medicínských důvodů následně odstraněny,“ doplnil Ing. Michal Stiborek, MBA, ředitel IKEM.

Zdroj: IKEM  
(asa)

Inzerce ▼ M191000323

## PRŮKAZY PRO POJIŠTĚNCE VZP ZMĚNILY PODOBU

V platnosti je teď nová i starší verze.

Více na [vzp.cz/prukazy](http://vzp.cz/prukazy)





 **ROYAL** Golden Group

[info@royalgoldengroup.sk](mailto:info@royalgoldengroup.sk)

+421 911 605 905



## **INVESTÍCIA DO ZLATA** *práve teraz je správny čas*

### **Zlato vám umožní diverzifikovať vaše portfólio**

Vaše investičné portfólio by ste mali diverzifikovať a znížiť tak riziko toho, že v budúcnosti prídete o veľkú časť vášho majetku. Nikdy nie je dobré stavať všetko čo máte na jednu „kartu“.

### **Zlato je skvelý uchovávateľ hodnoty**

Pred 100 rokmi mala 1 unca zlata hodnotu približne 20 amerických dolárov, za ktoré ste si mohli kúpiť ručne šitý oblek. Dnes má 1 unca zlata hodnotu viac ako 1500 amerických dolárov, za ktoré si taktiež môžete kúpiť ručne šitý oblek.

### **Hodnota zlata rastie, zatiaľ čo hodnota peňazí klesá**

Peniaze neustále strácajú svoju hodnotu a znižuje sa ich kúpna sila. Už o rok si za 100-korunovú bankovku nekúpite to, čo dnes. Nehovoriac o tom, akú hodnotu budú mať peniaze o 5, 10, 20 či 50 rokov.

**KAŽDÝ, KTO U NÁS DO KONCA ROKA VYUŽIJE SPORENIE V ZLATE  
ALEBO NAKÚPI ZLATO, ZÍSKA PO ZADANÍ KÓDU "RGG2019"  
BONUS V HODNOTE MINIMÁLNE 1000 €**

[www.royalgoldengroup.sk](http://www.royalgoldengroup.sk)

# Migréna a nová šance na její profylaxi

*V ČR trpí migrénou pravděpodobně milion až 1,2 milionu lidí, častěji ženy. Toto chronické onemocnění se projevuje atakami pulzující bolesti hlavy, často jen na jedné straně. Běžně je doprovázejí nevolnosti, zvracení či světloplachost. Bolest při migréně může být skutečně velmi silná, až paralyzující. Ataky trvají zpravidla 4 až 72 hodin. „Bolest může však trvat i déle, stav se pak označuje jako status migrenosus. Pacienti jsou zcela vyřazeni z běžné činnosti, což má i ekonomický dopad na společnost,“ řekla vedoucí Centra pro diagnostiku a terapii bolestí hlavy a přednostka Neurologické kliniky 3. LF a Thomayerovy nemocnice MUDr. Jolana Marková, FEAN, na tiskové konferenci věnované léčbě migrény. Akci uspořádala Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP).*

Migréna není jen prostá bolest hlavy. Migrenózní záchvat je komplexní děj s různými doprovodnými příznaky, často stejně nepříjemnými jako bolest. Ty fáze jsou prodromy, kdy pacient 24 hodin dopředu ví, že bude mít pravděpodobně záchvat. U každého jsou příznaky v této fázi jiné, od chuti na sladké přes špatnou náladu po například častější močení. Aura se vyskytuje u přibližně 30 % pacientů. Zhruba o hodinu předchází vznik bolesti, nejčastěji jde o auru zrakovou. Po fázi bolesti následuje postdromální fáze, kdy by pacient měl mít možnost odpočinku, což pacienti zejména z pracovních důvodů často nemají a důsledkem je dlouhodobost nebo opakování záchvatu.

## Strategie farmakoterapie akutní ataky

Bolest při migréně je často jednostranná, běžně začíná v oblasti krční páteře (to vede k řadě omylů v předpokladech o příčině bolesti). Bolest má pulzující charakter a je narůstající intenzity, bývá velmi silná a u většiny pacientů ji doprovází nauzea – nucení na zvracení, případně i zvracení (pozor na formu podání léku!). Pro diferenciální diagnostiku migrény je zásadní skutečnost, že záchvat migrény vždy zhoršuje fyzická námaha. Migrénu je třeba začít léčit včas, aby nedošlo k rozvoji silného dlouhotrvajícího záchvatu. K tomu je třeba užívat účinnou medikaci, aby bolest ustoupila a aby nedocházelo k návratu bolesti. Současně je však nutné zabránit nadužívání akutní analgetické medikace. Pokud pacient užívá například triptany více než 10 dní v měsíci více měsíců za sebou, hrozí vznik bolesti z nadužívání léku, čili další komplikace.

Pokud bolest hlavy neovlivňuje běžné aktivity pacienta, slabou migrénu lze tlumit jednosložkovými analgetiky, například paracetamolem nebo kyselinou acetylsalicylovou, kombinovanými analgetiky nebo nesteroidními analgetiky, jako je například ibuprofen. Při častém užití však mohou mít tyto léky nežádoucí účinky na trávicí trakt, navíc u některých hrozí vznik závislosti na léku. Silnějším léčivem, využívaným u středně silné migrény, jsou triptany, léky specificky vyvinuté pro léčbu migrény. Podávají se podle stavu a situace nemocného perorálně, ve spreji nebo injekčně. Kontraindikací pro ně je ale například stav po infarktu myokardu nebo hypertenze, omezení jeho užití je nutné v těhotenství.

U velmi silné migrény a četných záchvatů je třeba nasadit preventivní léčbu. Z triptanů je k dispozici aktuálně sumatriptan, eliotriptan a naratriptan, aktuálně nedostupné jsou v ČR frovatriptan, zolmitriptan a almotriptan. Prvním triptanem u nás byl sumatriptan, který má nyní už řadu generik. Sumatriptany jsou bez dopltek, existují ve formě tablet, ve formě nosního spreje (k využití např. pro zvracející pacienty) a v injekční formě. Eleotriptan je nejrazantnější triptan na našem trhu, jeho nežádoucí účinek vede bohužel k malátnosti. Naopak jemněji působí naratriptan. Má pomalý nástup a vhodný je zejména pro pacienty, u nichž se projevují vedlejší účinky razantnějších triptanů. Silný záchvat nicméně nezastaví.

Velmi užitečnou pomůckou pro strategii léčby migrény je deník pro záznam bolesti hlavy, pacientem pečlivě vyplněný v řádu měsíců – podle zkušenosti MUDr. Markové si pacienti standardně pamatují průběh onemocnění přesně



zhruba jen za posledních 14 dní. Součástí záznamů je i evidence užitých medikací.

## Kdy nasadit prevenci?

„Indikací k profylaktické terapii je více než 4–5 dnů s migrénou měsíčně nebo záchvaty, které nejsme schopni kontrolovat efektivní akutní léčbou nebo pokud je tato léčba kontraindikována či netolerována. Indikací k profylaktické léčbě je vždy hemiplagická migréna. Zásadním kritériem je také přání pacienta. Někteří pacienti nechtějí brát denně profylaxi a svých například šest záchvatů měsíčně se snaží překonat pomocí akutní léčby. Jiní pacienti s obdobnými problémy chtějí situaci raději předcházet i za cenu užívání profylaxe, těm jí samozřejmě dáme, po diskusi o vhodné lékové skupině,“ uvedla Jolana Marková.

V rámci preventivní léčby migrény se užívá řada léčiv, která byla původně vyvinuta pro léčbu jiných onemocnění, než je migréna, ale v průběhu klinických



studii nebo v klinické praxi bylo zjištěno, že pacientům pomáhají i jako profylaxe ataky migrény. Jde o některá antiepileptika (např. topiramát, valproát), která snižují excitabilitu centrálního systému u epilepsie a obdobně působí i u migrény. Dále jsou to některá antidepresiva (konkrétně např. amitriptylin, z novějších venlafaxin) – obava nebo úzkost ze záchvatu totiž u depresivních pacientů ataku migrény fakticky vyvolá. Zejména pro starší pacienty, respektive hypertoniky, jsou vhodné beta-blokátory (např. metoprolol, propranolol), u hypotonického nemocného by byly logicky kontraproduktivní. „Velmi dobře snášenými léky s minimem vedlejších účinků jsou blokátory kalciových kanálů (např. cinarizin). Většinou s nimi začínáme u pacientek, které migréna postihne během puberty, třeba po té, co jim jsou nasazena kontraceptiva,“ podotkla přednášející. Jak dále uvedla, další léčbou uznanou v našich i mezinárodních „guidelines“ je botulotoxin, a to v indikaci pro chronickou migrénu. Aplikuje se injekčně, na různých místech hlavy podle schématu, 1krát za 3 měsíce. Léčba migrény botulotoxinem není hrazena zdravotními

pojišťovny. Nejnovější skupinou léků (od roku 2019) v preventivní léčbě migrény jsou tzv. CGRP protilátky.

### CGRP – léky vyvinuté specificky k prevenci migrény

Vůbec první skupinou léků vyvinutých specificky k prevenci migrény jsou protilátky CGRP (calcitonin gene-related peptide). Nový trend v léčbě umožnil právě objev klíčového neuropeptidu CGRP, a ten se proto stal významným cílem při hledání vhodné léčby. Právě tento neuropeptid se uvolňuje v průběhu migrenózního záchvatu a je zodpovědný za uvolňování zánětlivých mediátorů. „Na základě znalosti o významu CGRP v patogenezi migrény vyvinuly farmaceutické společnosti monoklonální protilátky proti CGRP nebo proti receptoru CGRP. Jde zatím o čtyři biologické léky, které v blízké budoucnosti přinesou kvalitativní skok v profylaktické léčbě migrény. Výsledky klinických studií prokázaly, že působí jak v léčbě, tak v prevenci migrény. Poprvé bude možný přechod od léčby symptomů k léčbě kauzální,“ uvedl Mgr. Jakub Dvořáček

z Asociace inovativního farmaceutického průmyslu. Studie naznačují možnost snížení frekvence a zároveň i tíže atak u těžkých pacientů o 50 procent. První léčivé přípravky z této skupiny již byly schváleny k použití v EU. V ČR jsou dostupné jen při úhradě pacientem. Zatím nejsou hrazené ze zdravotního pojištění, ale v dohledné době se dostanou do běžné praxe i u nás.

Jak závěrem upozornila MUDr. Marková, před vstupem CGRP do neurologické praxe v ČR ale bude ještě nutné vyřešit několik otázek: 1. Kdo bude moci léčbu předepsat (ambulantní neurolog nebo jen neurolog pracující v centru pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy)? Půjde o léčbu vázanou pouze na specializovaná centra? 2. Komu bude léčba ze zdravotního pojištění hrazena? 3. Jak dlouho má být pacient léčen a kdy bude možná léčba vysadit?

Na tiskové konferenci byl také představen projekt Migréna-help, projekt pro pomoc lidem postiženým migrénou. Více o něm na: [www.migrena-help.cz](http://www.migrena-help.cz)

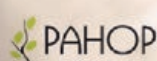
PhDr. Jana Jílková

Foto: AIFP

Inzerce ▼ M191000264



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

Vás tímto srdečně zvou na IV. Odbornou konferenci

# Paliativní a hospicová péče Cestou ke smíření

kteřá se uskuteční dne 8. 10. 2019  
v prostorách Jezuitského sklepa ve Starém Městě

Konference se koná pod záštitou

Dipl. Pol. Jany Maláčové MSc., ministryně práce a sociálních věcí České republiky

Tato konference je spolufinancována Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky  
v rámci projektu "PAHOP - podpora procesů ve službách CZ.03.2.63/0.0/0.0/17\_071/0007536"

# Krvácení jako skupinový nežádoucí účinek antikoagulace

*Jedno z častých témat, která jsou předmětem diskusí mezi farmakology a specialisty klinických oborů, je i oblast, kterou bychom mohli nazvat problémem skupinového efektu. Zatímco farmakologická klasifikace léků je ze své podstaty založena na existenci skupinových efektů, ať už žádoucích, nebo nežádoucích účinků, klinické obory často zdůrazňují rozdíly mezi jednotlivými látkami téže farmakologické skupiny. Jejich existence je obvykle podložena výsledky klinických studií provedených na pacientech s určitou diagnózou.*

Kardiologie má v tomto ohledu nepochybnou výhodu, neboť její klinické studie se vyznačují rozsahem, kvalitou a statistickou silou zcela nevídanými v jiných medicínských oborech. V těchto studiích zjištěné rozdíly mezi jednotlivými látkami, u kterých zpočátku předpokládáme velmi podobné farmakologické vlastnosti, jsou někdy teprve dodatečně potvrzovány experimentálními výzkumy. Nicméně i v kardiologii existují problematické oblasti, ve kterých mohou být zdůrazňovány rozdílné vlastnosti jednotlivých léčiv, které jsou spíše dílem náhody, nebo dokonce chybné interpretace výsledků zjištěných v klinických studiích. Za jednu z takových oblastí považujeme i otázku výskytu krvácivých příhod při léčbě antikoagulačními léky.

Z hlediska klasifikace nežádoucích účinků patří krvácení po antikoagulačních léčích mezi účinky typu A, tedy účinky předvídatelné a přímo závislé na dávce. Jestliže vezmeme léky se stejným mechanismem účinku a vysoce podobnou chemickou strukturou, je vysoce nepravděpodobné, že by se takový nežádoucí účinek vyskytoval u jednoho z nich s výrazně odlišnou četností. Pokud by se taková anomálie vyskytla, bylo by třeba pátrat po příčinách tohoto jevu. Teoreticky by připadal v úvahu například odlišný vedlejší farmakodynamický efekt u jedné z látek, který by ovšem musel být opět prokázán přinejmenším experimentálně. V případě krvácení by připadal v úvahu například přímý efekt na sliznici GIT, který mají některé léky s antitrombotickými účinky. Nicméně v praxi je nejčastější příčinou rozdílů v incidenci skupinových efektů mezi látkami téže farmakologické skupiny rozdílná metodika použitá při jejich definici nebo přímo chybná interpretace

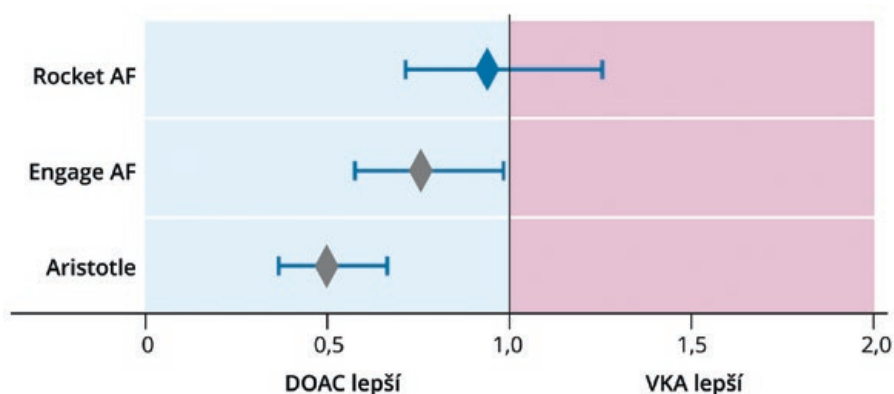
výsledků klinických studií.

Že se ani zdaleka nejedná jen o problém kardiologických léků lze dokumentovat na příkladu ze zcela odlišné skupiny, jakým je výskyt křečí po karbapenemových antibioticích. Léta bylo považováno za axiom, že křeče se vyskytují výrazně, v zásadě desetkrát častěji po imipenem/cilastatinu než po meropenemu, což bylo jednoduše a logicky vysvětlováno přítomností cilastatinu v přípravcích prvního jmenovaného antibiotika. Tímto zdánlivě logickým předpokladem neatřáslo ani opakované vyvrácení „prokrečového“ účinku samotného cilastatinu, ani obrovský rozptyl zjištěných frekvencí výskytu křečí v různých studiích. Teprve v relativně nedávné době bylo potvrzeno, že výskyt křečí je ve skutečnosti u obou antibiotik stejný a zjištěné rozdíly byly způsobeny především zcela rozdílnou definicí křečového stavu v designu jednotlivých studií.

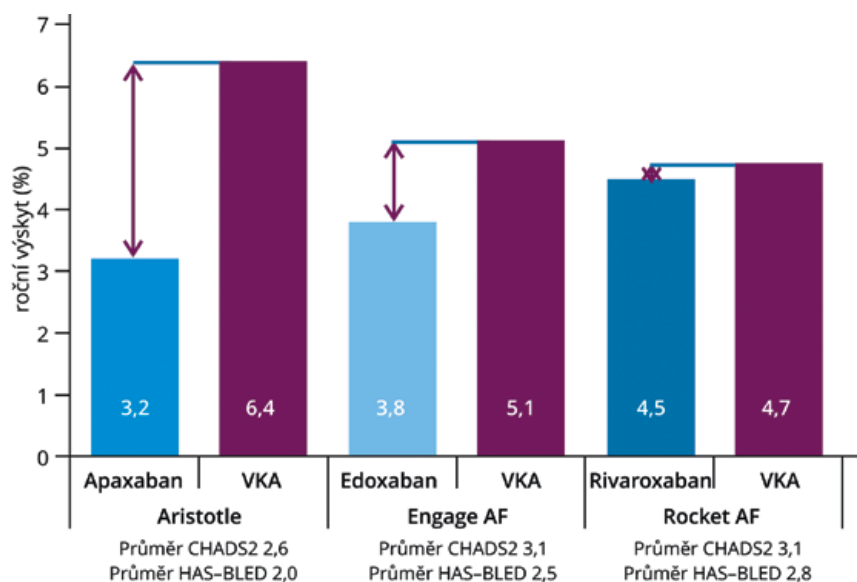
V kardiologii jsou vedeny podobné diskuse o řadě účinků různých farmakologických skupin léků, z nichž asi nejaktuálnější jsou údajné rozdíly ve výskytu krvácení po přímých perorálních antikoagulancích. Samozřejmě

musíme přihlídnout k faktu, že tato skupina je z farmakologického hlediska nehomogenní a jistě mohou existovat rozdíly v účincích inhibitoru trombinu a inhibitorů aktivovaného faktoru X. Vezmeme-li však jasně definovanou skupinu inhibitorů faktoru Xa, tzv. xabanů, není jasné, proč by mezi látkami takto příbuznými měly být zásadnější rozdíly ve výskytu krvácení. Odpověď je opět velmi jednoduchá a opět tkví především v nesprávné interpretaci výsledků velkých klinických studií.

Podíváme-li se na graf 1, který porovnává výskyt závažného krvácení ve velkých, kontrolovaných, randomizovaných, dvojité slepých klinických studiích 3. fáze s inhibitory faktoru Xa u pacientů s nevalvulární fibrilací síní, uvidíme zřetelný rozdíl ve výskytu závažných krvácení mezi jednotlivými látkami téže skupiny, který by dokonce při srovnání rivaroxabanu a apixabanu zřejmě byl statisticky významný. Samozřejmě všichni víme, že takovéto porovnávání výsledků různých studií mezi sebou je věcně naprosto chybné, nicméně podobné grafy vidáme bohužel velmi často. Měli bychom si tedy položit otázku, čím je tento rozdíl v účincích farmakodynamicky totožných



**Graf 1.** Poměr výskytu závažných krvácení v testovaných a kontrolních skupinách ve studiích 3. fáze s inhibitory faktoru Xa v indikaci nevalvulární fibrilace síní



**Graf 2.** Roční výskyt závažných krvácení v testovaných a kontrolních skupinách ve studiích 3. fáze s inhibitory faktoru Xa v indikaci nevalvulární fibrilace síní

a strukturálně velmi podobných látek způsoben.

Odpověď je velmi prostá a je jasně vidět na grafu číslo 2. Absolutní četnost krvácení velmi těsně koreluje se závažností klinického stavu pacientů, zařazených do jednotlivých studií, tedy s CHADS2 skóre i se skóre HAS-BLED, které byly v jednotlivých porovnávaných studiích výrazně odlišné (1, 2, 3). Pacienti zařazení do studie s rivaroxabanem měli průměrné CHADS2 skóre 3,7. Pacienti ve studii s edoxabanem měli tuto hodnotu 3,1 a ve studii s apixabanem dokonce pouze 2,6. Pro HAS-BLED skóre byly odpovídající průměry 2,8, 2,5 a 2,0. Asi by nikdo neočekával, že počty krvácení budou v takto rozdílných populacích

shodné. Ani to ovšem není hlavní příčinou významného rozdílu mezi rivaroxabanem a apixabanem v prvním grafu.

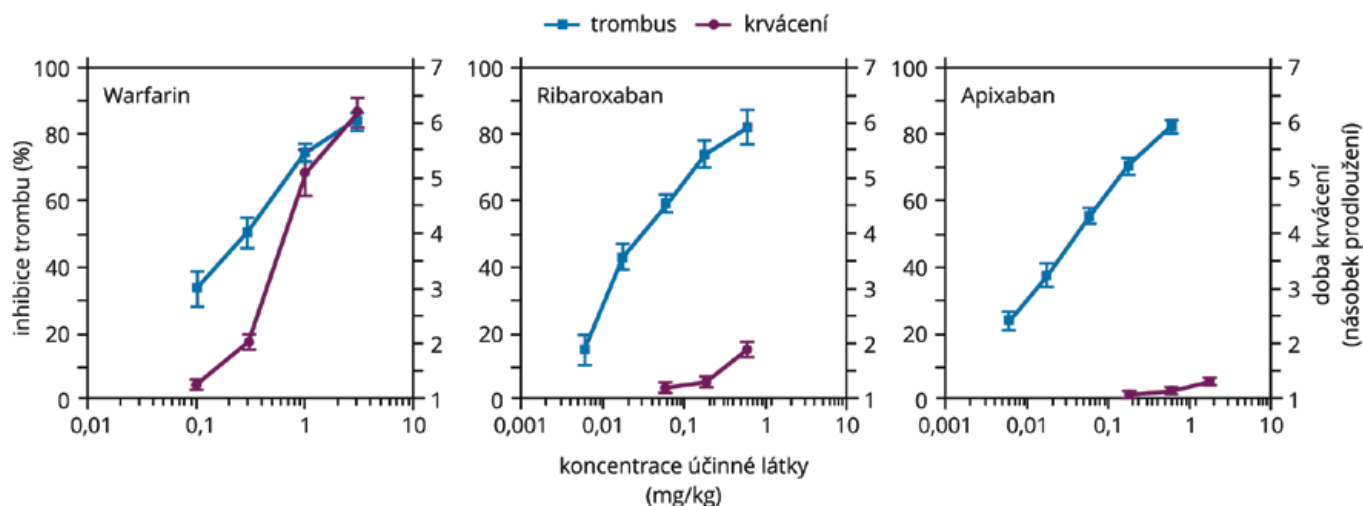
K objasnění rozdílu v rozdílu ve výsledcích studií Rocket AF a Aristotle je třeba se podívat na výskyt krvácení v kontrolních skupinách, tedy u pacientů léčených warfarinem nebo jinými nepřímo působícími antikoagulancii. Na první pohled je vidět anomálně vysoký výskyt krvácení v kontrolní skupině studie Aristotle, výrazně menší výskyt ve studii Engage AF a nejmenší ve studii Rocket AF. Hlavní příčinou zdánlivě menšího výskytu závažných krvácení po apixabanu ve srovnání s rivaroxabanem je tedy zjevně vysoký výskyt krvácení v kontrolní skupině a ne nějaké farmakologické rozdíly mezi jednotlivými látkami.

Rozdílné výsledky v různých studiích nejsou nic neobvyklého, neboť je jasné, že různé studie jsou prováděny s různými populacemi pacientů s částečně odlišnými charakteristikami a v neposlední řadě i v odlišných časových obdobích. Zdálnivě logickým srovnáním jejich výsledků však pochopitelně docházíme ke zcela nelogickým a věcně nesprávným závěrům.

Z farmakologického pohledu může být poučné se v této souvislosti podívat i na výsledky laboratorních experimentů, které jsou ve srovnání s klinickými studiemi výrazně méně ovlivněny vnějšími faktory a rozdíly ve stavu testovaných subjektů. Jako příklad je zde uveden graf 3 vycházející z výsledků experimentů PC Wonga a kol. (Journal of Thrombosis and Thrombolysis, 2011 květen, 31 [4]: 478–92), který i při zřetelném prostudování dokumentuje vysokou nepravděpodobnost významnějších rozdílů mezi účinky rivaroxabanu a apixabanu.

Závěrem je tedy možné konstatovat, že nemáme žádné vědecké podklady, které by dokazovaly významné rozdíly ve farmakologických vlastnostech jednotlivých účinných látek ve skupině inhibitorů faktoru Xa. Naopak máme dostatek varování před nesprávnou interpretací výsledků klinických studií, respektive před metodicky chybným porovnáváním určitých vybraných výsledků. Schopnost analýzy předkládaných výsledků klinických studií bude zřejmě stále více součástí požadavků na odbornou kvalifikaci specialistů jednotlivých klinických oborů.

doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.,  
Ústav farmakologie FL UP  
a FN Olomouc



**Graf 3.** Vliv warfarinu, rivaroxabanu a apixabanu na tvorbu trombu a krvácivost v experimentu na laboratorních králících. Upraveno podle Wong et al.



# Tady léčí vzduch

*Léčebna Bukovany: Dětská odborná léčebna Ch. G. Masarykové nebudí pozornost experimentálními léčebnými metodami, luxusním zázemím ani nejmodernějšími přístroji. Přesto má v systému zdravotnické péče své nezastupitelné místo a zaslouží si pozornost. Odborná veřejnost často poukazuje na to, že péče o chronické pacienty u nás pokulhává za péčí akutní. Bukovanský dětský lékař a bývalý primář léčebny však sebevědomě říká: „Dá se říci, že my máme stoprocentní úspěšnost.“*

Historie zámku v Bukovanech sahá až do 14. století, ale historie dětské léčebny, která zde dnes sídlí, se začíná psát v roce 1925, kdy v rámci pozemkové reformy přešel zámek pod správu Československého kříže. Červený kříž, v jehož čele stála jeho zakladatelka Alice Masaryková, na jaře roku 1930 rozhodl, že zámek bude sloužit jako dětská ozdravovna. Adaptační úpravy a nové přístavby, stály v tehdejších penězích 2 800 000 Kčs. Ozdravovna byla pojmenována po matce Alice Masarykové a svůj provoz oficiálně zahájila 18. června 1931. Zařízení přijímalo děti chudokrevné a podvyživené, s nemocemi dýchacích cest i se srdečními vadami, děti na rekonvalescenci po bronchitidě, angíně, zánětu středního ucha, křivici, a především děti ohrožené tuberkulózou.

V roce 1933 navštívila ozdravovnu delegace v čele s prezidentem Masarykem.

Z této návštěvy nám zůstal sice evidentně zinscenovaný, ale přesto cenný, němý dokumentární film – „Vzpomínka na nejkrásnější den ozdravovny, kdy přijel navštívit ozdravovnu prezident Osoboditel“, který je dnes možno shlédnout na Youtube. Je z něho patrné, jaký už tehdy byl v tomto zařízení kladen důraz na pohyb na čerstvém vzduchu, ale i na vydatnou stravu.

Dějiny se ozdravovně nevyhnuly, přesto její provoz nebyl přerušeno ani během druhé světové války, kdy byl Československý červený kříž zrušen gestapem, ani po roce 1948, když byl zámek „znárodněn“ a stal se státním zařízením.

Po sametové revoluci přešla správa ozdravovny nejprve pod kraj. Podle Jiřího Grünbauera, který zde působí na pozici ředitele od roku 1992, nebylo

přežití ozdravovny samozřejmostí: „Chtěli nás tenkrát zavřít, protože kraj nechtěl financovat zařízení s celorepublikovým významem,“ vzpomíná.

## Transformace v léčebnu

Dějiny ale neskončily a zámek byl v rámci restitucí navrácen Červenému kříži, který se 1. 1. 1994 stal i zřizovatelem zdravotnického zařízení, tou dobou již transformovaného na dětskou léčebnu.

Skladba pacientů se od dob první republiky změnila. Seznam indikací je velmi široký (viz níže), obecně řečeno jde o děti s chronickým či recidivujícím onemocněním dýchacích cest, nejvíce astmatici a alergici. Co zůstává je zřejmě nejdůležitější složka jejich léčby – klimatoterapie.



Podle Jiřího Lázníčky, který byl do nedávna primářem léčebny, je třeba většinu úspěchů zdejší terapie připsat příznivému ovzduší: „Máme možnost sledovat pacienty momentálně i dlouhodobě, protože se často vrací. Pomocí spirometrie zjišťujeme funkci jejich plic v průběhu let, měříme množství vydechovaného oxidu dusnatého (NO) a zjišťovali jsme také nemocnost našich pacientů poté, co léčebnu opustí. U všech pacientů s abnormálními hodnotami NO klesají tyto hodnoty během jejich pobytu k normě. Nemocnost většiny dětí v následujících šesti měsících významně klesá, protože zdejší pobyt dlouhodobě posílí jejich imunitní systém. Naše efektivita je stoprocentní, ale co si budeme povídat, tady léčí vzduch, ne doktoři,“ říká MUDr. Lázníčka s tím, že všechny měřené škodliviny jsou zde na úrovni hluboko pod normou. „Pohybujeme se mezi 0–10 % hodnot přípustné normy. A dá se to dokázat měřením, nejsou to jenom propagační kecny,“ zdůrazňuje bývalý primář.

Kromě toho, že je zde vzduch čistý, je také díky Orlické přehradě velmi vlhký, což je další příznivý klimatický parametr pro pacienty léčebny. Podle Lázníčky se zde nestane, aby měl někdo po návratu z vycházky opuchlé oči od alergické reakce. „Bavili jsme se o tom kdysi i s profesorem Zaplalem z Motola. Vysvětlení spočívá právě ve zvlhčeném vzduchu. Pyl je zde vodní párou natolik nasycen, že se do očí nedostane.“

Každé dítě by zde mělo být na vzduchu 6–8 hodin denně, ale léčebna nespoledhá pouze na klima a pohyb. Součástí péče jsou i rehabilitační a terapeutické procedury, které nám představila zdejší dětská sestra Ivana Žůčková, která do Bukovan nastoupila hned po vystudování zdravotnické školy a působí zde 32 let. „Důležitou složkou jsou inhalace studené páry, kterou vytváří speciální ultrazvukové zařízení, výplachy nosohltanu; terapeutický efekt má také hraní na flétnu či píšťalu nebo bublání do vody. Máme zde také umělou solnou jeskyni. Malé děti učíme správně smrkat; maminky zase učíme míčkovou facilitaci neboli míčkování, což je masážní metoda, která pomáhá k uvolnění nahromaděného hlenu a snadnému odkáslávání.

Vizita u všech pacientů probíhá dvakrát týdně a v léčebně je dostupná nepřetržitá lékařská péče, kterou zajišťují celkem čtyři lékaři na plný úvazek. Jiří

## Seznam indikací k léčbě v Bukovanech

- D 80 Imunodeficiencie s převahou poruchy tvorby protilátek
- D 83 Běžná variabilní imunodeficiencie
- D 84 Jiné poruchy imunity
- D 89 Jiné poruchy imunitního mechanismu jinde nezařazené
- E 90 Poruchy výživy při nemocech zařazených jinde
- J 01 Sinusitis acuta, recid.
- J 02 Pharyngitis acuta, recid.
- J 03 Tonsillitis acuta, recid.
- J 04 Laryngitis et tracheitis acuta, recid.
- J 06 Akutní infekce horních dýchacích cest na více místech a neurčených lokalizací, recid.
- J 10–18 Rekonvalescence po recid. chřipce a zánětu plic
- J 20–22 Bronchitis acuta, bronchiolitis acuta, neurčené akutní infekce dolní části dýchacího ústrojí, recid.
- J 30 Alergické rýmy prokázané alergologickým vyšetřením. Pollinosis
- J 31, J 39 Recidivující katary horních cest dýchacích s oslabením odolnosti
- J 32 Chronický zánět vedl. dutin
- J 34 Jiné nemoci nosu a vedl. dutin
- J 35 Chronické onemocnění mandlí a adenoidní tkáně
- J 37 Chronický zánět hrtanu a průdušnice
- J 38 Nemoci hlasivek a hrtanu, nezařazené jinde
- J 39 Jiné onemocnění horních cest dýchacích
- J 40 Zánět průdušek, neurčený jako akutní nebo chronický
- J 41, 42 Bronchitis recid.
- J 44, 45 Jiná chronická obstruktivní plicní nemoc, asthma bronchiale
- J 47 Bronchiektazie
- J 84 Jiné intersticiální plicní nemoci, kromě plicní fibrózy
- J 95 Poruchy dýchací soustavy po výkonech, nezařazené jinde, stavy po operacích horních a dolních cest dýchacích
- J 98 Dermospirační syndrom
- L 20, 23 Chronické a recidivující ekzémy včetně atopického, chronické prurigo
- L 40 Psoriáza – chronické a recidivující formy
- L 85 Ichtýózy
- Q 80 Ichtýózy

Lázníčka, zde působil jako primář od roku 1998, v září letošního roku ho vystřídal MUDr. Josef Nebesař. Sehnat zdravotnický personál pro relativně odlehlejší zařízení není pochopitelně jednoduché, i když léčebna svým zaměstnancům nabízí i možnost ubytování. „Léčebna není ozdravovna – my máme předepsaný počet lékařů a sester, a sice pro 60 lůžek. Zdravotní pojišťovny předepisují čísla bez ohledu na obložnost. Lékařů máme nyní dostatek, ale do předepsaných stavů nám schází sestry. Máme jich devět, ale mělo by jich být 15–17,“ říká ředitel Jiří Grünbauer, podle kterého lze však zdravotníky částečně nahradit vychovateli, byť ti se nezapočítávají do odborných stavů. „Předepsané stavy jsou opodstatněné u rehabilitačních zařízení, ale tady ne. Vlastní ošetřovatelská péče probíhá zhruba čtyři hodiny denně. Po zbytek dne probíhá venkovní program, výlety a pohybové aktivity – podstatná

část léčby –, kterou mohou zajišťovat i vychovatelé.“

### Kolísavá obložnost

Přes dobré výsledky pobytů, má Léčebna Bukovany během roku s obložností problémy, a to i když prevalence alergií a astmatu v posledních letech výrazně narůstá. Zatímco před dvanácti lety byla kapacita zařízení 120 lůžek a na umístění se čekalo třeba i půl roku, dnes má léčebna k dispozici 60 lůžek (mimo jiné i z důvodu redukce počtu lůžek na jednom pokoji na čtyři) a přesto není po celý rok plně obsazena. „Na jaře a na podzim je naše zařízení poloprázdné – přitom právě v těchto obdobích by byl pobyt nejúčinnější. Na podzim jsou inverze a astmatici potřebují změnit ovzduší. Na jaře lítají pyly. V létě, kdy tyto hrozby nejsou – a děti často stejně bývají někde na prázdninách – se léčebna



paradoxně využívá nejvíce. Systém nikoho nenutí, aby to bylo naopak, přitom nákladová efektivita z hlediska pojištnosti by se tím zvýšila,“ říká ředitel Grünbauer s tím, že řada rodičů v létě využívá léčebnu jako levnou dovolenou, vzhledem k tomu, že pobyt rodiče je do šesti let dítěte hrazen pojišťovnou a rodič má během svého pobytu nárok na nemocenskou.

Slova ředitele potvrzuje také Jiří Lázníčka: „S pojišťovnami máme domluveno, že pobyt nebude trvat déle než osm týdnů za rok a nebude více než jeden. Pokoušeli jsme se je přemluvit, aby nám dovolily dva pobyty během jednoho roku – nejlépe na jaře a na podzim – třeba i jen v délce dvakrát čtyři týdny, protože už po čtyřech týdnech se výsledky dostávají. Bohužel se nám to nepodařilo.“

Malý zájem o pobyt v nejkritičtějších obdobích připisují v léčebně neochotě praktických lékařů vystavovat na léčebnu žádanku pro pojišťovnu. Ti se údajně odvolávají na rodiče, kteří zase nechtějí dávat své dítě na delší dobu do léčebny během školního roku. „To je z části možná pravda, ale otázkou zůstává, zda mají rodiče dostatečné informace o tom, co vlastně léčebna nabízí, a jaký efekt tu léčba má,“ zamýšlí se Jiří Grünbauer.

K tomu je třeba dodat, že při léčebně existuje mateřská i základní škola, detašované pracoviště příbramské školy.

V zařízení se navíc mohou ubytovat i rodiče starších dětí, byť za poplatek. Ubytování pro rodiče je zajištěno v bývalé izolační budově, která je mimochodem zajímavá i z architektonického hlediska a odpovídá současným trendům ve výstavbě zdravotnických zařízení – je vystavěna do půlkruhu, přičemž sesterna (dnes společná místnost) byla ve své době uprostřed, aby sestry měly přehled o všech pacientech.

### Vize do budoucnosti

Na hospodářské poměry si zde stěžovali už Masarykovi během jeho návštěvy. Také dnes se léčebna potýká s finančními omezeními, byť na každém rohu lze vidět, že se tu snaží prostory průběžně renovovat. Provoz léčebny je hrazen výhradně ze zdravotního pojištění. Léčebna nedostává paušální úhrady, ale pouze úhrady za lůžkoden, což vzhledem ke zmíněným výkyvům v obloženosti přináší určité problémy. Investice do údržby zámeckých budov zajišťuje především zřizovatel, tedy Český červený kříž. Ten má však také limitované prostředky, a není tak schopen vydávat více než zhruba půl milionu ročně. Zámek by nicméně dle slov ředitele léčebny potřeboval na rekonstrukci 30–40 milionů.

Část prostředků plyne ze sponzorských darů. „Máme 10–15 sponzorů z okolí,

kterých si vážíme. Pro provoz však tyto částky nejsou rozhodující. Pro velké sponzory nejsme příliš atraktivní, protože naši pacienti vypadají víceméně zdravě,“ říká k tomu ředitel léčebny.

Na renovaci zařízení se léčebna snaží využívat evropské dotace, ale podle ředitele je stále těžší vybrat z rejstříku investic, na které jsou dotace vypsané. V minulosti již byla zrekonstruována kuchyně, prádelna, kotelna a podobně. Naplánovány jsou rekonstrukce sociálních zařízení, toalet a sprch, dokončení výměny oken, oprava komunikací, ale také nákup nových diagnostických a rehabilitačních přístrojů. Ředitel shrnuje fungování léčebny i výhled do budoucna těmito slovy: „Prvním cílem po mém nástupu v 90. letech bylo přežít. V druhé etapě jsme si kladli za cíl léčebnu rekonstruovat a inovovat. To se nám už částečně podařilo. Vezměte si, že to není tak dávno, kdy jsme zde měli pračku na uhlí. Do budoucna bychom z Léčebny Bukovany chtěli udělat špičkové zařízení, které by mohlo přijímat klientelu ze zahraničí. Nabízí se nám spolupráce například s německým Červeným křížem, který by mohl pomoci přilákat zahraniční klientelu. Na to je však potřeba zařízení ještě dále modernizovat.“

Mgr. Lukáš Malý,

foto: archiv Léčebny Bukovany

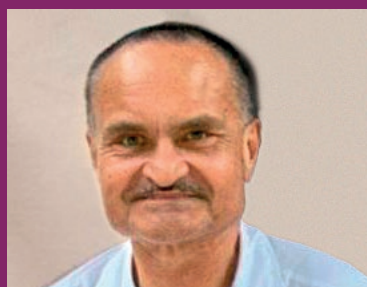
## Pediatři a dětská sestra v Léčebně Bukovany

### MUDr. Jiří Lázníčka



- Vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Brně
- Od roku 1998 až do letošního roku figuroval jako primář v Léčebně Bukovany.
- V minulosti působil v Orlickoústecké nemocnici nebo v Nemocnici Ivančice.

### MUDr. Josef Nebesař



- Vystudoval 1. LF Univerzity Karlovy v Praze.
- Působil na pozici primáře v nemocnicích v Podbořanech, Žatci a v Lázních Kynžvart.
- V září roku 2019 se stal primářem v Bukovanech.

### Ivana Žůčková



- Vystudovala Střední zdravotnickou školu – obor dětská sestra.
- V léčebně v Bukovanech pracuje 32 let od dokončení zdravotnické školy
- Specializuje se na léčebnou tělesnou výchovu a míčkovou facilitaci.



# Sněmovna schválila novelu zákona o léčivech. Navzdory senátním úpravám

*Ošetřující lékaři a lékárníci budou mít přehled o všech lécích, které má pacient předepsané. Sněmovna opětovně schválila vládní novelu, která takzvaný lékový záznam pacienta zavede. Odmítla senátní návrh, který požadoval, aby pacient musel dát lékárníkovi k nahlížení do seznamu svých léků kvůli obavám ze zneužití dat aktivní souhlas. Podle schváleného znění předlohy, v podobě jaké ji dostane k podpisu prezident, bude mít pacient právo vstup do databáze zakázat.*

Novela také zavede úhradu většiny ceny léčebného konopí z veřejného zdravotního pojištění. Upraví navíc distribuci léčiv do lékáren podle návrhu Daniela Pawlase, jenž chtěl senát naopak vypustit.

Pojišťovny budou podle novely platit 90 % ceny léčebného konopí do 30 g pro jednoho pacienta měsíčně. Případné vyšší množství konopí až do 180 g by podléhalo souhlasu revizního lékaře. Podle MZ ČR by plná úhrada 180 g měsíčně na jednoho pacienta vyšla na 1,3 miliardy korun ročně, zatímco přijaté většinové hrazení bude stát pro 3000 pacientů kolem 200 milionů korun ročně.

Úpravu o distribuci léčiv prosadil ve sněmovně navzdory nesouhlasu ministerstva

zdravotnictví Daniel Pawlas (KSČM) a týká se zajištění dostupnosti léků. Každý distributor léčivých přípravků by se mohl v dobrovolně převzaté povinnosti veřejné služby zavázat k zásobování lékáren do dvou pracovních dnů od obdržení objednávky. Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (ANO) uvedl, že ustanovení se nebude v praxi využívat, neboť ve sněmovně je před prvním čtením vládní novela, která zavede pro distribuci léků jasná pravidla.

Ošetřující lékaři a lékárníci, ale i zdravotníci záchranáři budou mít v návaznosti na elektronické recepty podle vládní novely přehled o všech lécích, které má pacient předepsané. Lékový záznam by

mohl zamezit vícečetnému předepisování léků nebo předepisování léků, které mají vzájemně nežádoucí účinky. V současnosti má lékař přehled pouze o lécích, které pacientovi sám předepsal. Lékárník může zkontrolovat jen přípravky na předložených receptech.

Dnešní verdikt sněmovny ocenila Česká lékárnická komora. „Senátní úprava nebyla prodiskutována s odbornou veřejností a její přijetí by pouze zkomplikovalo efektivní využití lékového záznamu. Bylo důležité zajistit přístup k tomuto nástroji také lékárníkům jakožto univerzitně vzdělaným specialistům na léčivé přípravky,“ uvedl v tiskové zprávě prezident komory Lubomír Chudoba.

ČTK (red)

Inzerce ▼ M191000182

42.







## ENDOKRINOLOGICKÉ DNY

### s mezinárodní účastí

Pořádá  
**Česká endokrinologická společnost ČLS JEP**  
 ve spolupráci se **Slovenskou endokrinologickou společností SES** ve dnech

# 10. – 12. 10. 2019

## v Olomouci

[www.gsymposion.cz](http://www.gsymposion.cz) • [www.endokrinologie.cz](http://www.endokrinologie.cz)



# V lékárnách BENU testují paměť

Česká alzheimerovská společnost Ioni evidovala 167 tisíc lidí s Alzheimerovou chorobou. Vzhledem ke stárnutí populace lze očekávat, že kolem roku 2050 může být nemocných 380 tisíc. U příležitosti Mezinárodního dne Alzheimerovy choroby proto lékárny BENU rozšířily své poradenské služby o Alzheimer konzultační centrum pro testování poruch paměti, které má pomoci ke včasnému zachytu onemocnění. První zájemce o testování přivítalo centrum při lékárně na pražském Andělu 23. září. O nové službě pro pacienty jsme si povídali s **PharmDr. Michalou Belasovou**, vedoucí odborných projektů lékáren BENU.

## Můžete nový projekt blíže představit?

Nápad na testování kognitivních funkcí u našich klientů vznikl asi před dvěma lety a vycházel ze zkušeností jednotlivých lékáren. V Poliklinice Mazurská, kde jsem pracovala jako vedoucí lékárnice, jsme měli oddělenou místnost pro různé konzultační a screeningové služby. Chtěli jsme je však rozšířit a vytvořit ucelený koncept služeb pro celou společnost, který by se zaměřil na jednu konkrétní činnost a který by mohl využívat co nejvíce pacientů. Chtěli jsme pacientům zajistit absolutní komfort a intimitu, proto Alzheimer konzultační centrum funguje odděleně od běžného chodu lékárny a lékárník se celý den věnuje pouze konzultační činnosti.

## Jak probíhá testování v Alzheimer konzultačním centru?

Pacient si termín může rezervovat online či telefonicky, nebo prostřednictvím jakékoli lékárny BENU. Samotné testování trvá zhruba 35-40 minut, není nijak náročné, ani invazivní. Testy vyvinul tým doc. Aleše Bartoše z Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech. Jsou zaměřené na testování epizodické a sémantické paměti a dokážou identifikovat mírnou kognitivní poruchu. Pacientovi zároveň zkontrolujeme i medikaci a zjišťujeme, jestli neužívá léky zhoršující kognici či se neléčí s depresí. Pokud uznáme za vhodné, provádíme i speciální test - Geriatrickou škálu deprese. Pacienta při testu sledujeme velmi pozorně. V podstatě již při vyplňování formuláře si můžeme všimnout odchylek v chování. Po skončení pohovoru lékárník s pacientem projde všechny části testu paměti, interpretuje výsledky a sepiše zprávu pro lékaře. V závěru pacienta, případně rodinné příslušníky, seznámí s možnostmi následné péče.

## Konzultační činnost zní jednoduše, ale realita bude asi jiná...

Je za tím obrovská práce celého týmu. Je potřeba připravit konzultační formuláře, informované souhlasy, aby vše bylo řádně zdokumentované. Naše konzultační služba

zahrnuje celou škálu dovedností, které je potřeba řádně natrénovat, než mohou být uvedeny do praxe. V rámci interních školení se lékárníci praktickou formou naučí, jak vést správně konzultaci, evidenci, jak pořídit výstup pro pacienta i pro lékaře. Dbáme na to, aby naši lékárníci vnímali pacienta komplexně. I když pacient přijde na screening diabetu, vždy se ptáme, jaké léky užívá, a hledáme souvislosti.

## Procházejí lékárníci speciálním školením?

Všichni musejí být správně proškolení a mají již zkušenosti s testováním (certifikovaných je 90 %). Při školení jsme vycházeli z garantovaných kurzů České lékárnické komory. Jedna věc je však teoretický kurz a druhá jeho převedení do praxe. Chtěla jsem, aby výstup z tréninku co nejvíce odrazil reálné situace. Podařilo se mi ještě v Poliklinice Mazurská sestavit kvalitní tým nadšených lidí a společně jsme vytvořili originální školicí program. Měli jsme velkou podporu vedení, protože lékárny BENU velmi motivují své zaměstnance, aby se vzdělávali. Všichni vnímáme, že se neškolíme jen sami pro sebe, ale zejména pro pacienta, který musí dostat tu nejkvalitnější službu.

## Jak se data analyzují?

Kolegové výsledky zasílají v anonymizované formě. Sledujeme počet vzorků, zastoupení pohlaví, věkové rozmezí. Z lékáren, které se věnují screeningu kognitivních funkcí, jsme za půl roku, co tuto službu provozujeme, získali 240 vzorů. U 27 % pacientů jsme zaznamenali lehkou kognitivní poruchu. Tři čtvrtiny testovaných jsou ženy, většinou starší 65 let. Což jen dokládá známý sociologický poznatek, že o své zdraví pečují více ženy, které se více bojí ztráty soběstačnosti. Muži většinou chodí na popud svých žen a v jejich doprovodu.

## Na jakou věkovou skupinu se zaměřujete?

Snažíme se o včasný zachyt, proto se orientujeme na pacienty 55 let a výše. Apeluje také na rodinné příslušníky, kteří si u svého blízkého nejdříve všimnou změn v chování. Cílem našeho testování



je motivovat pacienty a jejich rodiny, aby co nejdříve vyhledali odbornou pomoc neurologa, geriatra nebo psychiatra. V České republice se bohužel dostávají pacienti na léčbu pozdě. Česká alzheimerovská společnost dokonce uvádí, že až 30 % pacientů s demencí dostane špatnou diagnózu. Proto je tak důležitá mezioborová spolupráce, do které lékárníci svoji odborností mohou také přispět.

## Jak spolupracujete na jednotlivých projektech s lékaři?

Na spolupráci s lékaři nám velmi záleží, proto je o našich službách pravidelně informujeme. Výsledky z našich screeningů mohou být pro ně velmi přínosné a šetří jim čas. S lékaři také domlouváme, jaké jsou pro naše pacienty další možnosti léčby. Máme výhodu, že své pacienty vidíme velmi často a dobře je známe.

## Kolik center byste rádi otevřeli?

Alzheimer konzultační centrum bychom rádi nabídli pacientům v každém krajském městě. Najít vhodný prostor není úplně jednoduché, protože se musíme vypořádat s řadou legislativních omezení. Proto jsem ráda, že se nám to tady na Andělu podařilo. Je pro nás důležité, aby lidé měli centrum v docházkové vzdálenosti či dobře dostupné hromadnou dopravou.

Mgr. Pavlína Perlíková,  
foto: archiv BENU

# Přežití prodlužuje léčba afatinibem a osimertinibem

Nová data ze studie GioTag ukazují, že sekvenční léčba přípravkem Giotrif (afatinib) následovaná osimertinibem přináší medián celkového přežití téměř čtyři roky u NSCLC pacientů s pozitivní mutací EGFR s delecí v exonu 19 a mutací T790M. Výsledky byly publikovány v časopise Future Oncology.

GioTag je retrospektivní observační nezaslepená studie probíhající v reálné klinické praxi, která zkoumá dopad sekvenční léčby přípravky afatinib a osimertinib u pacientů s nemalobuněčným plicním karcinomem (NSCLC) s pozitivní mutací receptorů epidermálního růstového faktoru (EGFR M+) se získanou mutací T790M, což je nejčastější mechanismus rezistence na léčbu první a druhou generací EGFR inhibitorů tyrozinkinázy (TKI).

Podle předchozích dat z této studie uvedený způsob léčby přinášel pacientům pouze dvou a dvouapůlleté celkové přežití. Z nové analýzy po sledování 30,3 měsíce

byla doba přežití u pacientů s NSCLC se získanou pozitivní mutací EGFR T790M 41,3 měsíce a dvouletá míra celkového přežití dosahovala 80 %.

Celková doba přežití je slibná zejména u pacientů na začátku léčby, kteří se léčí afatinibem, s nádory s pozitivní mutací Del19. U těchto pacientů byl medián celkového přežití 45,7 měsíců a dvouletá míra dosahovala 82 %. Aktualizovaný medián doby na léčbě pro sekvenční léčbu afatinibem a osimertinibem byl celkově 28,1 měsíce a 30,6 měsíců u pacientů s nádory s pozitivní mutací Del19. Medián doby na léčbě osimertinibem, která následovala po léčbě afatinibem,

byla 15,6 měsíce a u mutací Del19 16,4 měsíce. U mnoha pacientů s tímto typem karcinomu plic se rozvine rezistence na EGFR TKI. Proto je důležité zvážit pořadí nasazení jednotlivých typů léčby, aby pacienti do budoucna měli co nejvíce léčebných alternativ. Fakt, že dosud nejsou k dispozici žádné možnosti cílené léčby po selhání osimertinibu, podporuje ponechání osimertinibu pro použití v druhé linii po druhé generaci EGFR TKI. Data ze studie GioTag podporují sekvenční použití afatinibu a osimertinibu. Finální analýza studie je naplánována na začátek roku 2020.

Zdroj: Boehringer Ingelheim (red)

Inzerce ▼ M19100045



## ÚZKOST, EMOČNÍ NAPĚTÍ, LEHKÉ PORUCHY SPÁNKU

- komplexní složení pro široké spektrum příznaků
- bez věkového omezení
- může být užíván během těhotenství a kojení



SÉDATIF PC PRO KLIDNÝ DEN I NOC!



**Složení:** 1 sublingvální tableta (250 mg) obsahuje: Aconitum napellus 6 CH, Belladonna 6 CH, Calendula officinalis 6 CH, Chelidonium majus 6 CH, Abrus precatorius 6 CH, Viburnum opulus 6 CH. Pomocné látky: monohydrát laktózy, sodná sůl kroskarmelózy, magnesium-stearát. **Indikace:** Homeopatický léčivý přípravek užívaný tradičně v homeopatii k léčbě úzkosti a emočního napětí, které se projevují např. neklidem, nervozitou, podrážděností a poruchami koncentrace, a k léčbě lehkých poruch spánku. **Dávkování:** dospělí, dospívající a děti: 1-2 tablety 3x denně, ráno, v poledne a večer, nejlépe mimo dobu jídla. **Způsob podání:** Perorální podání. Tablety nechat rozpustit pod jazykem. Dětem do 6 let je možné tablety před podáním rozpustit, nejlépe v malém množství čisté neperlivé vody, z důvodu rizika vdechnutí. Doporučená doba léčby: 4 týdny. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nežádoucí účinky:** Žádné nežádoucí účinky se neočekávají. **Interakce:** Žádné interakce se neočekávají. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Tento léčivý přípravek obsahuje laktózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, úplným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy nemají tento přípravek užívat. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Tento léčivý přípravek může být užíván během těhotenství a kojení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. Datum posledního prodloužení registrace a zároveň poslední revize textu: 12. 4. 2017. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



# O zaměstnance je třeba bojovat

*Téma nedostatku zdravotnického personálu a zejména sester pravidelně zaznívá v odborných debatách a na zdravotnických konferencích. Jde o problém, který nejvíce souvisí se stárnutím populace a nemá jednoduché řešení. Personální stabilizaci ve zdravotnickém systému považuje za jednu ze svých priorit i ministerstvo zdravotnictví, které se snaží podnikat nápravné kroky. Například navýšilo tarifní platy i příplatky za směnný provoz. Díky novelizaci vyhlášky o zdravotnické dokumentaci se také snížila byrokratická zátěž, stále se uvažuje o výsluhách pro sestry nebo příspěvku na bydlení. Dlouhodobým cílem je vrátit nelékařským profesím prestiž a motivovat mladé lidi ke studiu zdravotnických škol. K tomu má napomoci i kampaň Studuj zdrávku, kterou ministerstvo spolu s Uníí zaměstnavatelských svazů a dalšími subjekty odstartovalo letos v červnu.*

Zeptali jsme se zástupců několika českých a moravských nemocnic, jaká je u nich personální situace a jaké kroky podnikají pro její případné vylepšení. Položili jsme jim tyto otázky:

1. **Nedostatek sester je jedním ze současných vážných problémů českého zdravotnictví. Týká se i vaší nemocnice?**
2. **Chybějící ošetrovatelský personál odráží do jisté míry demografickou situaci v České republice. Má podle vás aktuální stav vůbec řešení? Například ve změně vzdělávacího systému, lepší organizaci práce nebo přenosu kompetencí?**
3. **Jak ve vaší nemocnici motivujete ošetrovatelský personál, aby u vás zůstal?**

**MUDr. Zuzana Roithová, MBA,**



**předsedkyně  
představenstva  
jihočeských  
nemocnic**

**1. Všechny osm  
jihočeských  
nemocnic splňuje**

požadavky pro personální zajištění dané vyhláškou. Požadovaná čísla nemocnice většinou dokonce překračují, aby zajistily ústavní pohotovostní služby. Počet lékařů i sester meziročně roste, potřeby jsou však všude vyšší.

2. K náboru nových sester přistupujeme velmi aktivně. Uveřejňují se inzeráty v médiích a nemocnice se pravidelně účastní pracovních veletrhů. Rozšířili jsme spolupráci s lékařskými fakultami.

Každoročně pořádáme i velmi oblíbenou soutěž Jihočeská sestřička, zaměřenou na odborné znalosti studentek a studentů, jejich zručnost a dovednost. Jihočeské nemocnice propojují své aktivity se všemi odbornými školami Jihočeského kraje. Ve spolupráci se Střední zdravotní školou a Vyšší odbornou školou zdravotnickou v Českých Budějovicích se kolegům podařilo zřídit dvě dislokované třídy v Prachaticích a Strakonících, čímž zájemkyním o sesterské povolání umožnili, aby studovaly v místě svého bydliště, kde pak naleznou i pracovní uplatnění.

3. Abychom si udrželi stávající personál, navýšujeme každoročně mzdové ohodnocení, stejně tak rozšiřujeme benefity. Zaměstnancům rovněž nabízíme bezplatné vzdělávání, navíc organizujeme nově semináře, které se věnují prevenci syndromu vyhoření. Všechny jihočeské nemocnice disponují ubytovacími kapacitami pro personál. Některé z nich plánují také stipendijní příspěvky. Ve spolupráci se Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity jednáme také o vybudování fakultního pracoviště pro výuku nelékařských profesí.

**Mgr. Lenka Dohnalová,**



**hlavní sestra  
Oblastní nemocnice  
Kladno,  
nemocnice  
Středočeského  
kraje**

**1. Naše nemocnice patří mezi ty šťastnější, protože**

nedostatek sester sice máme, ale ve srovnání s jinými nemocnicemi jich chybí méně. U nás je to spíše dáno tím, že většina našich sestřiček je ve věku, kdy odchází plnit své mateřské povinnosti, což bývá většinou „ve vlnách“. Téměř nikdy na oddělení nečeká miminko jenom jedna sestřička, ale většinou platí „pravidlo tří“. Druhým důvodem odchodu z nemocnice bývá důchodový věk, ale musím smeknout před sestřičkami, které pracují v nepřetržitém provozu i ve věku vyšším než je 70 let. Z jiných důvodů odcházejí pouze jednotlivci a stává se, že někteří po zkušenosti v jiné nemocnici zamíří zpět k nám, stejně jako zmíněné maminky, které se vracejí na kratší úvazek už po dovršení jednoho roku miminka.

2. Nedostatek je jistě velkou měrou způsoben odlivem studentů, kteří po dokončení vyššího nebo vysokoškolského studia odchází do jiných odvětví a o zdravotnictví nemají zájem. Z naší zkušenosti víme, že je mnoho praktických sester, které jsou odborně vzdělané a šikovné, ale z různých důvodů nemohou jít studovat vyšší nebo vysokou školu. Pro tento typ sestřiček nám chybí „mezistupeň“ ve vzdělání, který by pomohl zvýšit kompetence praktickým sestram, a tím zvýšit počet všeobecných sester v praxi.

3. Myslím si, že největší devizou pro stabilitu personálu v nemocnicích jsou vztahy na pracovištích. Práce sestry je náročná nejen fyzicky, ale i psychicky. Pokud je na oddělení přátelský kolektiv lidí, kteří si umějí vyjít vstříc, tak se všem hned dýchá lépe.

Musím se zmínit i o dalších benefitech v naší nemocnici, jako je hlídání dětí v dětské skupině Rybička, příspěvek na stravování, náborový příspěvek nebo Multisport karta. Odměňujeme také zaměstnance za pracovní výročí v nemocnici, poskytujeme zvýhodněné ceny masáží a slevy v lékárně a na zdravotnické potřeby nemocnice. Pořádáme i různé akce pro zaměstnance a jejich děti. Ať už je to Den dětí, letní příměstský tábor nebo Loučení s létem. Na podzim zdobíme dýně, vyrábíme adventní věnce a v neposlední řadě organizujeme teambuildingové akce jako volejbalový a bowlingový turnaj.

### Mgr. Dana Vaňková,



náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, Fakultní nemocnice Hradec Králové

1. Fakultní nemocnice Hradec

Králové (FNHK) stejně jako ostatní zdravotnická zařízení v celé České republice řeší nedostatek zdravotnického personálu. Ve FNHK máme zhruba 1634 úvazků sester a záchranářů, v tuto chvíli máme volných zhruba 20 míst. Bližší informace o volných pozicích je možné najít na webových stránkách FNHK.

2. Problém je složitý a vyžaduje komplexní řešení. Změnu současného vzdělávacího systému však nepovažuji za přínosnou, je ale například možné se bavit o určitých změnách v oblasti kompetencí sester.

3. V nemocnici funguje dětská skupina, která nabízí péči o děti zaměstnanců. Umožňujeme částečné úvazky, což využívají jak ženy na mateřské dovolené či s malými dětmi, tak i studenti zdravotnických oborů. Podporujeme také vzdělávací aktivity zaměstnanců v rámci celoživotního vzdělávání. V posledních letech také výrazně stouply platy, zvýšil se příspěvek zaměstnavatele do fondu kulturních a sociálních potřeb. FNHK investuje každoročně do obnovy a modernizace pomůcek a vybavení pro usnadnění a zkvalitnění ošetrovatelské péče a snaží se také o zlepšení pracovního prostředí zaměstnanců. V nemocnici se chceme více zaměřit mimo jiné i na zlepšení adaptačního procesu pro nové zaměstnance.

### Mgr. Hana Hozová,



náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, Slezská nemocnice v Opavě

1. Je nutno říci, že lidé scházejí ve všech profesích,

nejen ve zdravotnictví. Chybějí učitelé, soustružníci, kominíci, strojvedoucí atd. Ve zdravotnictví navíc není nedostatek pouze všeobecných sester, ale také lékařů. Vnímáme, že je to problém, který se ministerstvo zdravotnictví snaží řešit koncepčně. Z našeho pohledu bylo velice pozitivním krokem navýšení mezd u nižšího zdravotnického personálu, přestože zatížilo rozpočty jednotlivých nemocnic.

2. Práce sestry, ať už všeobecné či praktické, je velmi obtížná. Musím

podotknout, že Slezské nemocnice se personální krize až tak netýká, což je dáno přátelským kolektivem a také faktem, že si sami vychováváme mladé sestřičky. Úzce spolupracujeme se Střední zdravotnickou školou Opava a se Slezskou univerzitou v Opavě, která vzdělává mladé lidi v oboru všeobecná sestra a nadále bude studijní obory rozšiřovat. Jsme se Slezskou univerzitou úzce propojeni. Naše nemocnice je odborným pracovištěm této univerzity a řada studentů na základě pozitivních zkušeností z absolvované praxe v nemocnici posléze zůstává. Řešením nedostatku sester je zcela jistě zvýšit prestiž profese a zároveň udržovat mzdu zaměstnanců nemocnic na solidní úrovni. Ve vzdělávacím systému se dá řada věcí upravit, ovšem pokud mají mít praktické sestry kompetence všeobecných sester, musejí nejdříve získat jejich znalosti a dovednosti. Nepočítám s tím, že by změny přišly rychle, jelikož kdysi na středních zdravotních školách učili lékaři a studium bylo po odborné stránce daleko náročnější, což dnes supluje vysoké školy. Bohužel se často stává, že se maturantka ze střední zdravotnické školy rozhodne jít mimo obor. Scházejí tedy na vysokých školách i v nemocnicích.

3. Určitě chceme, aby naši zaměstnanci byli dobře finančně ohodnoceni, ale prioritou jsou dobré mezilidské vztahy, slušné chování na pracovišti, ať už mezi personálem, či směrem k pacientům. Pro mne je komunikace a kvalita péče o pacienta na prvním místě a tu je potřeba neustále zvyšovat a nepodceňovat.



Mgr. Pavlína Perlíková

Inzerce ▼ M19100011



## Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách

Jedná se o soubor 3 služeb, které přispějí ke zvýšení kvality poskytované paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v České republice:

- **Podpůrné konzultace** – zahrnují návštěvu nezávislého odborníka, který poskytne doporučení při zavádění konceptu paliativní péče a seznámí s tím, co bude hodnoceno při samotné certifikaci.
- **Vzdělávání** – 4 kurzy po 8 hodinách, jejichž zaměření je přizpůsobeno jak potřebám sociálních pracovníků

a pracovníků v sociálních službách, tak také zdravotníkům a managementu

- **Certifikace = expertní šetření v zařízení s vystavením certifikátu** – tým certifikátorů APSS ČR navštíví zařízení a na základě unikátní metodiky přidělí body za jednotlivé oblasti a vydá závěrečné hodnocení

Model Certifikace paliativního přístupu byl vyvinut ve spolupráci s Gerontologickým centrem v Praze, Českou společností paliativní medicíny a Domovem Sue Ryder za přispění společnosti HARTMANN – RICO a.s.

[www.paliativni-pristup.cz](http://www.paliativni-pristup.cz)

Certifikace paliativního přístupu není hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb ve smyslu § 98 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.



ASOCIACE PODKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

# Spletité dějiny stanfordské lékařské fakulty

*Leland Stanford Junior University se stabilně umísťuje mezi nejlepšími univerzitami na světě ve všech existujících žebříčcích ve všech možných oborech včetně medicíny. Přitom i na americké poměry jde o školu poměrně mladou – nedávno oslavila 125 let. Stanfordskou univerzitu si většinou spojujeme se světem informačních technologií. Sídlí uprostřed Silicon Valley a mezi jejími absolventy najdeme zakladatele Googlu, Hewlett-Packard nebo Instagramu. Stejně tak nedomyslitelně však k této kalifornské univerzitě patří špičkové vzdělávací, zdravotnické a výzkumné ústavy a inovativní léčebné metody. Dnes má stanfordská lékařská fakulta na kontě mnoho významných medicínských a medicínsko-technologických objevů a z jejich řad vzešlo zatím šest laureátů Nobelových cen za fyziologii nebo lékařství. Prestiž fakulty je obrovská – dostanou se na ni dva uchazeči ze sta.*

Rodina Stanfordů byla na cestě po Itálii, když patnáctiletý Leland Stanford Jr. dostal tyfovou horečku. Zemřel během noci, když v křesle vedle jeho postele spal jeho otec Leland Stanford starší. Traduje se, že myšlenka na vybudování univerzity na zelené louce Stanforda napadla téhož dne ráno, 13. března roku 1884.

Stanford se jel se svou manželkou Jane Stanfordovou nedřívě poradit s tehdejším rektorem Harvardu. Ten odhadl, že náklady na založení univerzity dosáhnou v přepočtu na současnou hodnotu peněz částky 139 milionů dolarů. „To zvládneme,“ odpověděli prý Stanfordovi ve shodě. Je třeba přiznat, že manželé nebyli nemajetní. Jejich tehdejší majetek se odhaduje na 1,5 miliardy dolarů (opět přepočteno na dnešní peníze). Leland Stanford patřil mezi americké průmyslové giganty a podílel se například na vybudování železničního spojení východního a západního pobřeží USA – po jeho smrti v roce 1893



ilustrační foto: Shutterstock

věnovala v průběhu let Jane Stanfordová univerzitě většinu rodinného majetku.

Univerzita pojmenovaná po zemřelém synovi byla slavnostně otevřena 1. října roku 1891. Do prvního ročníku tehdy na-

stoupilo 555 studentů (dnes má univerzita bezmála 17 tisíc studentů). K dispozici dostala od Stanfordových pozemek v Palo Alto o rozloze 31 km<sup>2</sup>. Dost místa pro rozšiřování působnosti a rozvoj pracovišť včetně těch medicínských.

## Ze „San Fran“ do Palo Alto

Historie samotné stanfordské The School of Medicine je však poměrně spletitá a sahá dokonce do doby ještě před vznikem samotné univerzity. V roce 1858 lékař Elias Samuel Cooper ze San Franciscas založil ve spolupráci s Pacifickou univerzitou vůbec první zdravotnickou školu na západním pobřeží Spojených států amerických. Ta pak v průběhu let změnila svůj název a připojila se k jiné sanfranciské univerzitě – presbyteriánské San Francisco Theological Seminary. Už tehdy se škola stala prestižním ústavem –

Inzerce ▼ M191000268

**NUTRICIA**  
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION



její součástí byly výzkumné laboratoře, chirurgické sály přístupné medikům, a nakonec také vlastní nemocnice se stovkou lůžek, kterou škola otevřela v roce 1895. V témže roce také při škole vzniklo jakési „učiliště“ pro zdravotní sestry.

Stanfordova univerzita získal tehdejší Cooper Medical College v roce 1908. Pod novým vedením se fakulta rozdělila na deset kateder. Zaměřovaly se na anatomii, bakteriologii a imunologii, fyziologii, chemii, farmakologii, patologii, medicínu, chirurgii, porodnictví a gynekologii, hygienu, veřejné zdraví. Ještě půl století však trvalo, než se fakulta stala součástí stanfordského kampusu. O přesunu do Palo Alto se rozhodlo až v průběhu padesátých let a na jejich konci – v roce 1959 – se škola v té době již nesoucí dnešní název Stanford University School of Medicine definitivně usídlila na půdě rozlehlého univerzitního areálu Stanfordovy univerzity.

## Medicínské milníky

Stanfordská fakulta medicíny a její univerzitní zdravotnická a výzkumná zařízení se zapsaly do dějin svého oboru řadou objevů, technologickými inovacemi a průkopnickými medicínskými metodami. V roce 1970 zde Leonard Herzenberg vyvinul fluorescenčního zobrazování buněk. O rok později odstartoval John Farquhar a Peter Wood první rozsáhlou klinickou studii ukazující na vliv cholesterolu na kardiovaskulární choroby. V roce 1968 byla ve stanfordské univerzitní nemocnici uskutečněna Normanem Shumwayem první transplantace srdce na území Spojených států amerických, ve Stanfordově zdravotnickém centru zase v roce 1981 provedl Bruce Reitz se svým týmem první souběžnou operaci srdce a plic na světě.

Výčet úspěchů a průlomů v medicíně tímto zdaleka nekončí. Pokud bychom chtěli hledat nějakou aktuální stopu u nás, pak můžeme vzpomenout na stereotaktický radiochirurgický CyberKnife, který najdeme ve Fakultní nemocnici Ostrava a brzy také v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Přístroj za zhruba 200 milionů korun vyvinul stanfordský profesor John R. Adler. Jeho první verze byla poprvé instalována na půdě Stanfordovy univerzity za účelem klinického výzkumu v roce 1991.

(mal)

## Profesionalita a prestiž

**Cadenza**<sup>®</sup>



## Novinka

### Kalhoty Alba

Dámské kalhoty polopřiléhavého střihu s užšími nohavicemi. Na předním díle dvě vnitřní půlkulaté kapsy, na zadním díle dvě nakládané kapsy. Zapínání na kovový zip a plastový knoflík. Zadní díl tvarovaný členicím sedlem s pevným pasem a poutky na pásek. Celé kalhoty jsou ozdobně proštepované. Materiál s výraznou strukturou, proužkem, je použit hravým způsobem. Univerzální délka cca 104 cm.

**Materiál:** 100% bavlna, sanfor., merc., 220 g/m<sup>2</sup>, 95°

**Velikosti:** 32|34|36|38|40|42|44|46|48|50|52|54

**Barvy:** ○

Další naše podzimní novinky si prohlédněte na e-shopu

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



# Představujeme patientské organizace: Koalice pro zdraví

*Koalice pro zdraví je obecně prospěšnou společností, která vznikla v roce 2004 a zaštiťuje několik desítek patientských organizací. Nemá individuální členy, ale partnerské organizace, kterým aktivně pomáhá zapojit se do dialogu s ministerstvy, pojišťovny a lékařskými společnostmi. Organizace je významným poradním hlasem pro autority i samotné pacienty, v nichž se snaží probudit zodpovědnost za vlastní zdraví. Zakladatelka a ředitelka sdružení Jana Petrenko je přesvědčená, že silný patientský hlas je potřebný a přináší rozhodovatelům zpětnou vazbu o fungování zdravotnického systému. A také že pacient, řádně poučený o své diagnóze, může být pro lékaře užitečným partnerem.*

Pacientské organizace začaly v Česku vznikat po roce 1989 z přirozené potřeby sdílet informace, které se k nám dostávaly buď velmi pomalu, nebo naopak živelně. Pacienti chtěli o svých nemocích především vědět co nejvíce, zároveň si však stále jasněji uvědomovali, že musejí být také slyšet, chtějí-li něco ve zdravotnickém systému změnit. Jana Petrenko se ve Spojených státech věnovala televizní tvorbě, ale náhoda ji nakonec přivedla k problémům českých pacientů. Nejprve se zapojila do hledání finančních prostředků pro Domov sv. Karla Boromejského v Praze, který přestože školil vězeňkyně v ošetrovatelské práci z vlastních zdrojů, musel za jejich práci platit vězeňské službě. Peníze na tento projekt se jí nakonec podařilo získat od farmaceutické společnosti GlaxoSmithKline.

Jana Petrenko pak byla oslovena Mezinárodní asociací farmaceutických společností (MAFS – předchůdce Asociace inovativního farmaceutického průmyslu), aby pomohla patientské spolky zviditelnit. Založila tedy v roce 2004 Koalici pro zdraví. „Vypátrali jsme asi deset spolků, mezi nimi třeba Mamma Help, a zjistila jsem, že mají velké finanční těžkosti. Jediným zdrojem peněz byly pro většinu z nich granty od ministerstva, které mířily hlavně na rekondiční pobyty, nikoli na jejich běžný chod. Lidé v nich pracovali a dodnes pracují často zadarmo. Původním nápadem MAFS bylo vytvořit zastřešující organizaci, což jsem odmítla, protože jedna vše zastřešující organizace – totiž KSC – tady už byla a tou dobou to slovo „zastřešující“ vyvolávalo spíše negativní emoce,“ vzpomíná na začátky Jana



Petrenko. „Chtěla jsem asociaci, kde by všichni členové měli stejná práva, bez ohledu nato kolik pacientů zastupují.“ Koalice se brzy rozrostla a Jana Petrenko dostala od členů mandát zastupovat je při jednání s autoritami.

## Sílící hlas pacientů

Nebylo lehké se prosadit, protože na ministerstvu zdravotnictví (MZ) znali pouze Svaz pacientů Lubomíra Olejára. Jana Petrenko objížděla kongresy, navštěvovala odborné společnosti a vysvětlovala, že spolupráce s pacienty může být oboustranně prospěšná. Brzy se jí podařilo získat podporu předních lékařů, třeba prof. Jiřího Vorlíčka nebo později prof. Štěpána Svačiny, který je dnes členem dozorčí rady. Od lékařských osobností také stále čerpá cenné informace. „Měla jsem štěstí, že na ministerstvo nastoupil Tomáš Julínek, kterého jsem znala jako senátora. Založili jsme spolu první patientskou radu na MZ. Na jednu stranu bylo sice přínosné, že jsem mohla prezentovat problémy patientských organizací, které jsem zastupovala před náměstkou a řediteli odborů, ale uvědomila jsem si, že je třeba dát hlas jednotlivým organizacím, které o své agendě vědí nejvíce.“

Koalici se s legislativním odborem MZ postupně podařilo formulovat

práva a povinnosti pacientů a začlenit je do českého právního systému. Vztah pacienta a lékaře je jedním z ústředních témat organizace. Spory často vznikají ze špatné komunikace a někdy jenom na základě bezvýznamné malichernosti. Což Jana Petrenko poznala už v New Yorku, kde pracovala jako dobrovolnice – soudní mediátorka především pro přistěhovalce, kteří neměli peníze na právníky. „Proto věřím, že pocity křivdy, které si pacient nese, by měly být včas vyřešeny, jinak v člověku narůstá pocit nespravedlnosti a problémy nabývají obřích rozměrů. V konečném důsledku to může zbytečně poškodit pověst lékaře nebo zdravotnického zařízení,“ konstatuje ředitelka organizace.

Jana Petrenko je přesvědčena, že vnímání práv pacientů se za posledních patnáct let zásadně posunulo. S Koalicí pro zdraví se zasadila například o to, aby pacient mohl nahlížet do zdravotnické dokumentace a její části si kopírovat. A vzpomíná na kauzu úmrtí trenéra Ivana Hlinky v roce 2004, jehož manželce odmítli vydat pitevní zprávu. Na konferencích proto toto právo stále připomínala, stejně jako právo znát svoji diagnózu, o čemž i největší lékařské autority zdaleka nebyly přesvědčeny.

Dnes už lékaři musejí čelit opačnému problému – přemíře informací, které pacienti čerpají často z pochybných zdrojů. Koalice se proto snaží co nejvíce propagovat spolupráci odborných společností a patientských organizací, které o dané diagnóze vědí nejvíce. „Když pacientovi sdělí diagnózu chronického onemocnění, dlouho se s ní potýká sám a často ho nenapadne patientskou organizaci vůbec kontaktovat. Za dobu, co pro Koalici



Ze senátního jednání

Foto: archiv Koalice pro zdraví

pro zdraví pracuji, se snažím změnit vnímání patientských spolků. Že nejde jen o poskytnutí útechy, ale že především slouží jako relevantní informační zdroj. Žádná pojišťovna nemá dost peněz, aby platila doktory, kteří by měli dost času do hloubky vysvětlovat pacientům a jejich blízkým všechny podrobnosti o diagnóze," říká Jana Petrenko.

### Partner pro autority

Koalici pro zdraví se podařilo dostat do různých poradních orgánů a pracovních skupin státních orgánů. Na ministerstvu zdravotnictví je již dvanáct let členem pracovní skupiny k Seznamu zdravotních výkonů, kde sice Jana Petrenko nemůže za svou organizaci hlasovat, ale přináší do odborné diskuse podněty ze strany pacientů. „Odborné společnosti, které žádají o schválení nového výkonu, musejí prokázat přínos pro pacienta. A já mám možnost klást otázky.“

Petrenko také docházela spolu se zástupci patientských organizací na kategorizační komisi při MZ, kde zažívala silné okamžiky, když do Česka přicházely nové biologické léky, na které netrpělivě čekali těžce nemocní pacienti.

Důležitý v historii organizace byl i vznik patientské rady VZP. Toto fórum dosud žádná jiná pojišťovna nezavedla. Úkolem Jany Petrenko je shromáždit podněty od jednotlivých členů Koalice pro zdraví a odeslat je na VZP, aby se na ně klíčoví lidé ve VZP mohli připravit a konstruktivně je projednat. Jednání

se zúčastňují zástupci organizací, které podněty zaslaly.

Kromě upevňování práv pacientů je jedním z cílů organizace i šíření povědomí o povinnosti dbát na své zdraví. „Byla jsem jedním z těch, kteří považovali zavedení regulačních poplatků za správné, protože se zde stále chodí k lékaři i se zbytečnostmi, a lobbovala jsem za zákon o dobrovolných poplatcích v parlamentu. Ale zároveň jsem se vždy snažila upozorňovat na různé nepravosti, jako bylo třeba vybírání poplatků za recepty – v jednu dobu běžná praxe, nebo za výkony, které si některá zdravotnická zařízení účtovala dvakrát – od pacientů a od pojišťoven. Poplatky existují stále, jen se transformovaly do registrací a sponzorských darů. Pacient by měl mít možnost výběru a možnost si legálně doplatit rozdíl mezi tím, co hradí pojišťovna, a co chce on. Ale legálně, což se do dneška nepodařilo prosadit,“ komentuje situaci v hrazení Jana Petrenko.

### Lobbing za zdravý rozum

Ředitelka Koalice pro zdraví schvaluje emergentní systém, který tvoří jeden ze čtyř bodů aktuální novely zákona o léčivech. Tento systém jí připadá jako logické opatření ku prospěchu pacienta. Pacient má záruku, že nebude muset svůj lék shánět v několika lékárnách, ale že si chybějící lék lékárna od výrobce vyžádá. Podle Jany Petrenko se tak sníží riziko reexportu, což je lukrativní

obchod – a distributoři logicky bojují za své zisky. Nelíbí se jí, když se schovávají za pacienty: „V lékárnách chybějí stovky léků. Některé kvůli výpadkům ve výrobě, což není možné předvídat, a část kvůli re-exportu do jiných zemí EU, kde se prodávají za mnohem vyšší ceny. Je nutné si uvědomit, že firmy nemají povinnost dovážet neomezené množství léků na malý trh, když se jim to nevyplácí. Distributor, který léky reexportuje, může výrobce poškodit. Může mu totiž nakonec na některém zahraničním trhu konkurovat jeho vlastním lékem. Léky se sem mají vozit pro pacienty, a ne pro distributory,“ argumentuje Jana Petrenko. „Od začátku existence Koalice pro zdraví tvrdím, že zdravotnictví má být apolitické. Nemoci si nevybírají své oběti podle partajní příslušnosti.“

Ředitelka se také velmi zasazovala o hladký průběh přijetí lékového záznamu. Nechápe odporce opt-out režimu, který automaticky předpokládá souhlas pacienta. Vidí v něm jednoznačný přínos hlavně pro seniory a zdravotnický systém, který pomůže lékařům lépe se orientovat při předepisování léků. A také snahu lépe působit na pacienty, kteří nadužívají lékařskou péči.

Koalice pro zdraví lobbuje a bude lobbovat především za pacienty, aby měli nejen přístup k nejmodernější léčbě, ale také aby měli možnost i se závažnou diagnózou prožít důstojný život. Ředitelka Koalice pro zdraví k tomu podotýká, že v minulosti jen málokterý z ministrů projevil odvahu pustit se do skutečné reformy. A pokud se pokusil něco reformovat, brzy také skončil. „Všichni se na ministrovi Julínkovi poučili, že žádná reforma se dělat nemá. Zreformovat systém není možno za jedno volební období. Stala se z toho především politická otázka, která bohužel s kvalitou péče a s ekonomickou rozvahou má velice málo společného,“ uzavírá Jana Petrenko.

Mgr. Pavlína Perlíková

### Kontakty:

**Koalice pro zdraví, o.p.s.**

5. května 1640/65  
140 00 Praha

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



## V Hradci začala výstavba nového transfuzního oddělení

V areálu Fakultní nemocnice Hradec Králové začala výstavba nového objektu transfuzního oddělení. Budova za zhruba 140 milionů korun vyroste na místě již nevyhovujících objektů, které čeká demolice. Stavební práce by měly být dokončeny do konce října roku 2020.

„Stavba nového objektu pro transfuzní oddělení je velice potřebná, protože oddělení je nyní umístěné v jedné z nejstarších budov, které v areálu máme,“ uvedl ředitel FN HK Vladimír Palička. Kvůli stavbě bude od poloviny září omezen provoz na jedné z hlavních komunikací v areálu nemocnice, silnice však zůstane se zvýšenou opatrností po celou dobu stavby průjezdná.

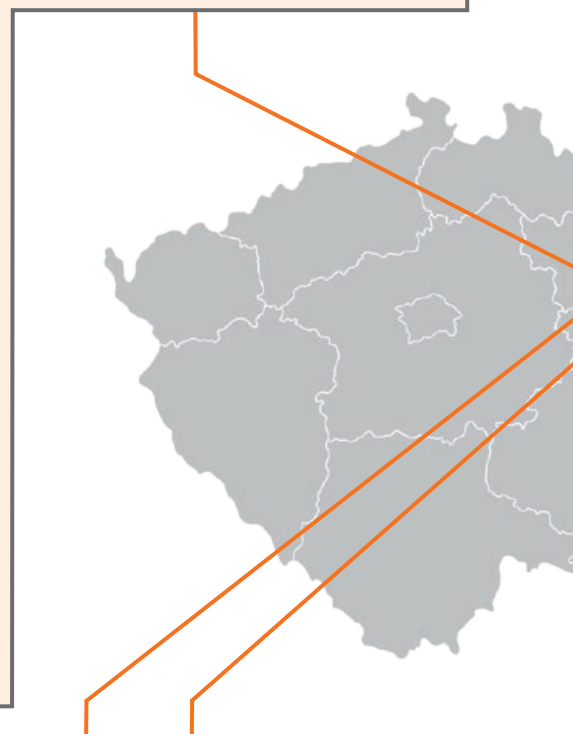
Kvůli výstavbě jsou přestěhovány plazmaferetické centrum, odběry plazmy, trombocytů. Autotransfuze jsou od července přestěhovány do třetího patra Pavilonu profesora Bašteckého (budova č. 23). Dárci krve budou moci krev darovat i během výstavby v současném objektu transfuzního oddělení (budova č. 19) – jeho demolice a úprava zpevněných a parkovacích ploch je plánována až po dokončení stavby nové budovy.

Nová budova nabídne nejen moderní zázemí pro odběry krve, ale i odpovídající zázemí pro zpracování krve a jejich složek. Zhruba 70 procent nákladů pokryje dotace ze státního

rozpočtu, zbytek vlastní zdroje nemocnice.

Transfuzní oddělení nemocnice odebírá krev a krevní složky bezpříspěvkovým dárcům (ročně uskuteční více než 18 tisíc odběrů plné krve a 15 tisíc plazmaferéz); zpracovává odebranou krev, vyšetřuje a dodává transfuzní přípravky svým nemocničním pacientům.

Zdroj a foto: FN HK



## Stomici si pomáhají

Navzdory nejlepší lékařské péči stomiky často trápí myšlenky na nemoc a s ní související důsledky pro ně samé a pro jejich rodinu. V této situaci nabízejí pomoc pacientské organizace. Profesionálové nemohou pacientskou organizaci nahradit. Také proto se stomici sdružují, vyměňují si zkušenosti, vzájemně se podporují, a to nejen na regionální, ale i na mezinárodní úrovni. Od jara 2019 začala pracovat skupina stomiků v Hradci a Pardubicích. S nápadem organizovat stomiky přišla Jitka Svobodová, která má osobní zkušenost se životem se stomií. Vaše pacienty zve k pravidelnému společnému

setkávání, a sice každou první středu v měsíci od 15 hodin v kavárně hotelu Černigov v Hradci Králové. Kontakt: e-mail: stomichradec-pardubice@

seznam.cz, tel.: 775 241 074. Kontakty na další spolky stomiků najdete na [www.ILCO.cz](http://www.ILCO.cz).

Zdroj: ILCO, ilustrační foto: Shutterstock



## Unikátní diagnostický software ve FN Ostrava

Tým odborníků komplexního cerebrovaskulárního centra Fakultní nemocnice Ostrava pracuje se speciálně vyvinutým softwarem, který dokáže přesně určit rozsah prokrvení mozkové tkáně. Podle přednosta neurologické kliniky Michala Bary je to obrovský pokrok v oblasti diagnostiky cévní mozkové příhody. „Díky novému softwaru jsme schopni dokonale poznat, která část mozkové tkáně je již odumřelá

a která část je schopna se po otevření cévy uzdravit. Je to důležité hlavně u pacientů, kteří přicházejí do nemocnice z nejrůznějších důvodů pozdě.“

Všichni pacienti s podezřením na cévní mozkovou příhodu projdou ve FN Ostrava vyšetřením na CT. Nicméně toto vyšetření, zejména u cévních mozkových příhod, které se staly před více než 6 hodinami, nedokáže zcela přesně určit rozsah postižené tkáně. Nový software po provedení CT perfuze barevně ukáže místa, která zasažena nebyla. Podle velikosti zasažené části se pak tým lékařů rozhodne, k jakému

typu léčby přistoupí. „Naši intervenční radiologové pod vedením Václava Procházky jsou schopni zprůchodnit cévu až v 80 procentech a uzdravit pacienty v 50 procentech všech případů. Nejdůležitější roli ale hraje samozřejmě čas. V ideálním případě by se měl pacient do iktového centra dostat do dvou hodin od cévní mozkové příhody,“ připomíná Michal Bara.

Software má FN Ostrava jako jediné iktové centrum v Moravskoslezském kraji. Licence stojí ročně přes tři čtvrtě milionu korun.

Zdroj: FNO

## První školicí centrum pro specializované operace kolene

pro korekční osteotomie kolene v České republice. Je to ocenění naší práce a dobrá zpráva pro naše pacienty, že právě kroměřížská ortopedie má vysokou odbornou úroveň,“ řekl Moheb Rafi, primář ortopedického oddělení, který se speciální operační technikou zabývá už deset let a za tu dobu provedl okolo tří stovek těchto operací.

Metoda se používá u střední artrózy, kdy má pacient jednu polovinu kolenního kloubu opotřebovanou, ale druhou ještě zdravou. „Osa kolene bývá v takovém případě vyhnutá. Technika operace spočívá v rozvěření klínu po protěti kosti pod kolenem s následnou

fixací pomocí šroubů a dlah. Tím dojde k vyrovnání osy, rozložení zátěže a jejím přenosu na zdravou polovinu kloubu, důsledkem čehož bolest ustoupí. Současná populace se dožívá více let, lidé chtějí žít aktivně i ve vysokém věku. Endoprotéza kolenního kloubu má životnost při nejlepším asi dvacet let. Znamená to, že právě osteotomie je v indikovaných případech ideální volbou jak posunout načasování totální náhrady kolene. Mému nejmladšímu pacientovi, který podstoupil osteotomii kolene, bylo v době operace sedmáct let a nejstaršímu pětasedmdesát,“ uvedl primář Rafi.

Zdroj a foto: KMN (red)

Jako první u nás a jako jedno z mála pracovišť ve střední a východní Evropě získalo ortopedické oddělení Kroměřížské nemocnice certifikát školicího centra pro korekční osteotomie kolene. Jedná se o speciální operační techniku, při níž se zachová kolenní kloub pacienta a úpravou osy končetiny se dosáhne správného rozložení zátěže v kloubu. Pro částečně opotřebovaný kolenní kloub tato operace představuje úlevu a může pomoci oddálit jeho kompletní náhradu o mnoho let. Právě v Kroměříži lékaři těchto specializovaných operací provedou okolo tří desítek ročně. Zároveň nyní mohou v této operační technice školit odborníky z dalších českých i zahraničních nemocnic.

„Jsem opravdu hrdý, že jsme se stali prvním certifikovaným pracovištěm



# Zemřel doc. MUDr. Rudolf Kramář, CSc.

Doc. Rudolf Kramář se narodil 30. září 1930 v obci Řásná (u Telče), pak se jeho rodina přestěhovala do Hradce Králové a od roku 1938 žila v Kamenném Přívozu na Benešovsku. Maminka byla švadlenou, tatínek vedoucím v místním kamenolomu. Vystudoval reálné gymnázium v Benešově u Prahy a v roce 1956 promoval na Fakultě vnitřního lékařství UK (dnešní 1. LF UK).

V září téhož roku nastoupil na chirurgii do nemocnice v Litoměřicích, kterou vedl MUDr. Rudolf Špelina, o 6 let později už pracoval v Ústavu klinické a experimentální chirurgie v Thomayerově nemocnici. Zde se nejprve věnoval problematice cévní chirurgie a později, po zahájení kardiochirurgického programu, i tomuto oboru.

V obou odvětvích exceloval nejen v klinické praxi, ale také při zavádění nových metod a postupů. Za připomenutí stojí vypracování metody ochrany cévních protéz před infekcí, spoluúčast na zahájení programu cévních rekonstrukcí v léčbě vaskulogenní impotence, stejně jako jeho významný přínos k metodickému přístupu v chirurgické léčbě vazorenální hypertenze.



Do podvědomí širší veřejnosti se zapsal svojí účastí na přípravě transplantací ledvin a později i srdce. V roce 1984 se účastnil jako jeden ze čtyř chirurgů první transplantace tohoto orgánu v tehdejší ČSR.

Významně se také uplatňoval při zahájení chirurgické léčby ischemické choroby srdeční. Zaměřoval se na technické a taktické možnosti ovládající rozsah vlastních výkonů i na prevenci možných komplikací této choroby. Do oblasti jeho zájmů spadá i průběžná snaha o vypracování optimálního způsobu ochrany myokardu v průběhu výkonů na zastaveném srdci. V oblasti

kardiochirurgie se podílel také na rozvoji chlopenní chirurgie a chirurgické léčbě onemocnění hrudní aorty, a to zejména její akutní disekce.

Jeho znalosti a dovednosti vyústily v desítky článků v českých a zahraničních odborných časopisech, jednoroční stáž na chirurgické klinice Univerzity v Chicagu, podílel se i na zahájení a rozvoji cévní chirurgie na několika českých pracovištích, ale i v tehdejší Jugoslávii. Dlouhá léta se účastnil postgraduálního vzdělávání lékařů v rámci IPVZ.

Doc. Kramář se za svého života nestal členem žádné politické strany. Po revoluci dostal nabídku na post ministra zdravotnictví, kterou odmítl.

„Tyto chvíle patří mezi ty nejsmutnější, které člověk zažívá. Odešel poslední z našich chirurgických ‚otců‘, kteří stáli u zrodu IKEM. Svým vztahem k pacientům, ale i životu vůbec nám byl v mnohém vzorem. Chvíle s ním prožité zůstanou v mém srdci navždy,“ říká prof. Jan Pirk, a blízký přítel doc. Kramáře.

Zdroj a foto: IKEM (red)

## Zachránce milionů by letos v srpnu oslavil „stovku“

*Maurice Hilleman, mikrobiolog, který stojí za vývojem více než 40 vakcín, by letos v srpnu oslavil 100 let. Práce tohoto „otce moderní medicíny“, jak jej odborníci nazývají, každý rok zachrání asi 8 milionů životů po celém světě.*

Snad vůbec nejznámější je příběh, který stojí za vývojem vakcíny proti příušnicím: V roce 1963 onemocněla jeho pětiletá Jeryl Lynn příušnicemi. Její otec – Dr. Hilleman odebral Jeryl Lynn vzorek z hrdla a v následujících dnech se mu podařilo právě z tohoto vzorku izolovat virus a vyrobit účinnou vakcínu proti příušnicím. Jeho druhá dcera Kirsten pak tuto vakcínu dostala, když jí byl rok. Zajímavé je, že se dodnes používá

k výrobě vakcíny stejný kmen viru – říká se mu kmen Jeryl Lynn a existuje v snad nejznámější trivalentní vakcíně proti příušnicím, zarděnkám a spalničkám (MMR).

Svoji první vakcínu Hilleman vyvinul po dokončení studií v roce 1944. Vakcína chránila proti viru japonské encefalitidy, která mohla vést k otoku mozku a smrti. Byla použita k ochraně amerických vojáků za druhé světové války.

Za svůj život Maurice Hilleman vyvinul vakcínu také na hepatitidu typu A a B, plané neštovice, meningitidu či zápal plic. Vyvinul také první vakcínu proti rakovině. Vytvořením vakcíny proti hepatitidě B, se dr. Hilleman stal vůbec prvním člověkem, který zajistil ochranu proti viru, jenž u lidí způsobuje rakovinu jater. Jeho vakcína proti spalničkám zachránila v letech 2000 až 2017 přes 21 milionů životů,





úmrtí na tuto nemoc klesla celosvětově o 80 %.

Další miliony lidí vděčí Hillemanovi za ochranu před Honkongskou chřipkou. V letech 1948 až 1957 totiž zjistil, že virus chřipky může zmutovat tak, že proti němu není nikdo imunní. A předpověděl, že v Hongkongu vznikne pandemie této nemoci. Před očekávaným příchodem viru do USA tak vytvořil vakcínu, která drtivou většinu obyvatel před chřipkou zachránila. Připravil se svým týmem 40 milionů dávek. V důsledku pandemie v USA zemřelo necelých 70 000 lidí, odborníci odhadují, že bez vakcíny mohl počet úmrtí dosáhnout miliónu.

Maurice Hilleman působil v četných národních a mezinárodních poradních výborech a institucích akademických,

vládních a soukromých, včetně Národního úřadu pro hodnocení výzkumného programu AIDS. Ve svém pozdějším životě byl Hilleman poradcem Světové zdravotnické organizace. Za svou práci obdržel řadu ocenění, ale ta nejvýznamnější – Nobelova – mu zřejmě kvůli vzedmuté vlně emocí vyvolaných zmanipulovanou studií o negativním vlivu očkování unikla.

Maurice Hilleman se narodil 30. srpna 1918 v americké Montaně jako osmé dítě. Ve stejné době, kdy se narodil, zemřely jeho dvě sestry (dvojčata) a dva dny poté i jeho matka. Vychoval jej strýc a teta. Svoji kariéru zakončil jako viceprezident farmaceutické společnosti Merck ve věku 65 let v roce 1984.

(red),  
foto: Wikipedia

## Cenu J. Malatinského získala kniha z divize Medical Services Mladé fronty

*V minulém čísle jsme vás informovali o Ceně Josefa Hlávky za nejlepší českou publikaci z oblasti lékařské vědy, kterou získaly autorky knihy *Následná intenzivní péče* (Jarmila Drábková, Soňa Hájková) vydané v edici *Postgraduální medicína nakladatelství Mladá fronta*, divize *Medical Services*. Totéž nakladatelství slavilo úspěch také na Slovensku, tentokrát s knihou z edice *Aeskulap*. Cenu Jozefa Malatinského za nejlepší knihu minulého roku udělovanou Slovenskou lékařskou společností získal titul *Anestézia a perioperačná starostlivosť v onkológii* (Roman Záhorec, Pavel Michálek a kol.) Na následujících řádkách si můžete přečíst recenzi knihy z pera ředitele Všeobecné fakultní nemocnice Davida Feltla.*

Tato rozsáhlá publikace (téměř 450 stran textu) se zaměřuje na neobvykle zajímavý a rychle se rozvíjející segment anesteziologie, a sice anesteziologickou péči o pacienty s maligními nádory. Když uvážíme, že zhoubným nádorem onemocní každý třetí dospělý člověk, je evidentní, že kolegové z prakticky každého medicínského oboru přijdou do styku s onkologickým pacientem ve své běžné agendě.

Kniha je rozdělena celkem do 33 kapitol. Úvodní kapitoly podávají obecný přehled o maligním bujení, epidemiologii nádorů, principech léčby atd. Mírně nelogická a do konceptu monografie ne zcela zapadající mi připadá kapitola 3, Molekulové mechanismy nádorů, která dle mého názoru nemá přímou návaznost na žádnou z dalších kapitol, a bylo by klidně možné se bez ní obejít. Další kapitoly až do čísla 17 včetně bychom mohli nazvat obecnou částí knihy. Přináší velmi užitečný obecný přehled potřeb onkologického pacienta, které

jsou relevantní nejen pro anesteziologa, ale i (a možná především) pro ošetřujícího onkologa. Kapitoly typu žilní vstupy nebo tekutinová léčba jsou cenným materiálem pro mezioborovou diskusi, kterou absolvujeme dnes a denně při společné péči o naše pacienty.

V kapitolách 18–28 pak najdeme orgánově specifickou část monografie. Tento oddíl bychom mohli nazvat učebnicí pro anesteziology před atestací. Kapitoly jsou členěny podle stejné logiky, jsou psány přehledně a doplněny velmi bohatou obrazovou dokumentací. Následují kapitoly 29–32, které jsou opět, dle mého názoru, nesmírně poučným čtením pro onkology,



at už se text týká bolesti, malnutrice nebo podávání transfuzí. Závěr pak shrnuje celou problematiku a snaží se podívat se i do blízké budoucnosti.

Z formálního hlediska je monografie velice pěkná. Již jsem zmiňoval bohatou obrazovou dokumentaci. Text doplňuje i řada grafů, algoritmů a jiných vizuálních pomůcek, které usnadňují a zpřijemňují čtení. Celkově hodnotím tuto monografii jako zdařilou a potřebnou, považují ji

za velmi zajímavé čtení pro anesteziology, anesteziologické sestry i onkology pracující na lůžkových odděleních.

Prof. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA,  
ředitel Všeobecné fakultní nemocnice  
v Praze

# Aktuální medicínská literatura

Divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta na začátku podzimu vydává celou řadu nových lékařských knih. V edici Postgraduální medicína je to například *Myoskeletální medicína pro praxi*, edice Aeskulap se rozrostla o prestižní titul *Dětská anestezie*.



## Myoskeletální medicína pro praxi

Postižení pohybového aparátu postihuje desítky procent naší populace a ve většině případů znamená významné omezení pracovní schopnosti mladých lidí a významné snížení soběstačnosti ve vyšším věku. Předkládaná publikace *Postgraduální medicína* (Hana Matějovská Kubešová et al., edice *Postgraduální medicína*) si klade za cíl shrnout současné teoretické i praktické vědomosti o různých skupinách pohybových postižení z pohledu jejich diagnostiky a průběhu. Dalším cílem je poskytnout přehled o dostupných léčebných metodách včetně fyzioterapeutických metod. Pozornost je věnována i možným rizikům různých léčebných postupů a preventivním aspektům, které podle novějších zjištění sahají až do adolescentního věku.

## Paliativní péče v onkologii

Paliativní péče v onkologii je oblast, ve které jsme v posledních letech svědky dynamického rozvoje, nových postupů a organizačních modelů. Kniha předních českých odborníků (Ondřej Sláma, Marek Sochor, Irena Zavadová et al., edice *Postgraduální medicína*) shrnuje současné poznatky v oblasti léčby tělesných a psychických symptomů, zásady komunikace o závažných tématech nevyléčitelné nemoci a závěru života a také etické a právní souvislosti paliativní péče. Je určena především onkologům, ale



cenné praktické informace v ní naleznou všichni lékaři, kteří ve své praxi přicházejí do styku s onkologickými pacienty v pokročilých a konečných stádiích nemoci, tedy obvodní lékaři a lékaři na interních odděleních, v léčebných dlouhodobě nemocných a hospicích.

## Jsou metabolická onemocnění příčinou všech nemocí?

Starí patologové označovali primárně postižené orgány jako atria mortis. Postižení jednoho orgánu dodnes významně rozhoduje o prognóze nemocných. Rizikové faktory jsou chápány obvykle komplexně. Přitom je známé, že jejich význam pro orgánové postižení se liší – například hypertenze je hlavním rizikovým faktorem mozkových příhod, diabetes mellitus je naopak hlavním rizikovým faktorem koronárních příhod a kouření hlavním rizikovým faktorem ischemie dolních končetin. Řada vrozených metabolických chorob má navíc své orgánové projevy.

Proč se význam rizik orgánového postižení liší, je v mnohém známo a v mnohém je dosud utajeno. Situace je navíc komplikovaná i tím, že i farmakoterapie a léčebná opatření zaměřená na jednotlivé rizikové faktory ovlivňují různé orgány rovněž různě. Přípravovaná kniha (Štěpán Svačina, edice *Postgraduální medicína*) obsahuje například kapitoly věnované onemocnění CNS, srdce, ledvin, cév, jater a smyslových orgánů ve vztahu k metabolickým rizikům.



## Dětská anestezie

Z přibližně 900 tisíc anestezií podaných v naší zemi v průběhu jednoho roku tvoří anestezie dětí, to znamená pacientů do 18 let věku, pouhých 10 procent. V posledních letech navíc dochází k soustředění péče o dětské pacienty do specializovaných center, a tak jsou příležitosti získat větší zkušenosti v anestezii dětí pro většinu lékařů velmi omezené.

Vladimír Mixa a kolektiv autorů, vesměs anesteziologů z předních českých a moravských pracovišť zabývajících se péčí o dětské pacienty, připravili knihu (edice Aeskulap), která si klade za cíl poskytnout přehledné shrnutí problematiky týkající se dětské anestezie. Publikace je určena nejen lékařům anesteziologům, ale též studentům a nelékařskému zdravotnickému personálu.

V obecné části knihy jsou shrnuty fyziologické a farmakologické odlišnosti dětského věku ve vztahu k anestezii, propedeutické postupy včetně periferních a centrálních blokad a popsáno je vybavení nezbytné k úspěšnému podávání anestezie dítěti. Speciální část obsahuje jednotně zpracované postupy podávání anestezie pro obory dětské chirurgie, ortopedie, neurochirurgie, očního lékařství a řady dalších. Součástí speciální části bude též přehled nejčastějších komplikací.

Publikaci doplňuje bohatá obrazová dokumentace, tabulky a algoritmy, rejstřík a množství fotodokumentace a ilustrací. Kniha byla sepsána s ohledem na nejnovější poznatky i praktické potřeby tuzemských zdravotnických pracovníků.

# 25. NÁRODNÍ DERMATOLOGICKÝ KONGRES

22. – 23. 11. 2019  
COURTYARD BY MARRIOTT, BRNO



Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

kongres ČADV se bude konat v Brně v roce stého výročí založení Masarykovy univerzity. Naší akcí se k tomuto velkému výročí hlásíme s vědomím, že i brněnská klinika pro choroby kožní a venerické byla téměř od počátku (od roku 1920) součástí tohoto velkého akademického celku. ČADV se snaží integrovat dermatology v ČR a nabídnout jim toto problematice v širokých souvislostech – od možností onkologické léčby v současnosti, interdisciplinarity až po prevenci, problematiku UV záření a prekancerózy. Zazní přednášky o významu a směřování dermatologie ve 21. století. Připravujeme jako součást programu křest 2. dílu nové Dermatologie, velkého a výjimečného projektu ČADV. Takže jsou srdečně zváni všichni – lékaři, sestry, členové i nečlenové ČADV, kolegové z jiných pracovišť. Pro hladký průběh kongresu uděláme maximum a setkáme se v Brně v milé atmosféře.

Prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc.  
Vědecký sekretář ČADV

## PROGRAM

### 22. 11. 2019 Pátek

8.30 – 9.00 Registrace  
9.00 – 9.15 Zahájení kongresu

#### Blok I - Sympozium rezidentů I.

9.15 – 9.25 Kantová M., Janíčková L., Brno  
**Hluboká mykóza u imunosuprimovaného pacienta**  
9.25 – 9.35 Hebnarová M., Hudec L., Brno  
**Rozsáhlá condylomata accuminata u pacienta s B lymfocytární leukémií**  
9.35 – 9.45 Charvátová H., Prokopová K., Brno  
**Paraneoplastická erythrodermie u pacienta s tumorem močového měchýře a adenokarcinomem rekta**  
9.45 – 10.00 Křest knihy Klinická dermatovenerologie II.  
10.00 – 10.15 Coffeebreak

#### 10.15 – 10.45 Satelitní symposium I. Celgene

#### Blok II - UV záření – prekancerózy, nádory, prevence

10.45 – 11.00 Ionescu A., Paříž, Francie **UV light and fotoprotection**  
11.00 – 11.15 Ettler K., Hradec Králové **Účinky UV světla na kůži, co nového?**  
11.15 – 11.30 Dastychová E., Brno **Aktinický retikuloid a kontaktní alergie**

#### 11.30 – 12.00 Satelitní symposium II. Sanofi – Avensis

12.00 – 12.45 Oběd

#### 12.45 – 13.30 Satelitní symposium III. Novartis

#### Blok III - Dermatoonkologie I

13.30 – 13.45 Krejsek J., Hradec Králové  
**Nádorové bujení, sabotáž v imunitě a zneužití zánětlivé reakce**  
13.45 – 14.00 Žaloudík J., Brno **Onkologické trendy a nádory kůže**  
14.00 – 14.15 Kazakov D., Plzeň **Lymfoproliferace se znakem CD30+ – co nového?**  
14.15 – 14.30 Vašků V., Brno **Kožní T-buněčné lymfomy na I. DVK – bilance**

14.30 – 14.45 Březinová E., Brno **Naše první zkušenosti s ingenol mebutátem**  
14.45 – 15.00 Pinková B., Bučková H., Brno **Kongenitální névy u dětí**  
15.00 – 15.15 Coffeebreak

#### Blok IV - Zánětlivá onemocnění zprostředkovaná imunitními mechanismy I

15.15 – 15.30 Buchvald D., Bratislava, SR  
**Úloha bakterií v patogenese neinfekčních dermatóz**  
15.30 – 16.00 Kircik L., New York, USA  
**What is new in pipeline for Atopic Dermatitis?**  
16.00 – 16.20 Nikolič D., Bělehrad, Srbsko **SCLE and SLE – what is new?**  
16.20 – 16.35 Schimmerová P., Brno **Lichen nitidus**  
16.35 – 16.50 Rob F., Praha  
**Současnost a budoucnost systémové terapie těžké atopické dermatitidy**  
16.50 – 17.00 Schůze výboru ČADV  
17.00 – 17.15 Plenární schůze ČADV  
20.00 – 23.00 Přátelské setkání účastníků

### 23. 11. 2019 Sobota

#### Symposium rezidentů II

8.15 – 8.25 Žáková A., Bodnárová A., Brno  
**Velkobuněčný lymfom dolních končetin limitující diagnózu necrobiosis lipoidica**  
8.25 – 8.35 Daňová B., Brno **Melanom vulvy – kazuistika**  
8.35 – 8.45 Nováková M., Praha  
**Zajímavý klinický případ pacienta po transplantaci srdce**

#### Blok V - Novinky v diagnostice a terapii v dermatologii

8.45 – 9.15 Tomecki K., Cleveland, USA **Ticks in human pathology**  
9.15 – 9.45 Tomecki K., Cleveland, USA **MRSA**  
9.45 – 10.05 Hercogová J., Praha **Závažné kožní symptomy**  
10.05 – 10.20 Křížková V., Praha **Lymfedém – současná diagnostika a léčba**

#### 10.20 – 10.50 Satelitní symposium IV. Eli Lilly

10.50 – 11.05 Coffeebreak

#### 11.05 – 11.35 Satelitní symposium V. Janssen-Cilag

#### Blok VI - Dermatoonkologie II (I. část)

11.35 – 11.50 Urbanček S., Banská Bystrica, SK  
**Novinky v léčbě maligního melanomu**  
11.50 – 12.05 Pěč J., Martin, SR  
**Hidradenitis suppurativa jako potenciálně ochorenie u niektorých onkologických chorob**

12.05 – 12.20 Vičiková A., Brno **Paraneoplazie kožní**

#### 12.20 – 12.50 Satelitní symposium VI. Abbvie

12.50 – 13.40 Oběd

#### Blok VI - Dermatoonkologie II (II. část)

13.40 – 13.55 Martinásková K., Prešov, SR  
**Zriedkavé ochorenia asociované s niektorými prípadmi mastocytózy**  
13.55 – 14.10 Tichý M., Olomouc  
**Dermatoonkologické kazuistiky s málo typickou klinickou manifestací**  
14.10 – 14.25 Slonková V., Brno **Sekundární lymfedém u onkologických nemocných**  
14.25 – 14.40 Fialová P., Vašků V., Brno  
**Soubor našich nemocných s CTCL léčených bexarotenenem aktuálně**

14.40 – 14.55 Drlík L., Šumperk **Obtížně diagnostikovatelné kožní tumory**

#### Blok VII - Zánětlivá onemocnění zprostředkovaná imunitními mechanismy II

14.55 – 15.10 Nováková M., Praha  
**Kožní problematika u pacientů s IBD – mimostřevní projevy vs. nežádoucí účinky léčby**  
15.10 – 15.25 Nečas M., Brno  
**Dupilumab v léčbě atopické dermatitidy – naše zkušenosti**  
15.25 – 15.40 Vašků A., Brno **Novinky v patofyziologii zánětlivých onemocnění**  
15.40 – 15.55 Březinová E., Brno  
**Biosimilars v dermatologii – přednáška sponzorovaná firmou Sandos**  
15.55 – 16.05 Ukončení kongresu

GENERÁLNÍ PARTNER



ZLATÝ PARTNER



STŘÍBRNÝ PARTNER



BRONZOVÝ PARTNER



MEDIÁLNÍ PARTNER





## Nový ředitel FNKV



Ředitelem Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) v Praze bude od 1. října dermatolog Petr Arenberger.

Do funkce ho jmenoval ministr zdravotnictví Adam Vojtěch na základě tendru, kterého se zúčastnilo osm uchazečů. Prof. Arenberger je nyní ve vinohradské nemocnici přednostou dermatovenerologické kliniky. „Petr Arenberger jako pracovník zdejší fakultní nemocnice, ve které byl zaměstnán přes 30 let, z toho několik let byl i ve vedení, má dostatečné množství zkušeností a dobré předpoklady pro funkci ředitele nemocnice,“ uvedl k výběru ředitele ministr zdravotnictví. Nový šéf nemocnice by se měl podle Vojtěcha zaměřit zejména na zprůhlednění nákupů léků a zdravotnického materiálu, rozvoj potenciálu kvality zdravotní péče a zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců.

Petr Arenberger vystudoval fakultu dětského lékařství, obě atestace získal v oboru dermatovenerologie. Obor přednáší i na 3. lékařské fakultě. Od roku 2001 působí jako přednosta dermatovenerologické kliniky ve FNKV a od roku 2002 současně i jako náměstek ředitele pro vědu a výzkum. Je předsedou České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP a místopředsedou České lékařské společnosti. Dosavadní šéf nemocnice Robert Grill, který vedl nemocnici od roku 2016, odchází z FNKV na vlastní žádost.

Zdroj: ČTK, foto: FNKV

## Přednosta neurochirurgie FNUSA v prestižní funkci



Evropská organizace COST, která podporuje rozšíření a provázání výzkumných aktivit mezi evropskými a dalšími zeměmi,

zvolila do pozice Vice-Chair jednoho ze svých projektů přednostu Neurochirurgické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity doc. Radima Jančálka.

„Je to ocenění naší předchozí výzkumné práce na poli neuroonkologie a úspěch celého týmu kliniky neurochirurgie u sv. Anny, uvedl Radim Jančálek.

Současně jde podle něj také o velký závazek a výzvu do budoucna. „Organizace COST se zaměřuje na projekty v oblasti výzkumu, jako je právě využití magnetické rezonance u pacientů s mozkovými nádory (Glioma MR Imaging). Jedná se o velmi aktuální téma, protože prognóza těchto pacientů je přes veškerý pokrok v onkologii stále nepříznivá. Věřím, že užší zapojení do projektu COST Action přinese lepší možnosti pro naše pacienty a posune FNUSA v Brně na poli mezinárodního výzkumu,“ popsal Jančálek. Jmenování je podle Jančálka mimo jiné i odrazem dobrého jména nemocnice v zahraničí. „Musím zdůraznit, že tohle vše by se nestalo bez vynikající spolupráce celého týmu komplexního onkologického centra v Brně, tedy především kolegů a kolegyn z naší kliniky zobrazovacích metod, I. ústavu patologie a také Masarykova onkologického ústavu,“ dodal Radim Jančálek.

Neurochirurgická klinika FNUSA a LF MU se dlouhodobě specializuje na onkologickou problematiku.

Zdroj a foto: FNUSA

## Nová medicínská ředitelka AeskuLabu



Vzděláním lékařka Jana Šimonová má více než dvacetileté zkušenosti z mezinárodních farmaceutických firem jako Eli Lilly, Janssen-

-Cilag; Johnson & Johnson Company či MSD. Pracovně působila v České republice i v zahraničí a zodpovídala především za uvádění nových inovativních přípravků na trh, nastavení cenové strategie a vedení medicínských studií a farmakoeconomických analýz. Do její agendy spadalo i jednání se SÚKL a komunikace s odbornými společnostmi pro onkologii, hematologii, intenzivní medicínu, kardiologii, endokrinologii a psychiatrii. V laboratořích AeskuLab nyní zodpovídá za koncepci laboratorní praxe, vede tým garantů jednotlivých odborností, sleduje odborné směřování laboratorní diagnostiky a na tomto základě tvoří a realizuje strategii společnosti. Ve své nové roli zároveň reprezentuje AeskuLab

Pracoviště laboratorních metod přijme

# IKEM

## LÉKAŘE

na Hematologicko-transfuzní oddělení

**Náplň práce:**

- V části hematologické zajišťování lékařských činností v laboratoři a poskytování konziliárních služeb zaměřených především na transplantační program transplantací solidních orgánů.
- V části transfuzní zajišťování lékařských činností souvisejících s odběry a výrobou transfuzních přípravků, především trombocytů aferézou, zajišťování lékařských činností souvisejících s léčebnými výkony (aferetické výkony, imunoadsorpce).
- Zabezpečení provozu hematologické ambulance, zajišťování jakosti pracoviště a ekonomické efektivity. Účast na řešení výzkumných aktivit a grantů, přednáškové a publikační činnosti.

**Požadavky:**

- VŠ vzdělání lékařského směru
- Výhodou atestace z hematologie a transfuzního lékařství

**Nabízíme:**

- zájemí stabilního nejmodernějšího pracoviště v ČR
- motivující platové ohodnocení včetně zvláštních příplatků
- 5 týdnů dovolené, 3 dny placeného zdravotního volna
- stravování v závodní jídelně, výrazná sleva v lékárně a prodejně zdravotnických potřeb
- částečně hrazené ubytování v blízkosti pracoviště
- možnost využití specializované zdravotnické péče IKEM
- příspěvek na penzijní připojištění
- podpora dalšího vzdělávání a zvyšování kvalifikace

**Nástup ihned nebo dle dohody.**

[www.kariera.ikem.cz](http://www.kariera.ikem.cz) email: [kariera@ikem.cz](mailto:kariera@ikem.cz)  
tel.: 734 764 994

mezi odbornou veřejností a rozvíjí vztahy v rámci odborných a profesních kruhů. Podílet se bude i na tvorbě a struktuře nových produktů pro samoplátce.

Zdroj a foto: AeskuLab

## Ivana Urešová v čele nemocnic hradeckého kraje



Novou předsedkyní představenstva Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje by měla být od 1. února 2020 Ivana Urešová,

kteřá je nyní statutární ředitelkou Oblastní nemocnice Náchod. V čele holdingu, který zaštiťuje činnost čtyř nemocnic, by měla vystřídat Mariana Tomášika, jenž holding vede od začátku letošního roku. „Paní ředitelka se velmi osvědčila při stabilizaci nejsložitější části krajského zdravotnictví – nemocnice v Náchodě. Z tohoto důvodu jí bude svěřena odpovědnost za síť všech krajských nemocnic,“ uvedl náměstek hejtmána pro zdravotnictví Aleš Cabicar k přesunu Urešové do čela holdingu.

Největší krajská nemocnice v Náchodě loni snížila ztrátu na 30 milionů korun z propadu 60 milionů v roce 2017. Rada kraje personální změny ve vedení krajského zdravotnictví vzala na vědomí. Zároveň členové rady jednomyslně potvrdili gesční odpovědnost a pravomoc náměstka Cabicara v oblasti zdravotnictví s tím, že se zdrží jakéhokoli zasahování do výběru a jmenování nového ředitele nemocnice Náchod. Pod Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje spadají nemocnice v Jičíně, Trutnově, Náchodě a ve Dvoře Králové nad Labem. Loni nemocnice snížily souhrnnou ztrátu na zhruba 30 milionů korun z předloňského minusu 69,6 milionů. Dotace nemocnicím z krajského rozpočtu loni činila 236 milionů korun a meziročně se zvýšila o 46 milionů korun.

Zdroj: ČTK, foto: ZHKK

**Hledám  
zdravotní sestru  
nejlépe v důchodu či na MD  
do ordinace PL na Praze 4**

**Kontakt:**  
telefon: 722 292 004

M191000331



## VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ

Ředitelka Pardubické nemocnice a děkan Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice vyhláší výběrové řízení na obsazení vedoucího pracovního místa:

### PŘEDNOSTA INTERNÍ KLINIKY PARDUBICKÉ NEMOCNICE

#### Požadavky na uchazeče:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oborech vztahujících se k interním oborům
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická činnost (doc, prof.) v dotčeném oboru, případně již zahájené habilitační řízení v oboru
- praxe minimálně 8 let v interních oborech, z toho 3 roky v řídicí funkci
- pedagogická a vědecko-výzkumná činnost
- publikační aktivita
- bezúhonnost
- organizační, komunikační a řídicí schopnosti

#### Požadované materiály:

- přihláška, jejíž součástí jsou všechny dále uvedené dokumenty

- strukturovaný profesní životopis
- doklady o dosaženém vzdělání a doklady o manažerském vzdělání
- licence ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře
- doklady o získaných vědeckých a vědecko-pedagogických titulech, příp. přípravě o jejich získání
- přehled vědecko-výzkumných a publikačních aktivit
- platný výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení
- reference alespoň dvou významných osob z interních oborů
- písemná strategie pracoviště, na které se uchazeč hlásí do vedoucí pozice

Přihlášky přijímá do 30. 10. 2019 personální úsek Klára Sotonová,  
Pardubická nemocnice, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice



## VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ

Ředitelka Pardubické nemocnice a děkan Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice vyhláší výběrové řízení na obsazení vedoucího pracovního místa:

### PŘEDNOSTA KLINIKY ORL PARDUBICKÉ NEMOCNICE

#### Požadavky na uchazeče:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oborech vztahujících se k oboru ORL
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická činnost (doc, prof.) v dotčeném oboru, případně již zahájené habilitační řízení v oboru
- praxe minimálně 8 let v oboru ORL, z toho 3 roky v řídicí funkci
- pedagogická a vědecko-výzkumná činnost
- publikační aktivita
- bezúhonnost
- organizační, komunikační a řídicí schopnosti

#### Požadované materiály:

- přihláška, jejíž součástí jsou všechny dále uvedené dokumenty

- strukturovaný profesní životopis
- doklady o dosaženém vzdělání a doklady o manažerském vzdělání
- licence ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře
- doklady o získaných vědeckých a vědecko-pedagogických titulech, příp. přípravě o jejich získání
- přehled vědecko-výzkumných a publikačních aktivit
- platný výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení
- reference alespoň dvou významných osob z oboru ORL
- písemná strategie pracoviště, na které se uchazeč hlásí do vedoucí pozice

Přihlášky přijímá do 30. 10. 2019 personální úsek Klára Sotonová,  
Pardubická nemocnice, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

**NEMOCNICE PÍSEK**

přijme na dětské a neonatologické oddělení

- **LÉKAŘE NA POZICI ZÁSTUPCE PRIMÁŘE**
- **ATESTOVANÉHO LÉKAŘE**

**Požadujeme:**

- specializace v oboru dětské lékařství

**S výhodou:**

- Specializace v oboru neonatologie

**Nabízíme:**

- Práci na akreditovaném pracovišti včetně PCIMP
- Zajímavé finanční ohodnocení
- Náborový příspěvek
- Volno po službě
- Bezúplatné vzdělávání bez smluvních závazků
- Ubytování (1KK, 2KK) pro jednotlivce i rodiny
- Zaměstnanec program mobilního operátora
- Centrum sportu a relaxace v areálu
- Perspektivní a přátelský kolektiv
- Benefity nemocnice
- Dojezdová dostupnost – České Budějovice, Praha, Plzeň, Příbram

**Kontakt:**

Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589

Personální oddělení, tel.: 382 772 017, e-mail: [personalni@nemopisek.cz](mailto:personalni@nemopisek.cz)

Inzerce M191000325

**Věznice Příbram VS ČR**

přijme do pracovního poměru



**Lékaře ve 14. platové třídě**

**Nabízíme:**

- 25 dní dovolené + týden dodatkové dovolené navíc, 5 dní indispozičního volna
- Ročně příspěvek na dovolenou, příspěvek na penzijní připojištění
- Příspěvek na stravu, závodní stravování, mzda od 60 530 do 72 150 Kč podle započtené praxe
- Možný i pracovní poměr na dohodu o pracovní činnosti (800 Kč/hodina) – kratší úvazek
- K dispozici zařízená ordinace, zdravotní sestra

**Požadujeme:**

- odborná způsobilost k výkonu povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb., členství v České lékařské komoře

**Kontakt:** Bc. Jaroslav Popík, vedoucí oddělení personálního mobil: 602 622 182, telefon: 318 656 320, e-mail: [jpopik@vez.pbr.justice.cz](mailto:jpopik@vez.pbr.justice.cz)

Inzerce M191000283

**Pro nově otevřenou kliniku v Brně pro samoplátce zabývající se neurologickými nemocemi a antiaging programem**

**hledáme lékaře nebo lékařku.**

**Požadujeme:**

- ◆ Čerstvého absolventa nebo absolventku VŠ nebo lékaře (lékařku)
- ◆ Zájem o neurologii, imunologii, antiaging a zájem o sebezvzdělávání v oboru.
  - ◆ Profesionální vystupování a komunikativnost.

**Nabízíme:**

- ◆ Plný nebo částečný úvazek a práci na klinice s moderním zázemím (stěhování podzim)
- ◆ Zajímavé platové ohodnocení a získání podílu ve firmě, seberealizace a pracovní růst
  - ◆ Nástup možný ihned, případně po domluvě.

**NEUROVON s.r.o., e-mail: [neurovon@email.cz](mailto:neurovon@email.cz)**

Inzerce M191000286

**ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA**



Zdravotnictví a medicína

číslo 9/2019

**Šéfredaktorka**

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

**Editor**

Mgr. Lukáš Malý,  
tel.: 225 276 208, e-mail: [maly@mf.cz](mailto:maly@mf.cz)

**Redakce**

MUDr. Andrea Skálová,  
tel.: 602 710 567, e-mail: [skalova@mf.cz](mailto:skalova@mf.cz)

PhDr. Jana Jilková

tel.: 225 276 391, e-mail: [jilkova@mf.cz](mailto:jilkova@mf.cz)

**Stálý spolupracovník redakce**

Mgr. René Šifta

**Výkonný manažer redakce, grafika a technické zpracování**

Radek Koňářík, tel. 225 276 455, e-mail: [konarik@mf.cz](mailto:konarik@mf.cz)

**Obchodní ředitelka**

Ing. Kristína Kupcová, tel.: 225 276 355,  
e-mail: [kupcova@mf.cz](mailto:kupcova@mf.cz)

**Personální inzerce**

tel. 225 276 380, e-mail: [personalni.inzerce@mf.cz](mailto:personalni.inzerce@mf.cz)



**Generální ředitel**

Ing. Jan Mašek

**Ředitel divize Medical Services**

Karel Novotný, MBA

**Marketing a distribuce**

**Ředitel marketingu, výroby a distribuce:**

Jaroslav Aujezdský

**Brand Manager:**

Veronika Kocánková

**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](mailto:zdn@mf.cz)

**DISTRIBUCE TITULU**

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

SEND Předplatné, spol. s r.o.,  
Ve Žlíbků 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,  
tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370  
e-mail: [mf@send.cz](mailto:mf@send.cz), [www.send.cz](http://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](mailto:export@mediaservis.cz)

**Objednávky SR:**

Mediaprint Kapa Pressegrossro, a. s.,  
oddělení 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](mailto: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 26. 9. 2019

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2019  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Inzerce ► M1910001266



## Unikátní TV projekt s odborným zpravodajstvím o zdravotnictví



## NATOČTE S NÁMI ROZHOVOR!

- Dostaneme Vaše téma mezi tisíce lékařů, farmaceutů a specialistů.

Kontaktujte nás na:  
[medical-tv@mf.cz](mailto:medical-tv@mf.cz)

Moderuje: MUDr. Michaela Lízlerová

### Sledujte aktuální rozhovory:

Host: **MUDr. Iva Hoffmanová, Ph.D.**, internistka z 2. interní kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
Téma: **Pšenice je vinna – pravda a mýty o celiakii**



Host: **MUDr. Václava Adámková**, primářka Oddělení klinické mikrobiologie z Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
Téma: **Budoucnost antibiotik není vůbec růžová**





MLADÁ FRONTA

## ODBORNÁ KONFERENCE

pod záštitou předsedy vlády Andreje Babiše  
a ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha

# ZDRAVOTNICTVÍ 2020

## 7.–8. LISTOPADU 2019

### HOTEL GRANDIOR NA POŘÍČÍ 42, PRAHA 1

#### Hlavní témata:

- nemocnice – ekonomika, správa a řízení lidských zdrojů
- budoucnost zdravotních pojišťoven
- legislativa ve zdravotnictví
- digitalizace
- léková politika

#### Registrační poplatek:

- 1790 Kč registrace pro členy (UZS ČR: AIFP, AVEL, SSN, GML, AZZS, CZECHMED, ČAFF, AN, AČMN, SZP, SLL, APLEKS, Svaz léčebných lázní / APSS ČR)
- 2990 Kč registrace pro nečleny
- 6000 Kč partnerský vstup

uvedené ceny jsou včetně DPH

Bližší informace a registrace:

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

Generální partner



Hlavní partneři



Vystavovatelé



Partner odborné sekce



Mediální partneři

