



**Nové kity
pro diagnostiku
covid-19 a dalších viróz**

str. 23

**Hodnota lidského
života ve střetu
etických principů**
str. 2

**Závěr života hemato-
onkologických
pacientů...**
str. 31

**Zásady bariérového
ošetřovatelského
režimu**
str. 41

Předplatte si časopis ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

ZAM
Zdravotnictví a medicína



**Roční předplatné za 435 Kč.
Platí do 25. 10. 2020.**



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 **ZM0920**. 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 **ZM0920** Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Zdravotnictví je i „naše fabrika“

V prvním podzimním čísle Zdravotnictví a medicíny určitě nepřehlédnete esej Jiřího Horeckého o hodnotě lidského života. Určujeme ji každý sám, podle své hodnotové pozice a vlastního zorného úhlu. Tedy pokud se pohybujeme v rovině individuální morálky a úvah – a nedojde na peníze. Trpkou realitou je totiž i potřeba vyčíslení hodnoty života právě v penězích, jak tomu bývá pro účely soudních sporů, tedy u kompenzací, odškodnění či náhrad. Vychází se především z ekonomické aktivity člověka, tedy kolik si za celý život může vydělat peněz ve svém povolání. Ale abychom nebyli nespravedliví k českému občanskému zákoníku, kromě kalkulace 400 nominálních mezd zohledňuje například i exaktně nezměřitelné dopady na pozůstalé, duševní útrapy a nakonec uzavírá obecnou formulací, že „nelze-li výši náhrady určit, stanoví se podle zásad slušnosti“...

Optimističtější čtení je rozhovor se Soňou Porubskou, ředitelkou firmy, která je dodavatelským leaderem generik

po celé Evropě. Zentiva v koronavirové krizi nejen obstála, ale je schopná i reagovat na případné výpadky některých léků v jiných zemích. Je tomu tak nejen díky silným kořenům téhle farmaceutické firmy. Hlavní roli hraje osobní nasazení lidí, kteří Zentivu cítí jako „svoji fabriku“. Naštěstí právě nasazením nejsou ve zdravotnictví výjimkou. Bez entuziasmu většiny lidí, kteří v něm pracují, by české zdravotnictví už dávno kleklo.

Prognózu stomického pacienta, respektive jeho „sžívání se“ se stomií ovlivňuje kvalita jeho edukace v péči o stomii. Ta neznamená pouze ošetření kůže v okolí stomie a správnou aplikaci stomické pomůcky. Pro svou odbornost a specifické zkušenosti v systému ošetrovatelské péče je velmi důležitá stomická sestra. Její přítomnost na klinice, stejně jako stomická poradna jsou základem péče o stomického pacienta. Jak dokládá článek Kateřiny Drlíkové, v praxi se osvědčuje model stomické sestry jako „průvodce“ stomika klinikou.

Poznatky, zkušenosti a aktuální kontakty z oblasti krizové intervence, jak je přináší článek Kateřiny Duchoňové, se Vám v dobách koronavirových mohou velmi hodit i u pacientů primárně nepsychiatrických.

Úmyslně jsme zařadili i vynikající, byť dlouhý článek o paliativní péči v hematonekologii, už proto, že se dotýká i mnohem obecnějších témat. Ve zdravotnickém zařízení umírá 67,4 % lidí a dokonce 76,5 % onkologických pacientů. Nejčastější příčinou úmrtí jsou srdeční a cerebrovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění jsou na druhém místě. K poslední hospitalizaci je přijímáno téměř 50 % pacientů v neodkladném režimu. Tento fakt může ilustrovat určité váhání či nezkušenost nebo nemožnost terminální péči plánovat.

Navzdory nepřilíš radostnému tónu zejména závěru tohoto úvodníku Vám přejeme hezký a co možná klidný podzim.

Vaše redakce Zdravotnictví a medicíny

OBSAH



Zdravotnictví a medicína

OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

- Hodnota lidského života 2
- COVID u dětí může zkomplikovat jiná onemocnění 4
- Více než polovina pacientů s inhalátorem jej používá špatně 5
- Rozhovor: Soňa Porubská 6

- Vakcína a lék proti koronaviru z pohledu právníka 12
- Dlouhodobá péče na rozcestí 13
- Personále 14
- Farmabyznys 15
- Zprávy z regionů 16
- Představujeme patientské organizace: Revma Liga ČR 18
- Věda a výzkum 20

MEDICÍNA

- Proč je důležitá krizová intervence 27
- Kazuistika femorální Richterovy kýly u geriatrické pacientky 29
- Závěr života hematonekologických pacientů a paliativa 31
- Edukace pohledem stomické sestry 38
- Zásady bariérového ošetrovacího režimu 41
- Nabídka zaměstnání 42
- Co ukázal rozbor sto let starého léku 45
- Přečtěte si 47



Ilustrační foto: Shutterstock

Hodnota lidského života

Pandemie koronaviru akcentuje zásadní etické otázky, včetně té o hodnotě lidského života. V úvahách se často střetávají dva etické koncepty – teorie užitku a teorie mravních kategorií.

Již mnoho desítek let je zdravotní péče v Evropě dostupná pro všechny. Je to samozřejmost, o kterou se nemusí bojovat, kterou nikdo nezpochybňuje a která se stala součástí dnešní Evropy. Až do března roku 2020, kdy byla situace natolik kritická, že bylo poskytnutí zdravotní péče podmíněno věkem. Některé italské (stejně jako americké) nemocnice odmítaly hospitalizaci osob starších 60, 65 nebo 80 let. Mimo jiné to byla právě tato pro nás šokující a doposud neznámá zkušenost, že péče je jen pro ty „mladší“, která vydělala politiky řady evropských zemí, probudila je a donutila k okamžitým reakcím. Jaká byla logika selekce pacientů? A jaká je vlastně hodnota života seniorů?

Co lze vyčíslit

Hodnotou rozumíme množství peněz, které získáme za daný statek. Život ale není vyměnitelný, tedy směnitelný za peníze. Při stanovení hodnoty života se musíme spíše než s ekonomickými principy a přístupy vyrovnat také s etickým pojetím a etickými dilematy, pokud je to vůbec možné.

V praxi se setkáváme s jednoduchým přístupem, který de facto určuje hodnotu

života podle toho, kolik nám ještě zbývá času. Stejnou logikou přistupovali k selekci některé evropské nemocnice v době koronavirové. Ačkoli se při diskusích či stanovování hodnoty života opíráme o ekonomický přístup, má lidský život pro své okolí, tedy pro své nejbližší, hodnotu nevyčíslitelnou. Pokud nám zemře někdo blízký, dali bychom, tedy přesněji vyjádřeno, obětovali bychom mnoho, abychom mohli jeho život na chvilku vrátit či prodloužit. Bolest a strádání, které prožívají blízcí, milující a pozůstalí, jsou nevyčíslitelné.

Při úvaze o hodnotě života se často střetávají dva velké etické koncepty – teorie užitku a teorie mravních kategorií. Podle teorie užitku (například Jeremy Bentham, 18. století, Anglie) je morální takové řešení, které maximalizuje užitek činu. Každý užitek lze kvantifikovat, potom je oprávněné počítat s hodnotou předpokládané ekonomické aktivity člověka či s podobnými parametry. V teoriích morálních kategorií je život nejvyšší hodnotou, například u Johna Locka, právo na život je nezczitelné a člověk se ho nemůže vzdát ani na základě souhlasu, na rozdíl od dalších dvou fundamentálních práv, jimiž jsou svoboda a vlastnictví. V prak-



tickém životě bude dobré se ptát, pro jaké účely hodnotu života zvažujeme. Je-li to třeba pro účely pojištění, pak je ekonomické zdůvodnění namístě. Rozhoduje-li se o právu na zdravotní péči v situaci výběru mezi více jedinci, pak by se měly zapojit i jiné hodnoty jako například otázka: „Pro kolik lidí bude smrt této osoby nenahraditelnou ztrátou?“ Rozhodování by nemělo být nikdy mechanické, na základě jednoho jednoduchého principu, jako je třeba věk pacienta.

Donedávna čtvrtmilión

Hlavní potřebou vyčíslení hodnoty života v penězích jsou soudní spory, tedy pro účely kompenzací, odškodnění či náhrad. Tyto soudní náhrady za zmařený lidský život mají v oblasti práva dlouhou historii, zejména ve Spojených státech. I v České republice se v rámci soudní praxe setkáváme s vyčíslením hodnoty života. Občanský zákoník z roku 1964, platný až do konce roku 2013, ji vyčíslil numericky částkou 240 tisíc korun (sic!). Nový občanský zákoník to již nečiní a ponechává rozhodování soudní praxi.

Pro tyto účely se vychází z ekonomické aktivity člověka, tedy kolik si za celý svůj život může vydělat peněz. Konkrétně jde o 400 nominálních výplat/mezd, to je deset milionů korun, jak tato hodnota byla vyčíslena v roce 2014. Dnes by stejnou logikou hodnota lidského života atakovala hranici 12 milionů korun.



Problém takto jednoduché nebo lépe řečeno zjednodušené kalkulace hodnoty života je, že zahrnuje pouze a jen ekonomickou aktivitu člověka v rámci jeho práce, jeho povolání. Člověk však přirozeně vytváří řadu jiných hodnot mimo své povolání. Vytvořit vzorec či algoritmus, který by zhodnotil všechny tyto složky, tyto jednotlivosti, není možné ani reálné. Proto i občanský zákoník zohledňuje exaktně neměřitelné dopady na pozůstalé, duševní útrapy a nakonec uzavírá obecnou formulací, že „nelze-li výši náhrady určit, stanoví se podle zásad slušnosti“.

Vertikální a horizontální

Existují dva možné pohledy na hodnotu lidského života. Pro zjednodušení si je pojmenujme jako vertikální a horizontální pojetí hodnoty života.

Horizontální pojetí nás provádí časem. Čím více času nám zbývá, tím větší má náš život cenu. Ostatně je to v souladu s přístupem soudů, ale i nemocnic v době krize. Čím více ekonomické aktivity, ale i sociálních kontaktů můžeme od jedince do konce jeho života očekávat, tím větší je jeho hodnota.

Hlavní potřebou vyčíslení hodnoty života v penězích jsou soudní spory, tedy pro účely kompenzací, odškodnění či náhrad.

Jde tak trochu o spartánský přístup k životu, kdy měřítkem hodnoty života byla bojeschopnost jedince. A v této logice, pokud máme omezenou možnost záchrany lidských životů, se rozhodujeme přednostně pro ty, kteří mají vyšší „výnosnost“.

Vertikální pohled je zcela opačný. Odrazí právě celkový celoživotní přínos člověka svým blízkým, rodině, ostatním lidem a společnosti. Jde o obrácený pohled, otočené pojetí. Právě ten jedinec, který svým úsilím, svými aktivitami, tedy svým životem vytvořil nejvíce hodnot, statků nebo děl, má „větší“ hodnotu. Zde se tedy nedíváme na člověka optikou budoucích výnosů, tedy co pro nás, pro společnost ještě udělá. Díváme se na něj z druhé strany, co všechno společnosti přinesl, čím vším jí za většinu svého života přispěl, jaké je jeho dílo.

Seniorské břímě

Právě ta první – ekonomická optika pro futuro – je důvodem, proč se světové odbor-



Ilustrační foto: Shutterstock

né společnosti (Global Ageing Network, European Ageing Network, CommonAge Australia) sjednotily ve 12 tezích, z nichž třetí a šestá teze uvádí:

„Nemocnice byly během koronavirové krize upřednostňované na úkor domovů pro seniory. Cílem bylo zajistit dostatečný počet lůžek na jednotkách intenzivní péče, pokud by bylo nutné napojit pacienty na ventilaci. Lidem starším 80 let bylo řečeno, aby zůstali tam, kde jsou, a aby napsali svá dříve vyslovená přání tak, aby nikoho nepřipravili o lůžko na jednotce intenzivní péče.“

„V mnoha zemích jsou výdaje plynoucí na péči o seniory součástí fiskální politiky. Jakmile lidé zestárnou a stanou se zranitelnými, jakékoli investice ze strany státu směřující na jejich péči jsou považovány za neúčinné. S každým přibývajícím rokem je péče o seniory pro společnost nákladnější. Takovýto základní společenský postoj však připravuje seniory o jejich důstojnost.“

Ano, tyto dvě teze jsou klasickým konfliktem onoho horizontálního a vertikálního vnímání hodnoty lidského života.

Co je správně

Existují mezní situace, kdy člověk nebo společnost jsou přinuceni volit mezi lidskými životy. V některých situacích, jako je například potápějící se loď, se lidé rozhodují podle ustálených vzorů založených na určitých všeobecně uznávaných hodnotách prověřených historií. Například jsou zachraňovány nejdříve děti, pak ženy jako nositelky budoucnosti lidského rodu. Existují však i jiné vzory, které říkají, že nejdříve se mají zachraňovat ti nejslabší a nejzranitelnější, pro-

tože mají na rozdíl od silných menší šanci se zachránit sami. V obou vzorech se uplatňuje morální kategorie úcty k lidskému životu a v obou se na tomto základě projevuje racionální úvaha o důsledku rozhodnutí. Je vidět, že ve skutečném životě se obě teorie nemusejí stavět proti sobě.

Pokud čtenáři očekávají závěrečné rozuzlení, jasné sdělení, co je vlastně správné, pak budou zklamáni. Tato otázka nemá jednoznačnou, a tedy správnou odpověď. Jde spíše o hodnotovou pozici. Každý ji vnímáme jinak. Čtenáři ve věku do 40 let se budou velmi pravděpodobně více ztožňovat s horizontálním pojetím. Stejně tak možná pragmatičtí či lidé orientovaní na „přežití“. Starší osoby, kohorty 45+ nebo možná spíše 50+ budou více vnímat vertikální pojetí a zcela a naprosto oprávněně očekávat zohlednění a reflexi všeho, co pro společnost vykonali, vykonávají, ale ještě budou vykonávat.

Prezident Spojených států Ronald Reagan v roce 1983 napsal: „Opravdovou otázkou není, kdy lidský život začíná, ale jaká je hodnota lidského života.“ Tu hodnotu určujeme každý sám – a to bez ohledu na to, jakým prismaťem nebo s jakým kalkulačním vzorcem k našemu životu někdo přistoupí, včetně nás samých.

Nevnímejme a neposuzujme hodnotu lidského života pouze podle toho, co může, nebo naopak nemůže člověk udělat. Buďme ve svých soudech nejen velkorysí, ale i moudří a posuzujme lidský život i z retrospektivního pohledu, tedy s úctou ke všemu, co daný člověk za svůj život pro ostatní vykonal.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

Autor je prezidentem Unie zaměstnavatelských svazů ČR

COVID u dětí může zkomplikovat jiná onemocnění

„Příznaky na koronavirus u dětí jsou velmi mírné. Většina žádné neměla,“ upozorňuje v našem rozhovoru **MUDr. Lukáš Homola**, lékař Kliniky dětských infekčních nemocí FN Brno a LF MU.

Velké testování dětí začalo s vyhlášením výjimečného stavu. Kolik dětí bylo v rámci testování pozitivních a kolik negativních?

K odhadu frekvence covid-19 mezi nemocnými dětmi nám nejlépe slouží právě období výjimečného stavu, kdy jsme vyšetřovali všechny nemocné děti procházející Dětskou nemocnicí. V tomto období bylo vyšetřeno 1045 dětí. U 331 dětí bylo při vyšetření zjevné, že se jedná o jiné onemocnění (např. otitida), a proto se covid-19 dále nevyšetřoval. V ostatních případech, tedy u 714 dětí, byl proveden sěr na covid-19, z nichž bylo 7 pozitivních.

Sedm dětí z tisíce vyšetřených je poměrně malý počet. Máte pro to nějaké vysvětlení?

Zpočátku jsme byli z takto nízkého zachytu nervózní, proto jsme překontrolovali celý proces vyšetření od odběru až po zpracování a nenašli žádnou významnou pre-analytickou ani analytickou chybu. Výsledky sěrů jsme ještě ověřili s odstupem pomocí vyšetření protilátek u pozitivních a vybraných negativních pacientů. Na základě dostupných údajů se tedy odvažujeme odhadnout, že v Brně a okolí byl na jaře podíl covid-19 mezi nemocnými dětmi kolem 0,6 %. Od konce května pokračuje testování dál. Za celou dobu testování bylo do konce léta onemocnění potvrzeno u 52 dětí, které prošly odběrovým místem na KDIN nebo stanem v Bohunicích.

Kolik dětí s covid-19 muselo být hospitalizováno?



Ilustrační foto: Shutterstock

V průběhu výjimečného stavu jsme hospitalizovali 93 dětí s podezřením na covid-19. Onemocnění se u nich nepotvrdilo. Až koncem léta jsme měli dva případy, kdy byla nutná hospitalizace u dětí s prokázaným covid-19. V obou případech šlo o děti, kdy covid-19 zkomplikoval jiné závažné onemocnění a oba se vyvíjejí dobře.

Jaké příznaky mají děti při podezření na koronavirus? Jsou stejné jako u dospělých? V čem se liší?

Příznaky u dětí byly velmi mírné. Většina žádné neměla. Tyto děti byly obvykle vyšetřovány kvůli kontaktu v rodině. Kašel nebo teploty byly přítomné asi u třetiny. Zvýšená únava byla přítomná asi u čtvrtiny. Specifické příznaky, jako je např. porucha čichu, neměl téměř nikdo.

Jak děti sledujete, co se týče možného nakažení? Dochází k vám pravidelně na sěry?

Pacienti s výraznějšími příznaky jsou vyšetřováni na ambulancích KDIN v rámci tzv. covid režimu, aby nedošlo k nakažení personálu a ostatních pacientů. Takových je však velmi málo. Většina dětí má mírné příznaky a jsou odeslány pouze na odběrové místo ke sěru. Pozitivní pacienti museli dříve chodit na opakované sěry, dokud nebyli negativní. To bylo pro ně hodně nepřijemné. Nejdelší PCR pozitivita u dítěte trvala 17 dní. Nyní obvykle chodí pouze na jeden sěr.

Proč se koronavirus primárně na děti „nelepší“?

Zahraniční studie poukazují na větší nakažlivost dětí, ale méně závažný průběh, který zřejmě souvisí s ACE2 receptory. Naše výsledky nejsou bohužel schopny na tuto otázku odpovědět. Můžeme pouze potvrdit, že jsme v prvních měsících po onemocnění u většiny dětí nepozorovali žádné výrazné komplikace ani poškození plicních funkcí.

V čem se koronavirus chová u dětí jinak než u dospělých?

Rozdíl v průběhu infekce u dětí a dospělých pozorujeme u mnoha jiných viróz –



např. klíšťové meningoencefalitidy nebo neštovic. Obecně se tento rozdíl vysvětluje různým stavem imunity podle věku.

Je přenositelný koronavirus z rodiče na dítě? V kolika případech se tak stalo?

Přenositelný je velmi dobře. Většina námi zjištěných případů začala tak, že infekci do rodiny přinesl někdo z dospělých. Je to pravděpodobně dané tím, že byly zavřené školy a dospělí chodili do práce. Nebo je to tím, že dospělí mají výraznější příznaky a nemoc je snazší zjistit. Nicméně pouze spekulují.

Jak se lze případně ochránit, aby k přenosu nedošlo?

V současné době nemáme jiné nástroje, než ty notoricky známé – zakrytí úst a nosu, dezinfekce rukou a izolace nemocných. V rodině je to bohužel obtížné.

Co vy doporučujete dětem a rodičům teď po zahájení školního roku?

Jít do školy. Nepřecházet virózy. Dodržovat doporučenou dobu domácího klidu po nemoci. Jako rodič tří školáků vím, jak je obtížné rozhodnutí zůstat s dítětem doma kvůli obyčejné rýmě, ale je to nejlepší, co můžeme v současné situaci dělat.

Mgr. Pavel Žára, M. A.
Centrum komunikace
Fakultní nemocnice Brno

Více než polovina pacientů s inhalátorem jej používá špatně

Inhalační podávání léků je zcela běžnou součástí léčby u astmatu a CHOPN. Podmínkou její úspěšnosti je i zvládnutí inhalační techniky.

S astmatem žije asi 800 tisíc Čechů. Základním předpokladem pro získání kontroly nad nemocí je vhodná udržovací (kontrolující) léčba, ale stejně tak důležitý je výběr inhalačního systému (inhalátoru) a správná inhalační technika. Výsledky průzkumu mezi pacienty na inhalační terapii v České republice totiž odhalily, že přes 50 % z nich používá inhalátor špatným způsobem, jejich nemoci se tak nedostává potřebné léčby a léčbu mohou negativně ovlivňovat. Inhalačním podáváním, běžně užívanou součástí léčby u astmatu a CHOPN, se léky dostávají přímo do dýchacích cest, kde mají rychlý a potřebný léčebný účinek. Inhalační cestou se podávají léky udržovací, tj. dlouhodobé, i léky úlevové. Udržovací léčba má zajišťovat minimum projevů nemoci, a tedy i eliminovat nutnost úlevové neboli záchranné léčby, která se používá pouze při akutním zhoršení příznaků, jako jsou kašel, dýchací obtíže, pocit tíže na hrudníku nebo výskyt pískotů při dýchání, či k léčbě exacerbace. S tím ovšem souvisí nutnost udržovací léčbu samovolně nepřerušovat, jinak léčba není účinná. Alfou a omegou je pak inhalovat správně.

Nejčastější chyby v inhalační technice

„Někteří pacienti před inhalací řádně nevydechnou nebo vydechnou do inhalátoru. Pacienti chybují rovněž ve špatné koordinaci stisknutí dávkovače a nádechu. V takovém případě zůstane lék v ústech a do plic se dostane jen jeho malá část. Totéž platí, pokud nemocný místo vdechnutí léku dech zadrží,“ popisuje časté chyby docentka MUDr. Václava Bártů, Ph.D., z plicního oddělení Medicin, a. s. Další častou chybou je, že pacient nedodrží doporučenou dobu, při níž by měl zadržet dech. Dech se doporučuje zadržet zhruba na 5 až 10 sekund po vdechnutí léku, aby měla léčivá látka dostatek času zůstat v dýchacích cestách a nebyla vydechnuta.

Účinnost léčby leží na bedrech pacienta

Maximální účinnost léčby podávané pomocí inhalátorů lze zajistit pouze dostatečným

zaškolením pacienta v inhalační technice. Každý inhalátor je jiný a je potřeba, aby pacient znal přesně ten svůj a věděl, jak ho správně používat. Názorné videoukázky, jak s jednotlivými typy inhalátorů zacházet, je možné zhlédnout na internetových stránkách mujinhalator.cz. Zároveň není vhodné, když má nemocný více různých inhalátorů a musí se učit ovládat každý jiným způsobem. „Základem každé léčby by mělo být přesné dodržování udržovacího léčebného režimu, které přímo souvisí s kvalitou zaškolení pacienta. Hlavním zdrojem informací by pak měl být lékař, který léčbu předepisuje, a odborná zdravotní sestra, která pacienta učí správnou inhalační techniku. Důležitá je však rovněž aktivní role pacienta, jenž by měl se svými zdravotníky vždy otevřeně komunikovat, klást jim otázky a upozornit je, pokud trpí nějakými obtížemi nebo si zkrátka není jistý, zda lék užívá správně,“ upozorňuje docentka Bártů.

Druhy inhalátorů

K dispozici je dnes několik druhů inhalátorů. Používají se tlakové aerosolové inhalátory, kdy se léčivá látka uvolní tlakem ruky nebo přímo při nádechu. Dalším typem je inhalátor pro práškovou formu léku jednodávkový, mnohodávkový či rezervoárový.

„Lékař má dnes možnost individuálně každému nemocnému vybrat, co mu sedí více. Zároveň je však potřeba pacienta naučit správně zacházet s inhalátorem a rovněž u něj opakovaně kontrolovat inhalační techniku a případné potíže odhalit a odstranit. Nevhodně zvolený inhalátor a nesprávná inhalační technika, která s tím může souviset, totiž mohou být hlavní příčinou toho, že léčba nefunguje, jak má, a je to jednoduše proto, že ji pacient vlastně neužívá,“ vysvětluje docentka Bártů.

Astma a koronavirová epidemie

Astma je chronickou nemocí dýchacího ústrojí, a pokud není pod plnou kontrolou či se jedná o těžké problematické astma, může potenciálně zhoršit současný průběh nemoci covid-19. Pokud je však astma pod plnou kontrolou a pacient je dlouhodobě bez příznaků a vzplanutí nemoci, není riziko covid-19 vyšší než u běžné populace. Podmínkou je především to, aby nemocný přesně dodržoval předepsaný léčebný režim, tedy udržovací léčbu, předepsanou dávku léků i správnou inhalační techniku.

red
Foto: archiv Havas





„Kvalita léků je jistotou pro lékaře,
lékárníky i pacienty.“

Soňa Porubská

„Jak se ukázalo i teď za covidu, máme neuvěřitelné lidi ve výrobě. Zentiva tu má velmi silné kořeny, i tady v Dolních Měcholucech se vyrábí léky už od roku 1930 a lidé ji tu stále cítí jako „svoji fabriku“,“ říká Soňa Porubská, generální ředitelka Zentiva CZ&SK.

Zentiva je pojem, který představuje kvalitní a dostupnou léčbu pro české pacienty. Kvalita je u léku daná, ale stojíte si i za dostupností celé vaší produkce léků?

Kvalita našich léků je daná, garantuje ji registrace, dnes už společná v rámci Evropské unie. Kvalita léků je jistotou pro lékaře, lékárníky i pacienty. A stojím si i za dostupností našich léků. Velkou většinu našich léků používaných v České republice vyrábíme tady v Praze, už z tohoto důvodu jsme tedy velmi flexibilní a dokážeme předcházet výpadkům. Výroba léků je velmi komplexní proces, do výroby léků vstupuje mnoho komponent, od účinných přes pomocné látky až po obalové materiály. Část komponent se dováží ze zahraničí, část je od domácích dodavatelů. Otázkou tak je, jak rychle problém zpozorujete a umíte řešit. Například nedávno jsme díky rychlému přeskládání výrobních linek dokázali flexibilně posílit výrobní kapacity klasického „zentiváckého“ produktu Anopyrinu.

Letos zjara se hodně probíralo, zda by se právě výroba účinných látek neměla co nejvíce přesunout do Evropy...

Ano, v celé Evropské unii se to stalo aktuálním tématem v souvislosti s pandemií covidu-19, především v momentě, kdy Indie a Čína zavřely hranice, protože většina farmaceutických firem je závislá na dodávkách účinných látek z asijských zemí. Má to ale širší souvislosti – na druhé straně stojí tlak na cenu léků, proto výrobci musí vyrábět co nejlevněji. V asijských zemích je možné dosáhnout nižších nákladů na pracovní sílu při zajištění potřebné kvality výrobků. Nicméně pak přijde krize, jako byla koronavirová, a dojde k přerušení exportu.

Já osobně jsem ale přesvědčena, že výrobu všech účinných látek do Evropy přesunout nelze. Stejně tak by bylo velmi obtížné připravit seznam esenciálních léků. V každé z mnoha indikací by byl jiný. Kdybychom měli podchytit všechna onemocnění, zkuste si představit seznam základních léků, které by se v Evropě musely vyrábět... To by nebylo reálné.

A co by možné bylo?

Nastavovat s evropskými výrobci, aby měli zásoby účinných látek ve větším množství, aby se dohodli, kdo z nich by byl schopen v případě potřeby danou látku zabezpečit. Je potřebné problém řešit, ale není to jednoduché, je to spojená nádobla s evropskými cenami léků.

Velkou většinu našich léků používaných v České republice vyrábíme tady v Praze.

Aktuálně poslední akvizice Zentivy je výrobní závod v indickém Anklešváru?

Ano, dokončili jsme ji letos v červnu. Zentiva má nyní 4 výrobní závody, kromě pražské „základny“ ještě dva v Rumunsku a jeden v Indii. V Anklešváru máme vysoce kvalitní výrobu, kterou jsme získali od společnosti Sanofi. Jde hlavně o velkoobjemovou výrobu především tablet. Naše pražská výroba oproti tomu kromě tablet vyrábí i řadu jiných lékových forem, včetně mastí, krémů a injekčních roztoků. V dubnu letošního roku jsme dokončili akvizici středoevropské a východoevropské divize (CEE) společnosti Alvogen.

Značka Zentiva se tak výrazně rozšiřuje do řady dalších evropských zemí. Díky rozsáhlé výrobní síti a vlnkovým výrobním závodům se Zentiva stala dodavatelským leaderem generik po celé Evropě.

A jaká proporce z produkce „pražské“ Zentivy je určena pro český trh?

Více než 75 % léků společnosti Zentiva, které směřují k českým pacientům, je vyrobeno v „Praze“. Praha je pro nás klíčová. Loni jsme zde vyrobili celkem 113 milionů balení léčiv. V prvních šesti měsících roku 2020 pak dalších 69 milionů balení léčiv, což je v meziročním srovnání 30% nárůst. Hrdí jsme ale i na to, že podíl Zentivy z celkové hrubé přidané hodnoty farmaceutického průmyslu v České republice činil v loňském roce 20,5 %.

Ten poslední údaj svědčí i o tom, že – velmi zjednodušeně řečeno – opravdu nejste žádná „montovna“?

Ano. Těch přibližně 20 % přidané hodnoty na jednoho zaměstnance je opravdu vysoké číslo. Vstupuje do toho výzkum, vývoj, registrace, farmaceutický dozier... Pražská Zentiva je naše základna se všim všudy. Nejsme jediný výrobce léků v ČR, ale pouze my zde máme svoji centrálu, výzkum, vývoj, registrace léků. Léky v Evropské unii se registrují takzvaným far-



maceutickým dozierem ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv a Česká republika nám mnohokrát slouží jako referenční stát pro ostatní země Evropy. Zároveň, pokud se dělá nějaké rozhodnutí pro celou společnost Zentiva, tak je to tady, v této budově. Takže jde o rozhodnutí „na míru“ země, která je pro nás domovinou. Kořeny tu máme staré 500 let, i když tehdy se léky samozřejmě nevyrobily v Dolních Měcholupech, ale v lékárně U černého orla na Malé Straně.

Pandemie napříč republikou utlumila výrobu, ale vy jste měli třicetiprocentní nárůst vyrobených balení léků. Souvisí to s tím, že jste největší výrobcem paracetamolu?

Ano. On celý letošní první půlrok byl zvláštní. V prvním kvartálu jsme po-

zorovali určité předzásobování se léky, především přípravky s paracetamolem. Nešlo jen o paracetamol, ale i o ibuprofen, který zde sice neprodáváme, ale jsme jeho velký výrobce. Panika kolem parace-

Výrobu všech účinných látek do Evropy přesunout nelze.

tamolu i ibuprofenu postupně opadala – zjistilo se, jak se covid-19 fakticky chová. Řešit jsme pak ale pomáhali i výpadky v zásobování jinými léky, například ve Velké Británii kriticky chyběl noradrenalin, proto jsme tady v Praze přestavěli linky a Anglii jím zásobovali. Díky

naší flexibilitě jsme byli a určitě i nadále budeme schopni reagovat na situaci v jiných zemích. To jen na dokreslení, že nárůst balení nebyl jen o paracetamolu.

Co stojí za tou flexibilitou?

Jak jsem říkala, rozhodujeme se tady, v Praze. Jsme málo hierarchická, ale komplexní firma, v Praze máme ve výrobě asi 800 zaměstnanců, dohromady v Česku asi 1500, když započítám výzkum, vývoj, komerční jednotku i další složky související s centrálou.

Především však, jak se ukázalo i teď za covidu, máme neuvěřitelné lidi ve výrobě. Zentiva tu má velmi silné kořeny, i tady v Dolních Měcholupech se vyrábí léky už od roku 1930 a lidé ji tu stále cítí jako „svoji fabriku“. Tady se za koronavi-



rové krize pracovalo 24 hodin denně. Ti lidé jsou tak nastavení, že chtějí pomoci. A jsou to nadšenci, ochotní dělat nad rámec svých povinností. Zentivy si vážím nejen proto, že pro ni pracuji.

Zentiva v době koronavirové krize posílila výrobní tým. Měli jste tu nějaké případy onemocnění?

Několik pozitivních případů jsme měli v administrativě, ale ani jeden ve výrobě. Tam se ale pracuje například s respirátory a v ochranných oděvech i za běžného provozu, jde o sterilní provoz. Důležité bylo, že jsme velmi rychle oddělili jednotlivé koridory. Lidé z výroby se nemohli potkat s jinými složkami ani na chodbách nebo třeba v kantýně. Od začátku měli všichni ve všech prostorech povinné roušky, které jsme jim zajistili. Zavedli jsme pro zaměstnance speciální svozové autobusy, aby se nenakazili v MHD. Podařilo se nám tak zajistit kontinuální třísměnnou výrobu.

Nedostatek byl i dezinfekčních prostředků...

Ano, proto Zentiva reagovala na nedostatek desinfekčních prostředků v České republice okamžitě a díky zvláštnímu povolení od Ministerstva zdravotnictví a SÚKL uvedla na trh již v březnu vlastní dezinfekci AntiCovid Zentiva. V květnu i dezinfekci s názvem Sanicor Zentiva, která odpovídá doporučením Světové zdravotnické organizace. Aktuálně jsme dosáhli výrobního objemu 1,5 milionu balení dezinfekčního prostředku na ruce. Tyto dezinfekční prostředky vyráběné v Praze nyní používají lidé v 10 evropských zemích, například na Slovensku, v Německu a ve Francii.

Zentiva je výrobce generik. Proč se tedy zabýváte i výzkumem?

Generika jsou sice léky, které přicházejí po uplynutí patentu, ale nejsou to úplné kopie originálu. Musí mít stejný účinek jako on a samozřejmě stejně nebo méně nežádoucích účinků jako původní lék. Generika na rozdíl od originálu nevyvíjejí inovativní účinnou látku, zato velmi často například novou lékovou formu nebo novou technologii výroby, zejména za účelem jejího zlevnění. Všechna generika také musí projít bioekvivalenčními studii – musíme vždy dokázat, že tento lék se chová v lidském organismu přesně stejně jako originální lék. Registrace generik probíhá stejnými lékovými agenturami jako u originálních léků a posuzují se

RNDr. Soňa Porubská, Ph.D.,

generální ředitelka Zentiva CZ&SK

- Vystudovala imunologii na Univerzitě Komenského v Bratislavě
- Přes 20 let působí ve farmaceutickém průmyslu
- 13 let působila ve firmě Ratiopharm na pozicích od Managing director pro Slovensko, přes rok na stejné pozici v belgické pobočce společnosti a následně jako regionální manažer pro země střední a východní Evropy
- Ve firmě Sandoz měla na starost působení firmy na Slovensku, zároveň řídila oblast přístupu léků na trh pro střední a východní Evropu
- Od roku 2011 generální ředitelka ve francouzské firmě Sanofi, která byla do roku 2018 majitelem společnosti Zentiva
- Od října 2018 začíná Zentiva opět působit jako samostatná společnost, s podporou nového vlastníka – společnosti Advent International. Soňa Porubská je od této doby generální ředitelkou Zentivy CZ&SK.
- V roce 2020 se umístila mezi TOP 25 českými manažerkami v soutěži Top ženy Česka

velmi přísně. Financujeme nebo spolufinancujeme ale také klinické studie, jen za posledních 5 let to bylo 22 klinických studií v souhrnné hodnotě 181,3 milionů korun.

Zentiva je zakladatelem projektu The Parc. O co jde?

The Parc je centrum aplikovaného farmaceutického výzkumu. Projekt byl založen ve spolupráci s předními akademickými institucemi, konkrétně je to VŠCHT v Praze, Přírodovědecká fakulta UK v Praze a Ústav organické chemie a biochemie Akademie věd České republiky. The Parc je unikátní, velmi zajímavý projekt a podle mě fantastický nápad. Nabízí prvotřídní postgraduální akademické vzdělání v kombinaci

Nejsme jediný výrobce léků v ČR, ale pouze my zde máme svoji centrálu, výzkum, vývoj, registraci léků.

s praktickými průmyslovými a obchodními zkušenostmi pod vedením vědců, inženýrů a manažerů z akademické obce i farmaceutického průmyslu. Momentálně máme přes třicet studentů v programu Ph.D. Výsledky jejich výzkumu jsou čas-

to přímo implementovány do přípravků uváděných na trh.

Vy sama máte za sebou, ale i před sebou obrovský kus práce. Na co se v tom všem shonu těší jedna z TOP 25 českých manažerek?

Profesionálně? Já se opravdu těším na každý pracovní den, práce mě baví a mám tu kolem sebe skvělé lidi. Mám radost i z toho, že v příštím roce uvedeme na český trh mnoho nových léků. A chceme uvést i nový zajímavý projekt, jde o léčbu obtížně se hojících ran. Existuje totiž unikátní náplast, vyrábí se z placenty a vyvinuli ji vědci v Brně. Fantasticky pomáhá například pacientům s diabetickou nohou. Spolupracujeme totiž s těmi, kteří náplast vyvinuli, a chceme, aby se tu tento produkt používal. Věřím, že se nám ho českým pacientům podaří zprostředkovat. Projektů máme před sebou kvantum.

A osobně?

Mám velmi tolerantního manžela, se kterým se celý život navzájem podporujeme. Také pracuje v manažerských pozicích, a tak ví, co obnáší stále cestovat. Žijeme v Bratislavě, ale každý týden jsem tady v Praze a mimo domov jsem zvyklá pracovat spoustu let. Ale dokázali jsme to všechno nějak skloubit a pomáhat si. Děti už máme našťásti dospělé a vystudované. Musím zaklepat, že se nám to všechno podařilo.

Nejčastější otázky a odpovědi k aplikaci eRouška



Smyslem eRoušky 2.0 je co nejvčasnější varování uživatelů před možným rizikem nákazy. Dotyčný pak může přizpůsobit své chování tak, aby chránil sebe i své blízké. V důsledku tím můžeme rychleji zastavit další možné šíření onemocnění COVID-19 v populaci.

Jak eRouška funguje?

Chytrý telefon s aplikací eRouška zaznamenává přes Bluetooth LE anonymní identifikátory z jiných zařízení s touto aplikací. Informaci o „setkání“ a jeho délce ukládá do své vnitřní paměti. Pokud u někoho test potvrdí nákazu Covid-19, zavolá mu pracovník KHS a zeptá se, zda nakažený používá aplikaci eRouška. Když to uživatel potvrdí, zašle mu pracovník SMS s jednorázovým kódem, jehož zadání do aplikace umožní odeslat anonymní identifikátory na server. Odtud si je pravidelně stahují ostatní eRoušky k vyhodnocení.

Jak eRouška vyhodnocuje riziková setkání uživatelů?

Algoritmus v aplikaci každého uživatele na základě epidemiologického modelu automatizovaně porovná stažené identifikátory se všemi zaznamenanými setkáními – a v případě rizikového kontaktu zobrazí uživateli upozornění, že hrozí nákaza kvůli setkání s pozitivně testovanou osobou a doporučí další postup (viz instrukce aplikace eRouška pro uživatele).

Je záznam rizikového setkání v eRoušce pacienta důvod pro vydání neschopenky?

Vydání neschopenky pouze na základě záznamu eRoušky není možné. Jedná se o doplňující nástroj, který pomáhá hygienikům v jejich práci a urychluje epidemiologické šetření.

Je záznam rizikového setkání v eRoušce důvod pro indikaci testu na Covid-19?

K testu na COVID-19 indikuje praktický lékař nebo hygienická stanice na základě provedeného epidemiologického šetření. Notifikace eRoušky sama o sobě k indikaci na test nestačí, ale může lékaři posloužit jako doplňková informace v případě dalších symptomů pacienta.

Jaký má pro lékaře a zdravotní personál použití eRoušky smysl?

Stejný jako pro ostatní osoby využívající eRoušku. Pokud vám přijde upozornění z aplikace eRouška, znamená to epidemiologicky významný kontakt s osobou, u které byla prokázána nákaza COVID-19. Je třeba dbát zvýšené opatrnosti a důkladně dodržovat protiepidemická opatření s ohledem na ostatní. Je totiž možné, že jste se mohl/a také nakazit a to i přesto, že se cítíte zdrav/a.

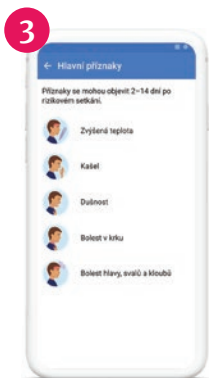
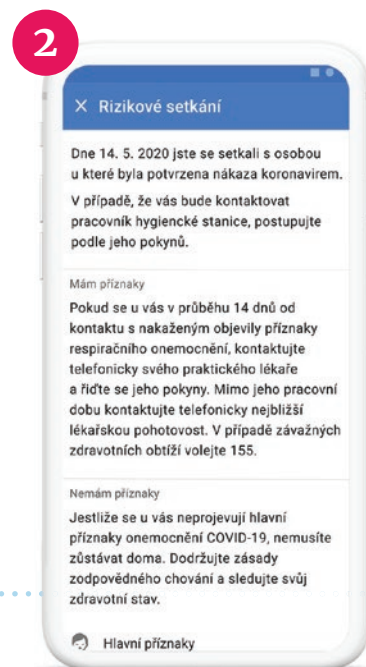
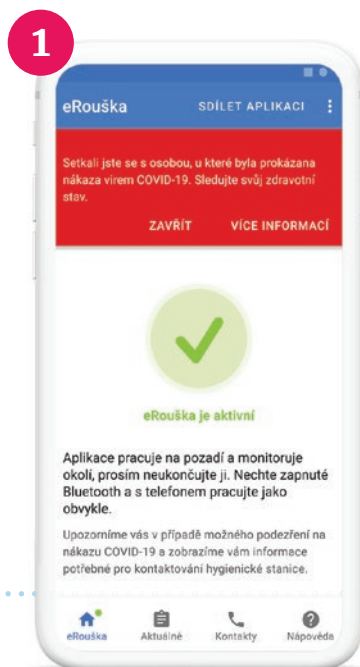
Nemůže se stát, že eRouška mylně vyhodnotí kontakt s jinou osobou, která je např. za tenkou zdí?

Aplikace funguje na principu měření síly signálu Bluetooth mezi dvěma zařízeními. Technicky proto nelze zcela vyloučit nepřesný odhad vzdálenosti a mylnou detekci rizikového setkání. Přesnost měření ovlivňuje:

- existence překážek v prostoru mezi uživateli (umístění telefonu v kapse, nábytek, přepážka apod.)
- použití Apple/Google protokolu, který se stále vyvíjí, avšak za jeho nastavení odpovídají pouze tyto společnosti
- konkrétní model telefonu a kvalita jeho Bluetooth modulu

Upozornění uživatele na rizikové setkání s nakaženým

Pokud aplikace eRouška vyhodnotí, že se uživatel setkal s jiným uživatelem, u kterého test prokázal onemocnění Covid-19, zobrazí mu upozornění (obr. 1) s doporučeným postupem (obr. 2) pro situaci, kdy má příznaky a kdy příznaky nemá.



Uživatel s hlavními příznaky (zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku a bolest hlavy, viz obr. 3) dostává instrukce, aby telefonicky kontaktoval svého praktického lékaře a řídil se jeho pokyny.

Uživatel bez příznaků dostává instrukce, aby se choval zodpovědně a dodržoval konkrétní hygienická opatření (obr. 4). Pokud se s uživatelem spojí pracovník KHS kvůli epidemiologickému šetření, postupuje uživatel podle instrukcí hygienika.

↔ 2m

🕒 15min

Aplikace eRouška zobrazí varování uživateli pouze za předpokladu, že byl s nakaženým ve vzdálenosti bližší než dva metry po dobu delší než 15 minut. Technicky nelze ověřit, zda osoby stály čelem k sobě a zda se nacházely v uzavřené místnosti či volném prostoru.


eRouška

**Chraňte sebe +
chraňte ostatní!**



www.erouska.cz

Vakcína a lék proti koronaviru z pohledu právníka

Léky se obecně podílejí z jedné třetiny na „dobrém žití“ lidí. V minulosti byl přístup k výzkumu léčivých přípravků benevolentní, i přes neblahé důsledky.

Nyní se na celém světě připravuje a je rozpracováno národních a na sobě nezávislých 174 vakcín proti covidu-19, z toho 34 je ve fázi klinických testů a 9 se již zkouší na živých dobrovolnících. V Ruské federaci dokonce byla na začátku září schválena a dána volně k dispozici první vakcína, a to s názvem Sputnik V. AstraZeneca ve Velké Británii přerušila výrobu své vlastní vakcíny, nyní ale opět ve vývoji vakcíny pokračuje. S příchodem koronavirové pandemie nastala zcela mimořádná situace, mimořádné jsou i reakce na ni. Nabízí se tedy otázka, jak má vývoj léků probíhat za normální situace.

Je možná monopolizace?

Léky se obecně podílejí z jedné třetiny na „dobrém žití“ lidí. V minulosti byl přístup k výzkumu léčivých přípravků benevolentní, ale s neblahými důsledky. Například lék thalidomid, určený pro nastávající matky s těhotenskými obtížemi, nebyl podroben dostatečnému klinickému hodnocení. V důsledku toho se narodilo několik tisíc dětí bez horních končetin.

V dnešní době je velmi nákladná výroba léku, kdy vstupní náklady na jeden lék jsou v průměru 1,7 mld. dolarů a zahrnují zejména vyhledávání nových molekul, základní výzkum, klinické studie, administrativu související s registrací a uvedením léčivého přípravku na trh, marketing a propagaci. Příprava může trvat i deset let, přitom z 10 000 až 20 000 zkouma-

ných molekul se podaří uspět jen s jednou. Z tohoto důvodu je nutná „monopolizace trhu“ v podobě originálních léčiv, kdy jinak v právní oblasti je nemyslitelné, aby existovaly monopoly a kartely.

Součástí výzkumu nových léků jsou „preklinické zkoušky“, které se zaměřují na ověření vyloučení kancerogenity, mutagenity, toxicity a teratogenity léku.

Předcházení pokusů na zvířatech, na což je v České republice pamatováno v zákoně na ochranu zvířat proti týrání, nově pomáhají počítačové simulátory pro „testování in vitro“, kdy se využívají buněčné nebo tkáňové kultury lidských nebo zvířecích buněk, případně bakterie či houby.

Právní podmínky klinického hodnocení

Klinické hodnocení probíhá jako systematické testování několika léčivých přípravků na dobrovolnících, které má své nezastupitelné a nezaměnitelné fáze. První fáze je rozdělena na tři části, účastní se jen desítky dobrovolníků a jsou za to honorováni. Podávání je jednorázové a krátkodobé. Druhá fáze, označovaná také jako „pilotní studie“, již má v sobě zabudované podávání pacientům s onemocněním, pro které má být léčivý přípravek indikován. Účastní se již stovky pacientů a nejsou za to nijak honorováni. V pořadí třetí fáze, která má znaky rozšířené klinické studie, zahrnuje i několik set tisíc pacientů, a to současně v několika zemích. V České republice je počet stanoven na 25 000. Vše se děje na specializovaném pracovišti. Zde se získávají nejcennější informace, informace z 1. až 3. fáze slouží jako podklad pro zpracování rozsáhlé registrační dokumentace. Čtvrtá fáze, postmarketingová a postregistrační studie, se provádí po zaregistrování léčivého přípravku a slouží k získání dostatečných informací z reálného života, kdy se aktualizují nežádoucí účinky a ojedinelé může dojít i ke stažení léčivého přípravku v případě, kdy prospěch léčivého přípravku je menší než rizika možných nežádoucích účinků. Čtvrtá fáze nepotřebuje žádné oficiální schválení, jen se oznamuje.

Základní podmínkou, aby klinické hodnocení vůbec mohlo nastat a etická komise a příslušný úřad je schválily, je převyšující prospěch nad riziky budoucího léčivého přípravku. Pokud v průběhu studie tento poměr převáží na stranu rizik, musí být studie okamžitě ukončena. Druhou podmínkou je dobrovolnost účasti a seznámení účastníků s cíli, riziky a obtížemi a právo odstoupit, nedílnou součástí je nutnost podepsání informovaného souhlasu. Třetí podmínkou je provádění jen kvalifikovanými lékaři a nutnost uzavřít pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou zadavatelem klinického hodnocení.

Informovaný souhlas

V České republice se nesmí provádět hodnocení na osobách nesvéprávných, na mladších 18 let a těch, kteří nejsou občany České republiky. Účastnit se nemohou těhotné a kojící ženy. Nezanedbatelným předpokladem je, aby zdravotní stav účastníků vůbec umožňoval udělení informovaného souhlasu. Účastnit se nemohou také osoby ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody.

Existují i dvě „mimořádné podmínky“ a to subsidiarita u nezletilých, kdy je možné provádět klinické hodnocení výjimečně, aby se vycházelo jen z dat zletilých, ale ti nesmí být motivováni finanční pobídkou a navíc musí být předem získán informovaný souhlas od zákonných zástupců, kterými jsou většinou přímo rodiče.

Bez informovaného souhlasu, pokud je pacient v bezvědomí a jeho život je reálně ohrožen, se nejprve žádá zástupný souhlas jeho zákonného zástupce. Pokud není dosažitelný nebo není ustanoven, rozhoduje Etická komise.

Informovaný souhlas musí být udělen písemně, datován a vlastnoručně podepsán. Předchází mu samozřejmě právní jednání, které je učiněné svobodně, za stavu úplné informovanosti. Uděluje jej způsobilá osoba nebo její zákonný zástupce.

René Šifta

Ústav práva a vědy



Ilustrační foto: Shutterstock

Dlouhodobá péče na rozcestí

Mohou pomoci komerční pojišťovny?

Stáří by nemělo být strašákem a je potřeba včas hledat řešení financování dlouhodobé péče. Státu ale z hlediska financování kapacit dlouhodobé péče dochází dech. Nedostatek kapacit se bude dále prohlubovat a bude potřeba do systému dostat nové zdroje.

Výzvy systému dlouhodobé péče

Vlivem stárnutí populace se v následujících 40 letech ztrojnásobí počet osob, které se dostanou do situace nesoběstačnosti a jimž vznikne nárok na příspěvek na péči (při zachování současných podmínek). Z dnešních cca 360 000 osob se dostaneme kolem roku 2060 na 1,1 mil. lidí pobírajících příspěvek na péči v některém z jeho čtyř stupňů. Financování kapacit dlouhodobé péče však dochází dech. A nedostatek kapacit se bude dále prohlubovat. Do systému je třeba dostat nové zdroje. Česká asociace pojišťoven (ČAP) si je vědoma těchto trendů a potřeb. Přichází proto s návrhem, jak mohou komerční pojišťovny pomoci systému dlouhodobé péče v ČR. Ambicí ČAP je vyvolat na téma dlouhodobé péče otevřenou odbornou veřejnou debatu, která vyústí v konkrétní návrhy opatření pro politické rozhodovatele. Z pohledu občanů je oblast nesoběstačnosti a dlouhodobé péče hodna významné pozornosti. Lidé s ní mají osobní zkušenost, mnohdy z vlastní rodiny při péči o své rodiče či prarodiče. Významná část obyvatel je ochotna vzdát se svého pracovního úvazku či jej omezit, aby se mohla starat o osobu blízkou. A většina lidí je dokonce ochotna finančně přispívat své blízké osobě na péči o ni. Současně však očekávají, že základní péči o své občany v tomto směru zajistí stát.

Nedostatečná kapacita je problém již dnes

Situace by možná nebyla tak vážná, kdybychom již nyní – tedy na počátku této demografické změny – nečelili významnému nedostatku kapacit na straně poskytovatelů dlouhodobé péče. Statistiky nejsou bohužel přesně vypovídající, neboť systém klientovi umožňuje podat žádost o poskytnutí péče na více místech současně. Očistíme-li celkový počet žádostí o odhad, jak se duplicitní žádosti podílejí na tomto počtu, může přehled skutečné poptávky nad existující kapacitou lůžkové dlouhodobé péče dosahovat 15 000 až 30 000 lůžek, tedy 20 až 40 % kapacity systému.

Zapojení soukromého sektoru je nezbytné

Česká asociace pojišťoven je přesvědčena, že řešení rostoucího pnutí mezi kapacitou a poptávkou po dlouhodobé péči může spočívat v rozvoji dobrovolného soukromého pojištění dlouhodobé péče (pojištění pro případ nesoběstačnosti) existujícího vedle (či nad rámec) veřejně financovaných schémat a řešení. Tímto způsobem můžeme okamžitě přinést značné dodatečné finanční prostředky do podfinancovaného systému. Základní doporučenou variantou je skupinové pojištění ekonomicky aktivních osob za organizační pomoci a případné finanční participace jejich zaměstnavatelů.



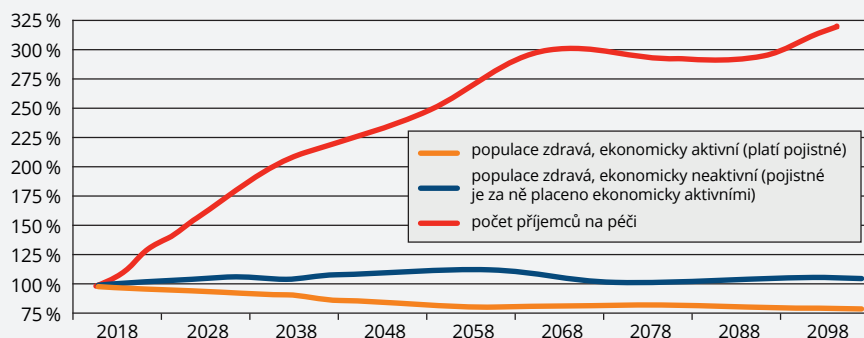
Ilustrační foto: Shutterstock

Toto pojištění by krylo dlouhodobou péčí nejen pro danou osobu do 65 let věku (tj. po dobu její ekonomické aktivity), ale také riziko dlouhodobé péče pro její rodiče. Finanční i organizační stres v rodině a komplikace na trhu práce totiž podle našich zkušeností nejčastěji vznikají tehdy, když ekonomicky aktivní jedinec přerušil své zaměstnání v důsledku nutnosti péče o osobu blízkou (nejčastěji rodiče), která se stala nesoběstačnou. Jedině skupinovým pojištěním (nabízeným pomocí zaměstnavatele) lze držet administrativní náklady produktu na extrémně nízké úrovni a současně relativně rychle získat dostatečně početný kmen klientů. Zaměstnavatel se také produktem může diferencovat od své konkurence na trhu práce.

Pojištění dlouhodobé péče pomůže všem

Pojištěnci tento produkt přinese úlevu v podobě odstranění organizačního, existenčního a finančního stresu a umožní použít získané finanční prostředky pro formální péči o své blízké. Neztratí tak kontakt se svým profesním oborem a zaměstnavatelem, lidsky nevyhoří v náročné situaci péče v režimu 24/7 a současně se adekvátně postará o své nejbližší. Zaměstnavatel nebude muset hledat adekvátní náhradu za odešlého pracovníka, zaškolovat ho, riskovat zhoršení kvality svých poskytovaných služeb či produktů a čelit dodatečným nákladům. Státu nevznikne výpadek v podobě chybějícího inkasa daní a pojištění v důsledku odchodu zaměstnance z pracovního poměru, z kterého se naopak může stát příjemce sociálních dávek. Znamenalo by to přínos pro stát i v podobě zvýšení dostupnosti těchto služeb na území ČR a v konečném důsledku také zlepšení kvality života občanů ČR.

Celková demografická projekce (rok 2018 = index 100 %)



Do roku 2060 se počet příjemců příspěvku na péči ztrojnásobí na 1,1 mil. osob (zdroj: ČAP)

Nový přednosta Urologické kliniky FN Brno



V srpnu 2020 nastoupil do funkce přednosta Urologické kliniky FN Brno a LF MU MUDr. Michal Fedorko, Ph.D., FEBU, který na klinice působí od roku 2011.

Jak zmínil v rozhovoru při nástupu do funkce, mezi jeho priority patří korektní vztahy a spolupráce s urologickými odděleními v rámci Brna (urologické prostředí v Brně se čtyřmi samostatnými odděleními je silně konkurenční, což však podle něj nevyklučuje spolupráci v určitých oblastech, kde se spektrum činnosti zcela nepřekrývá, jako je extrakorporální litotripse, resp. komplexní léčba litiázy, implantace umělých močových svěračů, možnosti komplexního onkocentra, robotická operativa...) a v rámci Jihomoravského kraje. „Nezapomeňme, že Urologická klinika jako akreditované pracoviště II. typu by měla respektovat očekávání v rámci postgraduální přípravy lékařů z regionu, klinických stáží či výchovy lékařů pro periferii. V neposlední řadě je to obnovení spolupráce s řadou privátních urologů z Brna a blízkého okolí,“ dodává.

Další prioritou je podle nového přednosta stabilizace lékařského týmu a nastavení řádného fungování postgraduálního vzdělávání s cílem dodržování harmonogramu studia a plnění podmínek dle vzdělávacích programů, aktivní přístup lékařů k úkolům v rámci rozdělení do jednotlivých sekcí a z toho vyplývající vědecko-výzkumná a publikační činnost, ale i vytvoření motivujícího pracovního prostředí s otevřenou komunikací, samozřejmě s nároky odpovídajícími postavení klinického pracoviště. Rozvíjet hodlá moderní pregraduální výuku na LF MU Brno s praktickým zaměřením a výraznější zapojení kliniky do aktivit v rámci České urologické společnosti, meziinstitucionální spolupráci s urologickými klinikami v ČR, plánuje i pokračování a další rozšíření výborné spolupráce s CEITEC MU Brno.

red, foto: FNUSA

FNUSA má od 1. září dva nové přednosta

Hned dvě pracoviště Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně mají od září nové přednosta – I. dermatovenerologická klinika a Ústav soudního lékařství FNUSA a LF MU.



Od 1. září nastoupila do funkce po úspěšném absolvování výběrového řízení nová přednosta

I. dermatovenerologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anně v Brně a LF MU doc. MUDr. Hana Jedličková, Ph.D.. Hana Jedličková přichází do FNUSA z FN Brno, kde působila jako ambulantní specialista od roku 2018. Předtím však pracovala ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, a to celých 29 let (nastoupila zde jako absolventka LF MU). Doc. MUDr. Hana Jedličková nahradí ve funkci stávajícího přednosta prof. MUDr. Vladimíra Vašků, CSc., který ve FNUSA pracoval 39 let (od roku 2005 jako přednosta I. dermatovenerologické kliniky).



1. září byl do funkce uveden po úspěšném absolvování výběrového řízení také nový přednosta Ústavu soudního lékařství Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a LF MU MUDr. Mgr. Tomáš Vojtíšek, Ph.D. Tomáš Vojtíšek nastoupil do FNUSA „na soudní“ jako čerstvý absolvent, v nemocnici pracuje 22 let. Kromě medicíny absol-

voval také Právnickou fakultu MU. Tomáš Vojtíšek nahradí prof. MUDr. Miroslava Hirta, CSc., který ve funkci přednosta Ústavu soudního lékařství FNUSA pracoval 26 let (ve FNUSA celkem 45 let).

„Rád bych oběma pánům poděkoval za jejich úžasnou a dlouholetou profesionální práci pro Fakultní nemocnici u sv. Anny. Jsou obrovskými kapacitami ve svých oborech, v naší nemocnici zůstanou pracovat i nadále v rámci malých úvazků a mohou tak předávat své zkušenosti mladším kolegům,“ řekl ke generační výměně na dvou postech přednostů ředitel Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně Ing. Vlastimil Vajdák.

Text a foto: FNUSA

Novým členem vedení společnosti ROCHE s.r.o. se stal Marek Smrž



S účinností od 1. září 2020 byl do pozice komerčního ředitele (Commercial Director) jmenován Mgr. Marek Smrž, MBA a stal se tak současně i novým členem vedení společnosti ROCHE s.r.o. Marek Smrž uspěl v interním výběrovém řízení a v nově vytvořené pozici bude mít na starosti tým zaměřený na prodej a marketing.

Marek Smrž vystudoval obor Tělesná výchova-rehabilitace na FTVS Univerzity Karlovy a později si rozšířil vzdělání studiem Managementu řízení ve zdravotnictví. V roce 1990 působil jako odborný pracovník v Rehabilitačním ústavu Kladruhy. Následně, po dvouletém pobytu ve Vídni, pracoval na manažerských pozicích ve společnostech obchodujících s medicínou (AGA, Linde, SIAD). Ve farmaceutickém průmyslu se kariérně pohybuje od roku 2005. Manažerské zkušenosti rozvíjel ve společnostech AMGEN a Novartis. Od roku 2013 se ve společnosti ROCHE s.r.o. věnoval budování Hospital Key Account Managementu.

red, foto: ROCHE

Mylan začal dodávat svou kvadrivalentní vakcínu proti chřipce na sezónu 2020–2021

Stejně jako každý rok, společnost Mylan v rámci ochrany pacientů proti sezónní chřipce dodá i letos kvadrivalentní vakcínu Influvac® Tetra, a to právě v době, kdy poptávka po očkování proti chřipce postupně narůstá. Prvních 120 tisíc dávek již bylo na český trh dodáno a dalších 230 tisíc je k dispozici od konce září. Oproti loňskému roku bude dodáno o 40 tisíc vakcín více.

Sezónní chřipka dlouhodobě představuje hrozbu pro veřejné zdraví i zdraví jednotlivce a může zapříčinit vážné zdravotní problémy, u rizikových pacientů dokonce i smrt. Nejúčinnějším způsobem, jak před chřipkou chránit sebe i své blízké, je očkování.

„I když mají pacienti k dispozici bezpečné a účinné vakcíny proti chřipce, proočkovanost v mnoha zemích zůstává nízká, a sezónní chřipka je tak jedním z hlavních důvodů hospitalizací v zimním období. Společnost Mylan i nadále plní svůj závazek, kterým je snaha o zvýšení proočkovanosti proti chřipce a činí tak v rámci blízké spolupráce s institucemi, které zajišťují distribuci a vlastní podání vakcín proti chřipce,“ říká Milan Černek, Country Manager české pobočky Mylan.

V aktuálním dokumentu „Doporučení pro běžná očkování během pandemie COVID-19 v rámci Evropy“ upozorňuje Světová zdravotnická organizace, že očkování proti chřipce je hlavním způsobem minimalizace rizika onemocnění a úmrtí na choroby, jimž se dá očkováním předcházet.

Složení virových vakcín vychází z každoročního doporučení WHO a kvůli neustálým antigenním změnám chřipkového viru WHO aktualizuje doporučení týkající se složení vakcíny dvakrát ročně, jednou pro severní polokouli a jednou pro jižní polokouli, za účelem cílení na viry, u nichž se očekává, že budou v oběhu nejčastěji. Samotný proces výroby vakcíny proti chřipce je relativně pomalý a obtížný. Při výrobě vakcín proti chřipce se nejběžněji používá výrobní proces na bázi vaječných kultur. Při zpracování nové vakcíny začíná výroba pomnožením viru ve vejcích. Virus je poté usmrcen (inaktivován), následuje štěpení (disociace) virových částic a „rozpuštění reprezentativních částí viru“ (solubilizace antigenů). Po očištění a sterilní filtraci se tyto antigeny individuálních kmenů smíchají s cílem dosáhnout požadovaného množství kmenu ve vakcíně. Poté je každá dávka balena jako jednorázová stříkačka.

V letech 2016 – 2017 činila průměrná míra proočkovanosti starších lidí proti chřipce v evropských zemích 47%. Žádná ze zemí nesplnila cílené pokrytí 75%. Nejvyšší



Ilustrační foto: Shutterstock

míry proočkovanosti dosáhlo Spojené království, konkrétně v Severním Irsku (74,4%) Nizozemsko (66,5%) a Portugalsko (60%). V ČR dosahuje míra proočkovanosti v nejohroženější skupině, tedy mezi seniory, pouhých 20%.

red

Inzerce ▼ M201000054

Peugeot Rifter: 7 let bez starostí

Osobní dodávky jsou v posledních letech velice populární. Tato kategorie už totiž dávno není, co bývala. Zapomeňte na krabicové tvary, strohou výbavu a nevýrazné materiály. Aktuálními trendy jsou nejmodernější technologie, komfortní interiér a přitažlivý vzhled. Nejlépe to vystihuje právě Peugeot Rifter. Jeho přednostmi jsou kromě atraktivního designu také všestrannost, modularita a praktičnost. Je k dispozici ve dvou délkách: ve standardní (440 cm) a dlouhé (475 cm) verzi, každá v pětimístné nebo sedmimístné variantě. Sedadla 3. řady lze z vozu vyjmout a jsou navíc posuvná, takže se dokážou přizpůsobit situaci pro větší zavazadelník nebo prostor pro nohy. Objem zavazadlového prostoru se pohybuje v rozmezí od 775 litrů pod krytem u pětimístné kratší verze po 4 000 litrů ke stropu se sklopenými sedadly u dlouhé verze. Peugeot Rifter je nyní v prodeji za 397 000 Kč a navíc s nadstandardní sedmiletou zárukou.

Více na peugeot.cz



Liberecká nemocnice získala Statut Evropského Centra Excellence spinální chirurgie

Krajská nemocnice Liberec je první nemocnicí v Česku a čtvrtou v Evropě, která získala Statut Evropského Centra Excellence spinální chirurgie, který uděluje společnost Eurospine – Spine society of Europe. Pracoviště, které se o něj chce ucházet, musí splňovat striktně daná kritéria ve velmi širokém rozsahu parametrů.

Liberecké nemocnici byl statut udělen na základě špičkové péče a rozvoje spinální jednotky, která je součástí zdejšího Trauma-centra. „Díky tomu, jak je péče o spinální pacienty v KNL léta organizována a díky rozvoji, který za posledních 25 let zaznamenala, bylo možné, aby KNL prošla nezávislým auditem firmy CERT iQ se zcela minimálními změnami ve svém provozu a dokumentaci a zdárně získala statut Centra Excellence pro tři hlavní kategorie péče: degenerativní onemocnění, tumory a úrazy. Auditori velmi kladně hodnotili vybavení klíčových provozů, zejména operačních sálů a JIP a diagnostického zázemí KNL, návaznost jednotlivých procesů a velmi je překvapila přítomnost Spinální jednotky,“ říká MUDr. Richard Lukáš, Ph.D., generální ředitel liberecké nemocnice, který také spoluzakládal a dlouhé roky vedl

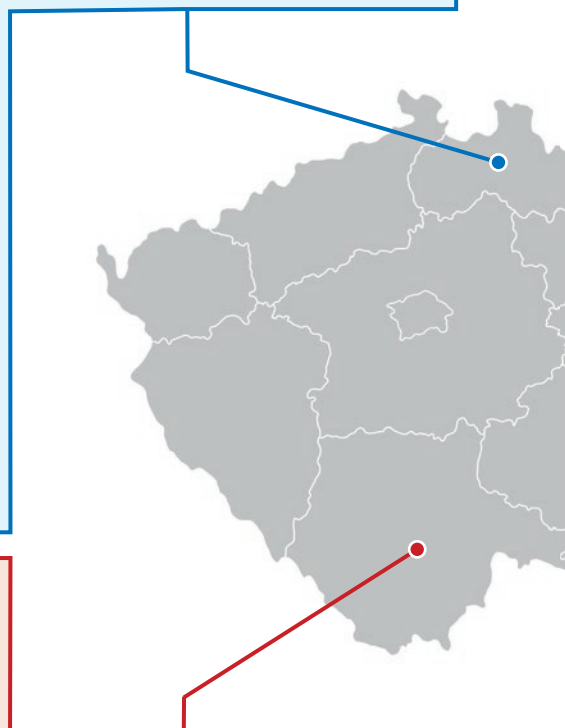
liberecké Traumacentrum, jehož součástí je i spinální jednotka. Spinální chirurgická péče se v KNL dále rozvíjí, zejména směrem k CT-navigované operativě. V posledních letech došlo k rozvoji minimálně invazivních instrumentovaných zákroků a v nadcházející době KNL plánuje rozvoj endoskopické spinální operativy.

„Spinální programy traumacentra a neurocentra se vzájemně doplňují a funguje zde oboustranná spolupráce. Silnou stránkou je tradičně operativa patologií horní krční páteře a kraniocervikálního přechodu, kde konzultujeme mezinárodně a díky navigačním technologiím jsme schopni vytvořit operační postupy přímo na míru pacientům s nestandardními anatomickými poměry. Vynikajících výsledků dosahuje péče o traumata, kde zásadní měrou přispívá dostupnost časně diagnostiky, časná a specializovaná rehabilitace na spinální jednotce a na oddělení rehabilitace a obecně efektivní organizace práce,“ prohlásil prof. MUDr. Petr Suchomel, Ph.D., přednosta Neurocentra a spoluzakladatel spinální chirurgie v KNL.

Eurospine – Spine society of Europe sdružuje odborníky v oblasti páteře, zaměřu-

jící se na klinickou péči i výzkum. Cílem této švýcarské neziskové organizace je poskytnout platformu pro výměnu zkušeností mezi odborníky, podporovat výzkum a vzdělávání a v neposlední řadě také informovat a vést pacienty. Pod její hlavičkou je vydáván prestižní evropský odborný časopis zabývající se páteří European Spine Journal, provozuje registr Spine Tango a organizuje množství odborných a vzdělávacích akcí.

Zdroj: KNL



Nová hyperbarická komora Nemocnice České Budějovice

Novou hyperbarickou (přetlakovou) komorou disponuje Nemocnice České Budějovice, a.s. Na jihu Čech ji k léčbě používá jako jediná nemocnice, tudíž slouží v případě potřeby všem pacientům z celého Jihočeského kraje. Je součástí přístrojového vybavení Trauma-centra. Původní dvoumístná komora byla nahrazena šestimístnou.

Nemocnice novou hyperbarickou komoru pořídila na základě dosahování dobrých výsledků s hyperbaroxyterapií. „Pořizovací cena vlastní komory byla 17 895 000 Kč s DPH, k tomu je nutné připočítat náklady na rekonstrukci prostor po bývalé hyperbarické komoře, vybudování nové kompresorovny se zásobníky stlačeného vzduchu včetně rozvodů stlačeného kyslíku, čekárny, šaten, sociálních

zařízení, vyšetřovny a tak dále,“ vyjmenovává MUDr. Jaroslav Novák, MBA, člen představenstva a ředitel úseku vybraných

zdravotnických oborů Nemocnice České Budějovice, a.s.

Zdroj a foto: NMCB



Edukační kurzy pro pacienty před operací

Tým sester specialistek z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a z Centrálních operačních sálů FN Ostrava připravil pro pacienty, kteří se chystají na plánovanou operaci, zajímavé edukační setkání. Zkušené sestry jim přiblíží průběh operačního výkonu z pohledu anestezie a odpoví i na individuální dotazy. Zájemci jsou zváni do Anesteziologické ambulance v budově Polikliniky v Ostravě-Porubě. Edukační setkání se konají pravidelně každý týden. Pacienti se nemusí předem objednávat.

Vrchní sestra Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny PhDr. Renata Zoubková, Ph.D. potvrdila, že po lékařské stránce pacienti všechny potřebné informace o povaze výkonu a zvolené anestezii dostanou od lékaře. Zkušenosti ale ukázaly, že pacienti jsou zbytečně nervózní z praktických věcí, které s operací souvisí. „Víme například, že pacienti neví, jakou osobní hygienu si mohou vzít, jak to bude s umělým chrupem, kam si mohou dát brýle a podobně.“ Edukační setkání připravily společně s manažerkou Centrálních operačních sálů PhDr. Danou Streitovou, Ph.D. „Jsme připraveni pacientům vysvětlit a více přiblížit před i pooperační péči z pohledu ošetrovatelského a samozřejmě se nás budou moci zeptat na věci spojené s jejich výkonem i individuálně.“

Podle obou zkušených sester totiž pacienti před operací často zbytečně stresují věci, které nesouvisí s diagnózou, ale výkonem samotným. Edukační setkání by mělo pomoci tyto obavy odstranit a pacienty uklidnit.

Zdroj a foto: FNO



Rekonstrukce plicního pavilonu Uherskohradištské nemocnice

Práce na rekonstrukci plicního pavilonu začaly v areálu Uherskohradištské nemocnice, dokončeny by měl být v první polovině roku 2022. Zásadní přestavbu budovy za více než 260 milionů korun financuje Zlínský kraj, který je jejím vlastníkem. Přinést by měla vyšší kvalitu péče, větší komfort pro pacienty a lepší zázemí zejména pro obory plicního lékařství, neurologie, onkologie a pro některá diagnostická pracoviště.

Pavilon po rekonstrukci doplní moderní komplex vzájemně propojených budov v srdci nemocničního areálu, který tvoří novostavby centrálního objektu chirurgic-

kých a interních oborů dokončené v letech 2014 a 2019. „Těší mě, že pokračuje generel, který byl započatý už mým předchůdcem, a že se nám v nemocnici daří stavět nové budovy nebo ty stávající rekonstruovat. Chceme zdravotnická pracoviště, která poskytují akutní péči, koncentrovat do jednoho funkčního celku, aby naši pacienti mezi nimi přejížděli nebo přecházeli suchou nohou. Už za čtyři roky oslavíme sto let a přáli bychom si, aby nemocnice byla na své stoleté výročí kompletně zrekonstruována,“ uvedl Petr Sládek, ředitel Uherskohradištské nemocnice.

Přestavba plicního pavilonu se dotkne elektroinstalace, kanalizace i vodovodů, doplněny budou nové příčky, vyměněny omítky, podlahy, keramické obklady, stropní podhledy a nainstalována bude nová vzduchotechnika. „Jde o předposlední stavbu před úplným dokončením rekonstrukce Uherskohradištské nemocnice, která nás celkově přijde na 2,1 miliardy korun,“ připomněl Jiří Čunek, hejman Zlínského kraje. V rámci úprav se počítá i s vybudováním nového ocelového schodiště do druhého patra a s přístavbou se dvěma výtahy a schodištěm, která bude umožňovat evakuaci celé budovy.

red

Představujeme patientské organizace: Revma Liga ČR

Revmatická onemocnění velmi nepříznivě ovlivňují funkční schopnosti, výrazně zhoršují kvalitu života, průměrně zkracují život o 5–10 let. V České republice trpí revmatickými nemocemi přibližně 90 000 osob. Každý rok přibývá zhruba 4 000 nových pacientů. Cílem patientské organizace Revma Liga Česká Republika, je bojovat za plnohodnotný a rovnoprávný život všech osob, které mají revmatické onemocnění.

Do skupiny revmatických onemocnění patří zhruba 150 různých nemocí. Hlavním příznakem většiny z nich je bolest. Onemocnět může člověk v každém věku, výjimkou nejsou ani dětské pacienti. Odborníci se shodují na tom, že základ úspěšné léčby představuje včasná diagnostika. Klíčová je spolupráce s pacientem a také s veřejností, která stále s problematikou není dostatečně obeznámena. Právě zvýšení povědomí o revmatických onemocněních je jedním z hlavních cílů patientské organizace Revma Liga ČR. Od Edity Müllerové, předsedkyně spolku Revma Liga ČR a jejích spolupracovníků z řad revmatologů, jsme pro Zdravotnictví a medicínu dostali odpovědi na aktuální otázky týkající se nejen činnosti této patientské organizace:

Kdo je Revma Liga Česká republika?

Sami jsme pacienti s revmatickou nemocí, jejich přátelé či příbuzní. Jsme tu proto,

abychom podali pomocnou ruku všem, kteří to potřebují. Bojujeme za včasnou a efektivní léčbu již od roku 1991. Zvyšujeme povědomí o revmatických chorobách, spolupracujeme s odborníky, vydáváme odborné publikace pro pacienty, organizujeme přednášky, rekondiční pobyty a tematické workshopy, poskytujeme poradenské služby, účastníme se zahraničních konferencí, a v neposlední řadě spolupracujeme s orgány státní správy, kde zastupujeme pacienty.

Co nového letos na podzim připravila Revma Liga Česká republika?

Revma Liga Česká republika pořádá online den, na který upozorňuje série videí v hlavní roli s Jakubem Žáčkem. Ty promoují novou online službu Sdznam.cz, která vznikla překlepem při zadávání adresy velké české internetové služby. Tento „nevyhledávač“ má za cíl upozornit na úskalí



Revma Liga
Česká republika

života s revmatoidní artritidou, autoimunitní chorobou, která postihuje pohybový aparát a komplikuje i tak zdánlivě snadné úkony jako je zadávání adresy do počítače nebo mobilu.

Motiv dostupnosti online služeb vybrala Revma Liga i proto, že kvůli koronaviru se část jejích aktivit nuceně přesouvá na internet, včetně Světového dne artritidy, který se koná 9.–11. října. Během něj



Strategické plánování organizace Revma Liga, prosinec 2019

se všichni mohou potkat na webinářích, workshopech a přednáškách, aniž by ohrozili zdraví svoje nebo pacientů s revmatoidní artritidou. Diváky čeká mix live vysílání a předtočených videí, která budou edukovat, bavit a inspirovat. Akce je určena nejen pro pacienty a jejich blízké, ale i pro lékaře a širokou veřejnost. Veškerý program bude dostupný na webových stránkách www.denartritidy.cz a sledovat ho můžete i na sociálních sítích spolku.

Cílem celé akce okolo Světového dne artritidy je zvýšení informovanosti o revmatických nemocích v Česku, podpora pacientů a sdílení. Čím víc se bude o revmatických nemocích mluvit a vědět, tím snazší bude plnit naše tři hlavní cíle – umožnit včasnou diagnózu, zlepšit informovanost pacientů a zvýšit dostupnost zdravotní péče.

Přesun části aktivit do online prostředí sice některé aspekty práce patientské organizace komplikuje, ale má i výhody. Věříme, že online zasáhneme část pacientů, kteří by na akci třeba osobně nepřišli - hlavně ty nejmladší. Protože i když si spousta lidí myslí, že revma je nemoc babiček a dědečků, ve skutečnosti postihuje i mladé lidi, pro které má včasná diagnóza zásadní vliv na jejich další život.

Právě správná a včasná léčba, zahájená v optimálním případě do 6 týdnů od prvních projevů nemoci, výrazně zlepšuje prognózu a kvalitu života a může odvrátit trvalé poškození kloubů a s tím i dlouhodobé náklady na zdravotní péči. Lidé ale často prvním příznakům nevěnují pozor-



Kniha O žirafě Amálce, dětská terapeutická pohádka



Foodbloggerka Denisa Zajíčková a koordinátor Revma Ligy David Kříž při natáčení Vaříme s Revma Ligou

nost, návštěvu lékaře odkládají a proměškají tak tzv. okno příležitosti.

Jak poznat počínající příznaky revmatoidní artritidy?

Mezi první projevy typicky patří ztuhlost nebo bolest kloubů - třeba právě při používání počítače nebo mobilního telefonu - ale také otoky kotníků a kolen, nebo náhlá neschopnost zvednout ruce nad úroveň ramen.

Revmatoidní artritidu sice nelze zcela vyléčit, ale při správné a včasné léčbě lze dosáhnout remise či stavu remise se blížícímu (delší bezpříznakové období, návrat ke stavu před vypuknutím nemoci, vymizení příznaků a projevů nemoci). V takovém případě nejsou pacienti odkázáni na lékařskou péči a sociální a nemocenské dávky, ale naopak mohou žít aktivní život, pracovat a sami vydělávat.

Proč bychom o revmatu měli vědět víc?

Revma je vžitý název pro zákeřná a bolestivá autoimunitní onemocnění, která výrazně snižují kvalitu života. Onemocnění pohybového aparátu celkově postihují asi 1/3 populace (tedy více než 120 milionů lidí pouze v EU) a jsou jedním z nejčastějších důvodů pro návštěvu lékaře.

Celkem rozlišujeme asi 150 různých revmatických chorob a syndromů, které

se mohou projevovat bolestí anebo řadou dalších, často poměrně nespecifických, příznaků. Na celém světě je nějakou formou revmatické nemoci postižena každá druhá rodina.

Onemocnění pohybového aparátu jsou také jedněmi z nejčastějších příčin invalidity a fyzického postižení. Včasná diagnóza a efektivní léčba mohou prognózu pacientů výrazně zlepšit.

red, foto: Revma Liga

Revmatoidní artritida

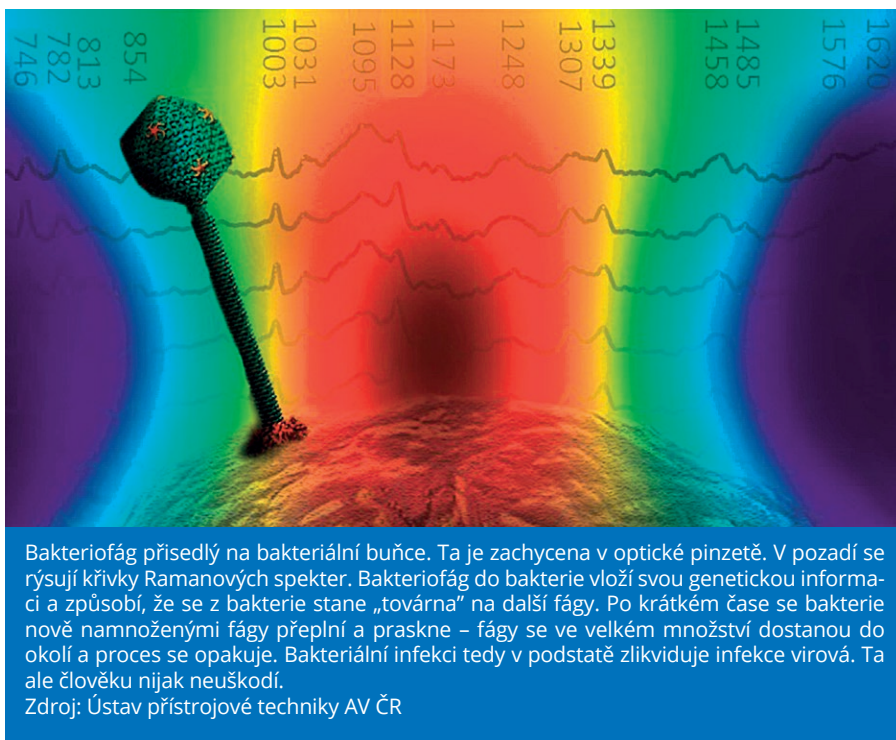
Revmatoidní artritida (RA) je nejčastější zánětlivé onemocnění kloubů projevující se bolestmi kloubů a jejich otokem s nebezpečím pozdějšího vzniku deformit. Patří do skupiny autoimunitních onemocnění, prevalence onemocnění se udává v rozmezí 0,5–1 % dospělé populace, v ČR lze tedy předpokládat výskyt 80 000–90 000 nemocných nejvíce (až 80 %) nemocných je mezi 35. a 50. rokem (35 000–70 000 osob), tedy v produktivním věku, nemoc však postihuje všechny generace.

Když antibiotika nestačí: objev českých vědců zrychlí fágovou terapii

V Ústavu přístrojové techniky AV ČR v Brně našli nový způsob, jak laserovými paprsky během několika minut analyzovat schopnost bakteriofágů potlačit infekci, která odolává antibiotikům. Dosavadní diagnostické metody jsou mnohem pomalejší, s výsledky v rozmezí hodin až dní.

Experimentální technika, kterou vědci použili, kombinuje dvě moderní mikroskopické metody. „Nazývá se Ramanova pinzeta a vznikla spojením optické pinzety, která dokáže laserovým paprskem zachytit a držet mikroskopický objekt na místě, a Ramanovy spektroskopie, která dovoluje šetrně a rychle, rovněž prostřednictvím světla, charakterizovat chemické složení zachycených objektů,“ upřesňuje Zdeněk Pilát z Ústavu přístrojové techniky AV ČR. Kombinace těchto metod tedy poskytuje efektivní nástroj k pozorování, manipulaci a rychlé chemické analýze mikroorganismů, například bakterií napadených bakteriofágy.

Fágová terapie, objevená a v primitivní formě využívaná již před érou antibiotik, zažívá v poslední době – v souvislosti s prudce narůstajícím výskytem bakterií rezistentních k antibiotikům – opětovný rozmach. V současnosti to není standardní metoda léčby, nicméně například v loňském roce popsal odborný časopis Nature Medicine případ patnáctileté dívky s rezistentní infekcí, které léčba bakteriofágy zachránila život.



Bakteriofág přisedlý na bakteriální buňce. Ta je zachycena v optické pinzetě. V pozadí se rýsují křivky Ramanových spekter. Bakteriofág do bakterie vloží svou genetickou informaci a způsobí, že se z bakterie stane „továrna“ na další fágy. Po krátkém čase se bakterie nově namnoženými fágy přeplní a praskne – fágy se ve velkém množství dostanou do okolí a proces se opakuje. Bakteriální infekci tedy v podstatě zlikviduje infekce virová. Ta ale člověku nijak neuškodí.

Zdroj: Ústav přístrojové techniky AV ČR

Na výzkumu realizovaném v Ústavu přístrojové techniky AV ČR se též podíleli experti z Masarykovy univerzity, Univer-

zity Karlovy a Centra pro kontrolu sepsě (CSCC) při univerzitní klinice v Jeně.

red



Pozvánka na postgraduální školení v obezitologii

Postgraduální školení v obezitologii se bude konat ve dnech **19.–23. 10. 2020** v Endokrinologickém ústavu v Praze.

Zodpovědní pořadatelé:
prof. MUDr. Marie Kunešová, CSc., doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc.,
Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity,
Endokrinologický ústav, Národní 8, 116 94 Praha 1.

Přihlášky a bližší informace u Veroniky Vyšatové, na e-mailové adrese: vysatova@endo.cz nebo na telefonu: 224 905 464.

Školení je akreditováno ČLK a podpořeno Českou technologickou platformou pro potraviny České potravinářské komory.

213 RBP

zdravotní pojišťovna

Text SMS

Ahojky Honzo, už vím jistě,
že nabídka RBP je jedinečná :-)
Doma budu asi v pět. Dáme
kolo nebo bazén? A nějaký
nápad na večeři? ♥



chlapcům
(12-15 let)
a dívkám/ženám
(12-30 let) bonus
do **4 000 Kč**
na očkování
proti HPV

seniorům 60+
bonusový
příspěvek
do **15 000 Kč**
na lázeňské
pobyty v délce
14 dnů

celiakům
a klientům
s nízkobíl-
kovinnou dietou
sloučením limitu
od rodičů a přátel
do **10 000 Kč**

navýšení limitu
do **10 000 Kč**
na očkování
dětům do 18 let
a seniorům 60+
/sloučením
limitů od přátel/

těhotným
ženám,
po porodu
a miminkům
bonus
do **4 500 Kč**

renta do **2 500 Kč**
pro bezpříspěv-
kové dárce krve
nad 40 odběrů

sleva
na zapůjčení
sdílených kol
nextbike
Czech republic

plavání zdarma
nebo se slevou
ve vybraných
bazénech v ČR

Čeští vědci našli v Etiopii nový arenavirus

Nový druh mammarenaviru, savčího viru z rodiny arenavirů, objevila vědkyně z Ústavu biologie obratlovců AV ČR ve spolupráci s ruskými kolegy. Hostitelem viru, který je podobně jako koronavirus jednovláknovým RNA virem, jsou krysy mnohobradavkové. Výzkum vědeckého týmu se uskutečnil v africké Etiopii a jeho výsledky nyní publikoval časopis Journal of Vertebrate Biology.

Krysa mnohobradavková (*Mastomys natalensis*) je v Africe považována za významného zemědělského škůdce. Působí zde ale také jako přenašeč mnoha onemocnění, například leptospirózy (krysí žloutenka), moru či leishmaniózy. Během svého vývoje se tento druh krysy rozdělil na šest linií, vyskytujících se napříč subsaharskou Afrikou. U pěti z těchto šesti linií je známo, že jsou hostitelem alespoň jednoho zástupce mammarenavirů (např. Gairo, Morogoro, Luna, Mopeia aj). Mezi ně patří i virus Lassa, který způsobuje závažné lidské onemocnění, krvácivou horečku lassa, která má ročně na svědomí cca 5 000 lidských životů a až 300 000 nakažených.



Obr. 1 Krysa mnohobradavková svůj název získala podle mnohočetných a výrazných mléčných žláz.
Foto: Kelly et al. 2013

Joëlle Goüy de Bellocq, vedoucí českého týmu, která provádí výzkum drobných afrických hlodavců již přes 12 let, nyní ve spolupráci s ruskými kolegy ze Severtsova institutu Ruské akademie věd zjistila, že i krysy spadající do šesté linie, která se nachází v západní Etiopii, jsou hostitelem mammarenavirů. „Na základě fylogenetických analýz, při kterých se porovnávají celé

genomy příbuzných virů, jsme dokázali, že se jedná o nový druh viru,“ říká vědkyně s tím, že virus byl podle lokality výskytu pojmenován Dhati Welel. „Kromě krysy mnohobradavkové jsme ho ale překvapivě detekovali i u jedné krysy rodu *Mastomys awashensis* z Awashského údolí,“ vysvětluje Joëlle Goüy de Bellocq.

Další výzkum vědců se proto zaměří na otázku, zda se nově objevený virus Dhati Welel běžně vyskytuje u obou druhů krysy, či zda je výskyt u *Mastomys awashensis* pouze důkazem schopnosti viru přeskóčit na jiného hostitele. Předchozí výzkum u jiných afrických mammarenavirů (Gairo a Morogoro) výměnu patogenů mezi krysy mnohobradavkovými z odlišných oblastí neprokázal.



Obr. 2 Práce v terénu obnáší odběr a zpracování vzorků. Na snímku Joëlle Goüy de Bellocq při práci v laboratoři v Tanzánii.
Foto: Sophie Gryseels, Laboratory of Clinical and Epidemiological Virology (Rega Institute), Belgie

Viry: je co objevovat

Objev nového viru není ve vědeckém světě nic výjimečného. Podle odhadu studie publikované v časopise *Science* v roce 2018 stále zbývá objevit zhruba 1,67 milionu virů savců a ptáků, což je 99 % všech virů. Z nich až polovina může mít přítom zoo-



Obr. 3 Krysa mnohobradavková může mít ve vrhu až 20 mláďat. Díky tomuto reprodukčnímu potenciálu je v subsaharské Africe vážným zemědělským škůdcem.

Foto: Sophie Gryseels, Laboratory of Clinical and Epidemiological Virology (Rega Institute), Belgie

notický potenciál, tedy že nemoci dříve pouze zvířecí začnou být přenosné i na člověka anebo nemoci dříve přenosné ze zvířat na lidi začnou být přenosné i z člověka na člověka.

„Globalizace a nezodpovědné chování lidí, kteří narušují nedotčené přírodní areály, pravděpodobně povedou k dalším pandemiím způsobených infekcemi přenesenými na lidi ze zvířat, jako tomu bylo v případě koronaviru,“ zdůrazňuje Joëlle Goüy de Bellocq. Systematické hledání nových virů, tedy těchto skrytých hrozeb, a výzkum potenciálu jejich přenosu na člověka proto podle ní patří mezi stěžejní výzvy virologů po celém světě.

Zdroj: AVČR

Nové kity pro diagnostiku covid-19 a dalších viróz

Nová dceřiná univerzitní společnost čerpající z technologií pocházejících z Univerzity Karlovy poskytuje komplexní, bezpečné, univerzální a rychlé řešení laboratorní diagnostiky k onemocnění covid-19.

Charles University Innovations Prague s.r.o. (CUIP), dceřiná společnost Univerzity Karlovy (UK) založila spolu s dalšími třemi komerčními partnery univerzitní spin-off společnost GeneSpector s.r.o. Ta se oproti dosavadním řešením zaměřuje na celý diagnostický postup. Řešení této společnosti tak mohou využívat laboratoře od těch nejmenších až po největší, a to jak na COVID-19, tak i na další virová onemocnění.

Bezpečný odběr i zpracování

V první řadě se jedná o unikátní odběrové soupravy obsahující odběrový roztok viRNAtrap, který viry okamžitě inaktivuje a zároveň uchovává vzorky stabilní pro samotnou diagnostiku. Tím poskytuje větší bezpečnost pro zdravotnický a laboratorní personál. Aktuální výzvou je uvedení kitu na trh pro současnou detekci SARS-CoV-2 a chřipky typu A i B. To společnost plánuje v říjnu 2020, čímž pomůže převážně symptomatickým pacientům včasou diagnostikou.

V rámci odběrových souprav hraje klíčovou roli právě transportní roztok

viRNAtrap. Hlavní pozitivní vlastnosti shrnuje původce technologie prof. Stanislav Kmoch z 1. lékařské fakulty UK: „Při kontaktu odebraného vzorku, tedy steru z nosohltanu či z ústní dutiny nebo slin, s odběrovým roztokem dojde k okamžité denuraci virové částice. Odebraný vzorek se stává neinfekčním a je s ním možné dále manipulovat bez nebezpečí nákazy zdravotnického a laboratorního personálu.“ Bezpečnost odběru a zpracování vzorku je tak inovativním řešením celého procesu.

Rychlost a kompatibilita

Na unikátní odběrové soupravy navazuje izolační a detekční kit vyvinutý komerčními partnery v GeneSpector, přičemž izolace díky jednoduchému a elegantnímu přístupu trvá méně než 15 minut a je kompatibilní se všemi otevřenými přístroji na trhu. Tím je zajištěna okamžitá aplikovatelnost ve všech laboratořích v ČR i mimo ni, které mají real-time PCR cycler. GeneSpector tak přináší kompletní řešení od odběru vzorku až po výsledek.



„Díky unikátnímu odběrovému mediu viRNAtrap poskytujeme bezpečí laboratornímu personálu a celý proces zvládneme za méně než 1,5 hodiny od příchodu vzorku po výsledek, v sérii po 94 vzorcích najednou. Tím zprůchodníme laboratoře, navýšíme kapacity laboratoří a to vše za cenu, kterou si může dovolit každá laboratoř v České republice,“ shrnuje hlavní výhody připravovaných kitů Michal Pohludka, jednatel nové společnosti. Tato rychlá diagnostika bude na podzim doplněna o možnost testovat zároveň covid-19/chřipka A /chřipka B.

Více informací: www.genespector.com

red, foto: GeneSpector s.r.o.

Inzerce ▼ M201000122

Česká akademie dermatovenerologie

26. 29.-30. LISTOPADU
HOTEL PYRAMIDA PRAHA

**NÁRODNÍ
DERMA
TOLOGICKÝ
KONGRES**

GENERÁLNÍ PARTNER

SANOFI GENZYME

HLAVNÍ PARTNER

NOVARTIS

ZLATÝ PARTNER

DMK
Danné Montague-King®

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANY
of Johnson & Johnson

WÖRWAG
PHARMA

STRÍBRNÝ PARTNER

abbvie

LEO

Lilly

Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

Mylan
Better Health for a Better World

BRONZOVÝ PARTNER

AMGEN

Altegra

Linola

M&P

PHARMARK

Pfizer

SANDOZ

SANOFI

SANOFI

URIAGE

ViaMED

MEDIÁLNÍ PARTNER:

MEDICINA

MEDICAL SERVICES

proLékaře.cz

ZDRAVOTNICTVÍ

REGISTRACI JE MOŽNÉ PROVÉST ON-LINE NA WWW.DERMASYMPOZIUM.CZ
NA PŘÍPADNÉ DOTAZY ODPOVÍME NA TEL.: +420 261 215 542

Biomarkery ovlivňující funkčnost onkoterapie

Vědkyně z brněnského institutu CEITEC popsaly biomarkery predikující úspěšnost genové CAR-T terapie proti rakovině.

Vědkyně z výzkumné skupiny Michala Šmídy působící ve vědecko-výzkumném centru CEITEC Masarykovy univerzity ve spolupráci se svými kolegy z Interní hematologické a onkologické kliniky Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity nedávno popsaly dva klíčové biomarkery, které mají vliv na funkčnost velmi drahé genové CAR-T terapie, která se používá k léčbě rakoviny, když jiné metody selhávají.

Výzkumný tým objevil, že mutace v genu ATM jsou predisponovány k dobré reakci na CAR-T terapii, zatímco mutace v genu TP53 jsou predisponovány k selhání CAR-T terapie. Tento objev může sloužit jako rozhodující faktor pro onkology, zda u pacienta CAR-T terapii nasadit, či nikoli. Výsledky této studie, jejíž první autorkou je slovenská vědkyně Veronika Mančíková, byly zveřejněny v březnovém čísle prestižního časopisu *Journal for Immunotherapy of Cancer*.

Genová terapie CAR-T využívá vlastního imunitního systému pacienta k útoku na rakovinu

Na rozdíl od běžných terapií se uvedená kúra připravuje pro každého pacienta zvlášť. Buňky CAR-T jsou produkovány tak, že se odseparuje specifický typ bílých krvinek z krve, a ty jsou pak geneticky upraveny v laboratoři a opět navraceny do těla pacienta. Tyto upravené buňky pak pomůžou využít přirozenou

odpověď imunitního systému proti rakovině tak, že rakovinu najdou a zlikvidují. Tento nový typ terapie již přinesl výjimečné výsledky u některých pacientů a od konce roku 2019 se úspěšně používá i ve Fakultní nemocnici v Brně. Cena této nové experimentální terapie je však velmi vysoká a v České republice stojí více než 10 milionů korun.

Možnosti využití v hematologii

Tato imunoterapie představuje nejnovější naději na trvalé vyléčení několika druhů jak solidních, tak i hematologických rakovin. Dosud byla terapie CAR-T schválena pro léčbu akutní lymfatické leukémie a u některých typů B-buněčných lymfomů. Pozitivní terapeutický výsledek je bohužel méně častý u jiných diagnóz, jako je chronická lymfocytární leukémie, kde je léčba efektivní pouze u třetiny pacientů. Chronická lymfocytární leukémie je nejčastější leukémií dospělého věku.

Upravené CAR-T buňky totiž ne vždy rozpoznají rakovinné buňky anebo se jim nepodaří společně na ně zaútočit a nádor tak roste nerušeně dál. „Doposud nebyly k dispozici žádné biomarkery, které by předpovídaly terapeutický výsledek této terapie u jednotlivých pacientů s chronickou lymfocytární leukémií. V naší studii jsme identifikovali dva takové biomarkery, konkrétně mutace v genech TP53 a ATM, které mohou, jak naše výsledky ukázaly, významně ovlivnit

odezvu na CAR-T terapii. Doufáme, že jejich využití pomůže onkologům při rozhodování o nasazení této extrémně drahé imunoterapie u těch pacientů, kteří z ní budou mít největší prospěch,“ vysvětlil Michal Šmída, korespondenční autor této studie.

Při zkoumání účinků genu ATM vědci zjistili, že mutace v tomto genu predisponuje k velmi efektivní reakci na buňky CAR-T. Naopak leukemické buňky nesoucí mutaci v genu TP53 měly tendenci k rychlejší tvorbě nádoru a vedly k selhání léčby. Přítomnost těchto dvou mutací tedy může být použita jako rozhodující faktor pro onkology při indikaci této genové terapie.

Revoluční nástroj: molekulární nůžky

Mančíková a její kolegyně použily primární buňky, které byly získány od pacientů s chronickou lymfocytární leukémií, které nesly dvě výše definované genové mutace. Pro svůj výzkum také využily nejmodernější metody molekulárního inženýrství. „K zavedení mutací TP53 a ATM do imortalizovaných lidských buněčných linií jsme použili molekulární nůžky zvané CRISPR-Cas9. Tento revoluční nástroj nám pomohl narušit funkci těchto genů. Tímto způsobem jsme vytvořili další buněčné modely, které nám pak posloužily ke studiu terapeutické odpovědi,“ vysvětlila Veronika Mančíková, první autorka této studie.

Geneticky upravené buněčné linie byly poté vloženy do myšičího modelu, kde vytvořily nemoc připomínající lidskou chronickou lymfocytární leukémií. Vědkyně pak léčily myši buněčnou terapií obsahující geneticky modifikované lidské bílé krvinky (CAR-T buňky) a sledovaly terapeutickou odpověď zvířat nesoucích verzi nemoci s mutovaným genem TP53 nebo ATM.

Tento výzkumný projekt získal finanční prostředky z grantu Evropské unie Horizont 2020 Marie Skłodowska-Curie uděleného Veronice Mančíkové a byl spolufinancován grantovou dohodou Jihomoravského kraje (SoMoPro) číslo 665860.

Zdroj: MUNI
red



Deprese matky během těhotenství způsobuje atypické stárnutí mozku potomka

Neurovědkyně Klára Marečková z výzkumné skupiny prof. Milana Brázdila zjistila, že příznaky deprese u matek během těhotenství jsou spojeny s atypickým stárnutím mozku jejich potomků, které se pojí s většími úzkostmi a náládovostí v rané dospělosti.

Tato zajímavá studie vznikla za spolupráce mezi českými vědci z institutu CEITEC Masarykovy univerzity v Brně a kanadskými vědci z Centra pro závislost a duševní zdraví v Torontu a vzbudila značný ohlas odborné veřejnosti.

Výzkumný tým ukázal, že vyšší míra depresivních symptomů u matky souvisí se zrychleným stárnutím mozku u potomstva. Vědci dále demonstrovali, že jak vysoký, tak nízký věk mozku je u dospívajících spojen se zvýšeným výskytem příznaků úzkosti a deprese. Ke vzniku deprese by tedy mohlo přispívat jak rychlejší, tak pomalejší zrání mozku. Výzkumný tým také ukázal, že zrychlené stárnutí mozku může vysvětlit vztah mezi mírou depresivních symptomů u matek během těhotenství a depresivní symptomatologií u jejich potomků v rané dospělosti.

Deprese má v těhotenství 40 % žen

Tato zjištění jsou velmi zásadní, protože až 40 % žen se během těhotenství potýká s příznaky deprese, což depresivní symptomatologii během těhotenství činí jednou z nejčastějších prenatalních komplikací. Prenatální vývoj mozku je stěžejní pro formování jeho struktury i funkčních spojení, které ovlivňují riziko výskytu neuropsychiatrických poruch. Lepší porozumění dopadu depresivních příznaků u těhotných matek na jejich potomky je proto jednou ze zásadních otázek.

Výsledky Kláry Marečkové a jejích kolegů potvrzují, že dopad depresivních příznaků u matky během těhotenství na zdraví potomků může být dlouhodobý, a zároveň poodhalují mechanismus, který by mohl tento jev vysvětlit. Závěry tohoto výzkumu mohou být cenným vodítkem pro lepší porozumění tomu, jak se vystavení rizikovým faktorům v prenatalním období může odrazit ve vyšší náchylnosti k neuropsychiatrickým onemocněním v dospělosti. Tento nový pohled by mohl stimulovat další výzkum na toto téma, stejně jako podpořit již probíhající úsilí o včasnou intervenci a prevenci.



ilustrační foto: Shutterstock

Cesta k objevu

Deprese matky během těhotenství je spojena s příznaky úzkosti a deprese u potomků, ale mechanismy, které se za tímto spojení skrývají, nebyly dosud dobře známy. „Na základě předchozího výzkumu, který popisuje sdílené biologické mechanismy mezi depresí a stárnutím, který prokázal, že deprese může souviset se zrychleným molekulárním stárnutím, jsme predikovali, že spojení mezi depresí matek během těhotenství a úzkostí a depresivními příznaky u potomků by mohlo být, přinejmenším částečně, vysvětleno odchylkami od normativních vývojových trajektorií mozku,“ vysvětlila Klára Marečková, první autorka studie.

Protože se struktura mozku mění s věkem, bylo třeba nejprve tyto změny namodelovat pomocí velkého souboru dat. Vědci použili model takzvané neuroatomické predikce věku (NAPR), který je založen na datech magnetické rezonance mozku od tisíců jedinců ve věku 6-89 let, k odhadu věku mozku dospělých jedinců z české prenatalní kohorty. Členové této kohorty se narodili v letech 1991-1992 a vědci je sledovali více než 20 let, včetně vyšetření magnetickou rezonancí ve věku 23-24 let.

Věk mozku vs. věk chronologický

Vědci se přesvědčili o tom, že ne každý mozek stárne stejnou rychlostí. Zatímco někteří jedinci zažívají opožděné dozrávání mozku, může mozek jiných jedinců naopak dozrávat předčasně. „Když jsme vypočítali věk mozku našich účastníků, všimli jsme si, že zatímco jejich chronologický věk byl 23 až 24 let, věk jejich mozku se pohyboval v rozpětí od 14 do 41 let. Rozdíl mezi věkem mozku a chronologickým věkem se tedy pohyboval od -10 do +20 let,“ vysvětlila Marečková.

Vědci proto posoudili vztah mezi depresivními symptomy matek během těhotenství, rozdílem věku mozku a chronologickým věkem, a symptomatologií v mladé dospělosti. To ukázalo, že u jedinců s většími odchylkami od normativního vývoje mozku, pozitivních i negativních, dochází k více příznakům úzkosti a deprese. Složitější modelování pak odhalilo, že u jedinců, jejichž věk mozku byl vyšší než chronologický věk, dokonce zrychlené zrání mozku vysvětlovalo vztah mezi mírou deprese u matek během těhotenství a mírou symptomů úzkosti a deprese u jejich potomků v rané dospělosti.

Zdroj: MUNI, red



Medicína

Proč je důležitá krizová intervence

Krizová intervence je založená na terapeutickém provázení pacienta v krizi. Cílem je poskytnout mu bezpečí, podporu, naději a vedení, aby pocítil úlevu a aby se zvýšila jeho schopnost situaci zvládat.

Během práce na psychiatrickém oddělení a v psychiatrické ambulanci se často setkávám s lidmi v akutní krizi. Jsou to lidé, kterým zkrachoval vztah nebo jim zemřel někdo blízký. Přišli o zaměstnání. Jsou zadlužení a neví, jak postupovat dál. Někteří z nich vyhledávají pomoc poprvé, jiní jsou přivezeni z interního nebo chirurgického oddělení nemocnice po suicidálním pokusu. Stává se, že přicházejí rodiny drogově nebo alkoholově závislých, kteří se odmítají léčit a v krizi se tak pomalu ocitá celá rodina. Někdy se dostaví lidé s onkologickým nebo jiným závažným somatickým onemocněním, pro které je již psychická zátěž příliš velká a jejich ošetřující lékaři jim neumí poradit nebo pro velkou vyčerpávanost pro to nemají dostatek prostoru. Objevují se i příbuzní duševně nebo tělesně nemocných, pro které je péče o nemocného člena rodiny vyčerpávající a bere jim veškerý volný čas. A samozřejmě také přichází pacienti s nejrůznějšími psychiatrickými potížemi. Mezi nimi jsou lidé neklidní, suicidální, poškozující se. A ti, co mají problémy s přijetím v rodině, v zaměstnání, mezi přáteli. V poslední době je u některých pacientů v popředí také strach z onemocnění covid-19, případně

i z různých komplikací souvisejících s pandemií. Pro všechny je společný moment krize a potřeba krizové intervence.

Krizová situace vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Lidé v dané chvíli často propadají pocitům tísně, zmatku, prožívají emoční výkyvy, jejich myšlení a chování může působit dezorganizovaně, často bývá narušeno sociální fungování daného jedince. Na pozadí krize můžeme často vysledovat starší, nevládnuté konflikty, traumata, nedůsledná nebo povrchní řešení starších krizí. V procesu konfrontace s náročnou životní situací nebo stresovou událostí potom platí, že čím je organismus fyzicky nebo psychicky oslabenější, tím slabší podnět může vyvolat krizi.

Průběh krize a reakce na krizovou situaci

Průběh krize (klasifikace podle Caplana) můžeme rozfázovat do krátkých stadií, jež mohou trvat pár hodin nebo i několik dní.

V **první fázi** člověk vnímá pocit *ohrožení*, důsledkem bývá zvýšení úzkosti, aktivují se vyrovnávací strategie, hledání pomoci u sebe nebo u blízkých.

V **druhé fázi** jedinec vnímá pocity *zranitelnosti, zmatku a ztrátu kontroly nad situací*, v tomto období často může kontaktovat *linku důvěry*. Pokud se zde nepodaří redukovat nežádoucí psychické symptomy a nalézt vhodné řešení, nastává přechod do další fáze.

Ve **třetí fázi** dochází k *předefinování krize* a hledání nových způsobů řešení, jedinec je schopen připustit si své pocity a dělat rozhodnutí, v tomto úseku často dochází k rozhodnutí navštívit *krizové centrum*.

Čtvrtá fáze krize se vyznačuje závažnou *psychickou dezorganizací*, úzkost může přerůst až do stavů paniky, objevují se hlubší kognitivní, emocionální a psychologické změny, v této fázi bývá odborný zásah neproduktivnější. Nepodaří-li se zvládnout tuto fázi krizového stavu, může dojít až ke stavům nesnesitelné úzkosti, studu, pocitů viny, potlačované a proti sobě zaměřené agrese, které lze nazvat **presuicidálním syndromem**.

Základní reakce na krizovou situaci jsou:

Aktivní (reakce boj nebo útěk), dochází zde k neklidu, dezorganizovanému myšlení, auto- i heteroagresi, slovní projev je neuspořádaný, mohou se objevovat i vulgarismy. **Pasivní** (převládá zde funkce parasympatiky, reakce typu „mrtvý brouk“), objevuje se bledost, strnulost, ochablost, aspontánnost, chudý, nevypravovaný projev, jedinec se ničeho nedožaduje, což vyvolává mylný dojem, že krizovou situaci zvládá!

Posttraumatická reakce na stres – dostavuje se se zpožděním několika týdnů či měsíců, často u lidí s dobrými obrannými mechanismy či sebekontrolou, většinou se objevují psychosomatické potíže, nevysvětlitelné bolesti, pocity napětí, poruchy spánku atd. V této fázi lidé často vyhledávají odborníky jiných specializací, než je psychologie nebo psychiatrie. Vždy je nejprve nutné vyloučit somatické onemocnění, ale potom zvažovat i tuto variantu!





Metody a cíle krizové intervence

Krizová intervence je založená na terapeutickém provázení pacienta v krizi a využívá metod podpůrné či krátkodobé psychoterapie, rodinné terapie, případně farmakoterapie. Pomáhá zpřehlednit a strukturovat pacientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Cílem krizové intervence je poskytnout pacientovi bezpečí, podporu, naději a vedení, aby pocítil úlevu a aby se zvýšila jeho schopnost situaci zvládat.

Hlavní zásady krizové intervence:

Tvorba vztahu k pacientovi, kterému bychom měli být schopni poskytnout bezpečný vztah, důležitá je technika **aktivního naslouchání** a **poskytování emoční podpory**, zároveň i uznání existence frustrující skutečnosti (např. „Chápu, že to pro vás musí být velmi těžké a bolestivé.“) a ujištění, že pacient jednal v určitém kroku správně („Udělal jste dobře, že jste za mnou přišel a řekl jste si o pomoc.“). Snažíme se pacienta opatrně navést k příčinám a možným významům krize, jeho problémy nesmíme bagatelizovat, i když se nám mohou zdát málo významné, ztrácíme tím pacientovu důvěru! Důležité je **zapojení blízkých do řešení krize**, pacienta podporujeme k tomu, aby se při řešení nastalé situace obrátil na blízké osoby. Umožňujeme **dostatečný prostor na vyjádření emocí**, pacient v krizi často potřebuje uvolnit průchod svým

emocím, na to bychom měli být připraveni, v žádném případě nemůžeme jeho emoce potlačovat! Sdílíme **naději**. Víra, že pacient může krizi zvládnout, přispívá k obnově jeho sebedůvěry. Pomáháme **hledat novou perspektivu, zaujmout k situaci věcnější postoj a získat od ní větší odstup**. Snažíme se o **fragmentaci** problému, člověk v krizi vnímá svůj problém jako něco nepřehledného a nevladatelného, proto je potřeba daný problém **rozčlenit na menší části**, které je snadnější zvládnout, tak získá větší jistotu a sebedůvěru. Můžeme s pacientem zkusit **započít zvládnání problému**, v některých situacích je potřeba začít s konkrétním opatřením (zadluženost, domácí násilí...). Důležitá je také **pomoc při rozhodování a anticipaci důsledků jednání** – pomáháme pacientovi zvažovat různé možnosti jednání a jejich dopady na jeho situaci. To je důležité zejména u klientů s destruktivním způsobem uvažování a chování.

Snažíme se **posilovat funkční vzorce chování** a podporovat v jejich používání, hledat nové životní alternativy. A nakonec se snažíme i o **přijetí traumatu** pacientem jako součásti jeho životní historie.

Formy krizové pomoci

- **Ambulantní pomoc** – v zařízení specializujícím se na pomoc lidem v krizi
- **Hospitalizace** – v krizovém centru na krizovém lůžku (většinou doba trvání cca 5–7 dní)
- **Terénní služby** – výjezd ke klientovi, doprovod klienta např. k lékaři, na úřad atd.

- **Telefonická pomoc** – specializované linky na určitou problematiku nebo linky důvěry.

Krizová centra

V ideálním případě poskytují *telefonickou krizovou intervencí, krizovou intervencí tváří v tvář* a možnost několikadenního pobytu klienta na *krizovém lůžku* nebo v časově omezené denní péči (stacionář). Všechny tyto služby nebo alespoň některá z nich by měly být poskytovány v nepřetržitém provozu, měly by být nízkoprahové a dobře dostupné. Mezi nejvýznamnější všeobecná krizová centra, poskytující i pobyt na akutním krizovém lůžku při krizových stavech nevyžadujících psychiatrickou hospitalizaci, patří **Krizové centrum RIAPS** a **Centrum krizové intervence v PN Bohnice**, **Krizové centrum Psychiatrické kliniky FN Brno** a **Krizové centrum Ostrava o.s.** Podle typu problematiky potom pro poruchy příjmu potravy **Centrum Anabell**, pro pacienty s poruchou osobnosti **Kaleidoskop**, **Anonymní alkoholici**, **Drogová poradna**, pro oběti kriminality a domácího násilí **Bílý kruh bezpečí**, pro děti, mládež i dospělé ohrožené domácím násilím a nebezpečným pronásledováním **Spondea**, pro matky s psychickými potížemi v těhotenství a kolem porodu **Úsměv mámy**, pro pacienty se závažnějšími psychickými potížemi krizová centra **Fokusu** nebo postupně vznikající **Centra duševního zdraví**.

Současná síť krizových center, a to zvláště v mimopražských oblastech, je z hlediska potřeb pacientů a klientů značně poddimenzovaná!

Mobilní krizové služby

Mobilní služby poskytují krizovou intervenci v terénu, jejich výhodou je bezodkladná intervence, dostupnost pro klienta, zásah v místě vzniku krize, kde se do krizové péče mohou zapojit i rodinní příslušníci, může se předcházet vzniku hospitalizace, případně vést k jejímu zkrácení. Mobilním krizovým službám pro pacienty se závažnějšími psychickými poruchami se v současné době věnují především **Centra duševního zdraví** nebo krizové týmy **Fokusu**.

Přehledně zpracované kontakty na organizace zabývající se krizovou pomocí lze získat např. na www.krizovaintervence.cz, www.remedium.cz, www.psychportal.cz nebo www.help24.cz.

MUDr. Kateřina Duchoňová
Oddělení dětské psychiatrie,
Thomayerova nemocnice.

Kazuistika femorální Richterovy kýly u geriatrické pacientky

Problematika femorálních kýl ve stáří zůstává nadále aktuální. Zejména u Richterovy inkarcerace může být symptomatologie zcela minimální, což vede k obtížné časné diagnostice. Pozdní diagnostika může vést k nekróze střevní kličky, která výrazně zvětšuje mortalitu a morbiditu.

Richterova kýla je definovaná jako abdominální kýla s parciálním uskřínutím stěny střeva v kýlním vaku. Segmentem uskřínutí je většinou terminální část ilea, ale i jakákoli část GIT od žaludku po tračník. V naší praxi jsme se setkali s atypickým průběhem uskřínuté Richterovy kýly u geriatrické pacientky, na který bychom chtěli upozornit.

Kazuistika

76letá pacientka byla přivezena rychlou záchrannou službou na příjmovou interní ambulanci, kde byla vyšetřena. Anamnesticky popisovala průjem s následnou pětidenní zácpou, negovala bolesti břicha, před příjezdem do nemocnice 1x zazvracela, absence flatulence minimálně 1 den. V předchorobí v osobní anamnéze neprodělala žádné operace, léky žádné nebrala. K lékaři nechodila, byla relativně zdravá. Při objektivním vyšetření bylo břicho měkké, prohmatné, peristaltika přítomna, poklep vysoký bubínkový, z ampuly konečníku manuálně vybavena stolice. Palpačně v pravém třísele byl hmatný nebolestivý útvar velikosti 1x1 cm, volně pohyblivý vůči okolí (primárně hodnocen jako nebolestivá lymfatická uzlina). Laboratorně byly známky leukocytózy 18x10⁹/l s neutrofilii, CRP 1,6 mg/l; mírná hyperazotemie, další parametry v normě. Na rentgenu břicha (obr. 1), byl popsán ileozní stav se širšími hladinkami v oblasti jejuná, širší kličky 30 mm.

Po přijetí na interní oddělení bylo vyžádáno chirurgické konzilium a na podkladě toho doplněno urgentní CT břicha (obr. 2). Byl popsán nález dilatovaných kliček tenkého střeva s hladinkami a minimální kolekce volné tekutiny v okolí jater a sleziny.

Pacientka byla přeložena na chirurgickou kliniku k urgentní operační revizi. V celkové anestezii byl proveden operační výkon, střední laparotomie s nálezem inkompletního volvulu tenkého střeva a inkarcerované pravostranné femorální Richterovy kýly (obr. 3). Byla provedena deliberace kýly (střevo bylo vitální) a de-sufflace tenkého střeva cestou nazogastrické sondy, transabdominální sutura kýlní branky.

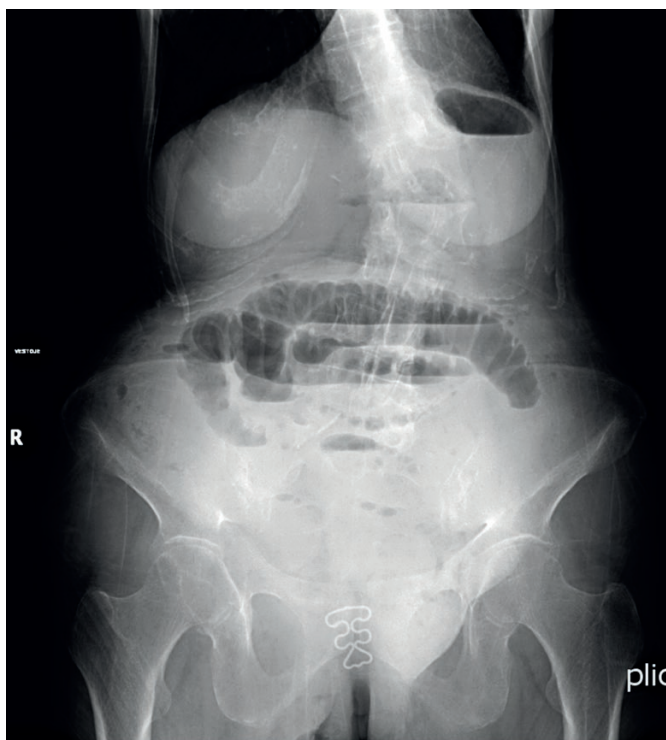
Po operačním výkonu byla pacientka observována na JIP, po stabilizaci byla přeložena na oddělení standardní chirurgické péče. Pooperační průběh byl klidný, rána se zhojila primárně. Devátý den po operaci byla pacientka v kardiopulmonálně kompenzovaném stavu bez břišních obtíží propuštěna do domácí péče. Stehy byly extrahovány ambulantně. Nebolestivý útvar v pravém třísele byl uskřínutou femorální kýlou bez klasických algických příznaků.

Diskuse

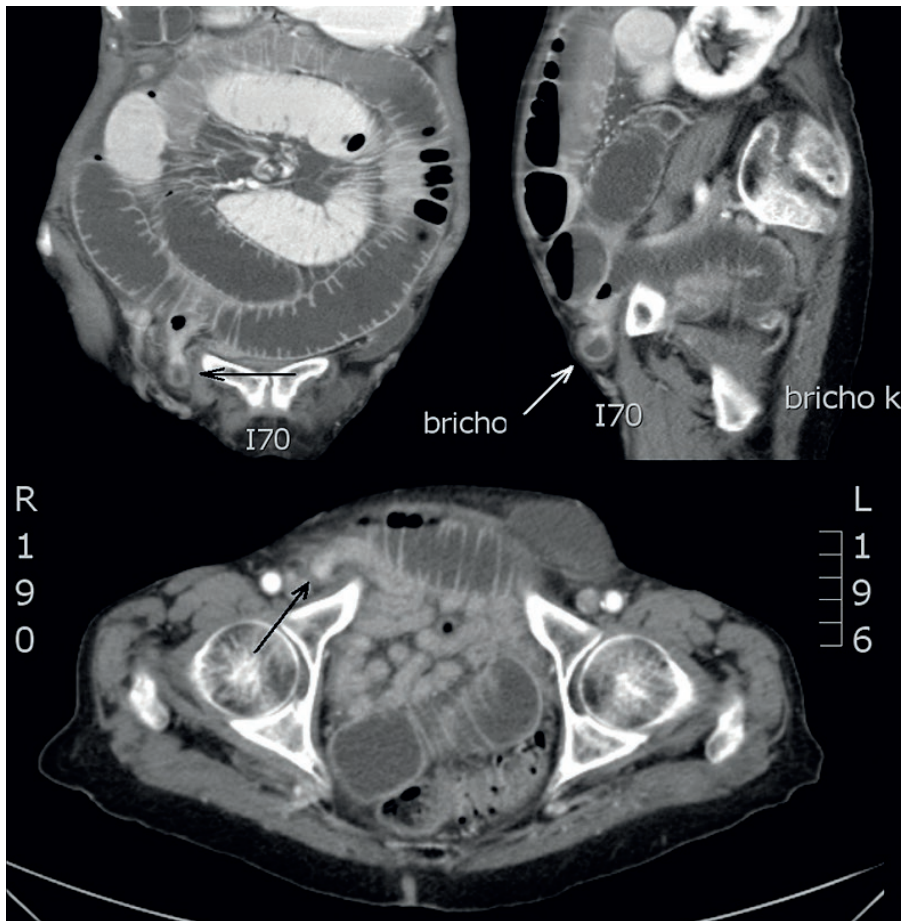
Náhlá příhoda břišní (NPB) je patologický stav charakterizovaný náhlým vznikem, zpravidla z plného zdraví nebo relativně stabilizovaného zdravotního stavu. Jejich klinický obraz musí být bezpodmínečně včas rozpoznán a efektivně léčen. Vzácný výskyt Richterova uskřínutí nemá klasický obraz kliniky uskřínutí kýly. Nejčastěji se setkáváme s inkarcerací ve femorální kýle (78–88 %), inguinální (9–23 %) a pupeční kýle (4–9 %). Popsány byly i případy uskřínutí v bederním trojúhelníku, canalis obturatorius. Větší výskyt je evidován u populace ve věku 60–80 let s prevalencí u žen 58–59 % oproti mužům. S rozvojem a nárůstem laparoskopických operací přibývá případů Richterových uskřínutí v místech zavedení 10–12 mm portu po laparoskopii.

Nejdůležitějším příznakem uskřínutí je náhlá bolest břicha. Bývá doprovázena nechutenstvím, nauzeou, zvracením a poruchami střevní pasáže, tachykardií, sub- až febriliemi. Fyzikálním nálezem je bolestivost v oblasti kýly. U osob vyššího věku mohou být anamnéza i klinické příznaky chudé, atypické, komplikované poruchou kognitivních funkcí. Hodnocení bolesti geriatrickým pacientem může být neobjektivní, jak stran podcenění, tak přecenění bolesti. K doplnění anamnézy je nutná spolupráce s nejbližší rodinou, případně ošetřujícím personálem, žije-li nemocný v instituci.

Mimo anamnézy a fyzikálního vyšetření hrají důležitou roli laboratorní vyšetření (leukocyty, krevní obraz, C-reaktivní protein (CRP), jaterní testy, amyláza, urea, kreatinin, glykémie, iontogram). I laboratorní nález může být ve stáří atypický. Zánetlivé markery nejsou vždy signifikantní. Elevace CRP probíhá často se zpožděním a zpravidla ji předchází elevace leukocytů. Nezřídka se setkáváme při perioperačním nálezem



Obr. 1 Prostý snímek pacientky při přijetí.



Obr. 2 CT břicha při přijetí.

nekrózy (nekrózy střevní kličky, žlučníku) se vzestupem CRP až v pooperačním období.

U pacientů s podezřením na NPB by měla být urgentně provedena diagnostická vyšetření. Zobrazovací metody i přes chudý anamnestický a fyzikální nálezh mohou nalézt příčinu obtíží a rozuzlit diagnostické obtíže, jak tomu bylo i v našem případě. Prvním snadno dostupným vyšetřením je provedení prostého rentgenu břicha. Dle výsledku doplňujeme předně ultrasonografické vyšetření, případně výpočetní tomografií, angiografií či jiné metody.

Léčbou je urgentní chirurgická intervence. Časná operace je život zachraňujícím výkonem a snižuje procento komplikací v pooperačním období. Není výjimkou, že diagnóza je potvrzena až během operační revize. V pooperačním období je nutné sledování geriatrického pacienta na JIP do stabilizace zdravotního stavu.

Richterova kýla se obvykle vyskytuje u starších pacientů ve věku 60–80 let. Nejčastějším místem výskytu této patologie je femorální kanál (36–88 %), po kterém následuje inguinální kanál (12–36 %) a in-

cizní kýly břišní stěny (4–25 %). Obecně je uváděna incidence inkarcerací 7,5–9 % u pacientů hospitalizovaných s diagnózou kýly. Z těchto inkarcerovaných kýl se udává incidence Richterovy kýly cca 10 %.

Předoperační stanovení diagnózy Richterovy kýly je obtížné pro poměrně chudou symptomatologii, a to zvláště u seniorů v případech spojených s poruchou vnímání bolesti a minimální interpretací bolesti. Situaci navíc komplikují poruchy kognitivních funkcí a emoční labilita nemocného, často neschopnost pacienta srozumitelně popsat jeho obtíže a časově tyto vymezit. Mimoto se trávicí obtíže objevují u více než jedné čtvrtiny hospitalizovaných starších pacientů. U těchto pak mají horší prognózu a protražovanější průběh než u pacientů mladších věkových kategorií.

Uskřínutá Richterova kýla vyžaduje akutní chirurgické řešení. V případě ireverzibilních poruch vitality střevní stěny je nezbytné provést resekční zákrok se založením střevního spojení. Pouze ve výjimečných případech, kdy střevo s nekrotickým úsekem nejeví známky perforace a nekrotické změny nepřesahují více než 50 % obvodu střeva a nepostihují mezenteriální okraj, se doporučuje provést invaginaci nekrotického úseku s fixací invaginovaného okraje suturou.

Úmrtnost u inkarcerovaných Richterových kýl může dosahovat 17 %, z toho důvodu je nutno věnovat velkou pozornost pacientům s rezistencí v inguinální oblasti.

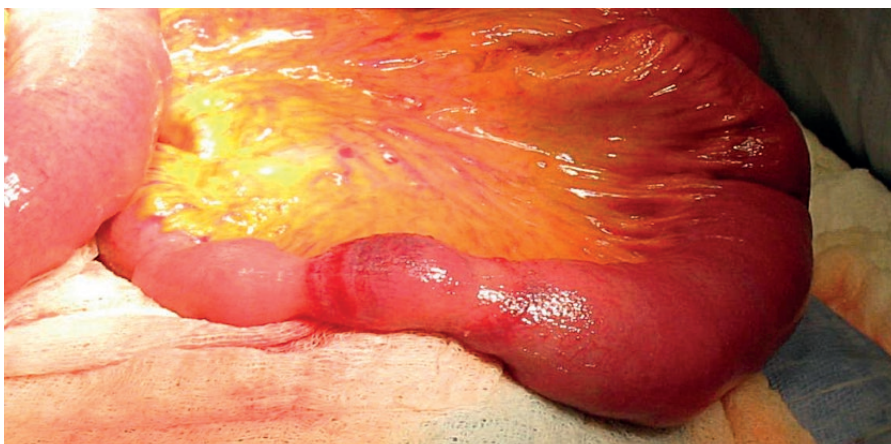
Závěr

Na diagnózu Richterovy kýly je třeba pomyslet u pacientů nad 60 let věku a po laparoskopických výkonech. Obzvláště u žen ve věku 60–80 let. Klinické projevy NPB ve vyšším věku bývají chudé až minimální, jindy atypické. V případě malé femorální kýly rezistence může být interpretována jako patologická mizná uzlina. Je nutné pečlivě objektivní vyšetření lékařem a individuální interpretace laboratorních nálezů geriatrického pacienta.

Časná operační léčba snižuje riziko komplikací v pooperačním období. Nezřídka se diagnóza potvrdí až během operační revize. V našem případě jsme se rozhodli pro operační revizi na podkladě hmatné rezistence v oblasti pravého třísla a na podkladě výsledku CT vyšetření, které nekorespondovalo s chudou klinickou symptomatologií a anamnézou pacientky.

MUDr. Vadim Prudius, Ph.D.

I. chirurgická klinika
FN u svaté Anny v Brně



Obr. 3 Preoperační nález na střevní kličce.

Závěr života hematoonkologických pacientů v ČR a paliativní péče o ně

V České republice, podobně jako jinde v Evropě, je epidemiologie závěru života a umírání obrazem společenských priorit a kulturní tradice. Závěr života a smrt je teprve v poslední době vnímán jako téma potenciálně kultivující společnost a otevírající nové perspektivy.

Konec života v ČR se odehrává často v nemocnici po opakovaných akutních hospitalizacích. Ve zdravotnickém zařízení umírá 67,4 % lidí, 76,5 % onkologických pacientů. Nejčastější příčinou úmrtí jsou srdeční a cerebrovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění jsou na druhém místě. K poslední hospitalizaci je přijímáno téměř 50 % pacientů v neodkladném režimu. Tento fakt může ilustrovat určité váhání či nezkušenost nebo nemožnost terminální péči plánovat (zajistit doma či plánovanou hospitalizaci). Onkologičtí pacienti jsou v posledních třech měsících života dvakrát (medián) hospitalizováni, a to na 14 dní (medián). Měsíce i roky trvající „boj s nemocí“ (zvláště onkologickou) ve společném úsilí lékařů, pacienta i jeho blízkých zasahuje často až do posledních dnů života. Nejistota, zda technologie, kterou disponuje moderní medicína, ještě dokáže smrt odvrátit, končí až dny či hodiny před úmrtím a může vést k nežádoucímu prodlužování umírání. Rozhovor o prognóze či plánování

péče na konci života, který by řadě situací mohl předejít, bývá nesprávně vnímán jako „nežádoucí stres“, „vzdávání boje s nemocí“, nebo „sebrání naděje“, přestože v literatuře jsou tato hodnocení již vyvrácena. Dokonce i v případě velmi křehkých geriatrických pacientů panují nejasnosti ohledně správně indikované či limitované péče. Včasná rozvaha o přiměřenosti další hospitalizace, další antibiotické léčby, napojení na umělou plicní ventilaci často v dokumentaci chybí. Hodnoty a preference pacienta nejsou při rozhodování zohledněny, dříve vyslovené přání je v ČR raritní. O intenzitě péče v závěru života je tak rozhodováno jednostranně lékaři na základě institutu tzv. marné a neúčelné léčby.

Zvláštnosti umírání v hematoonkologii

Umírání v hematoonkologii se s uvedenými obecnými charakteristikami v řadě bodů shoduje, některé aspekty jsou však

specifické. Možnost prakticky kdykoli použít další technologii či agresivnější protokol nebo transfuzní dependence jsou důvody odkládat závažná témata na později. Tím se dále může prohlubovat nejistota, zda se již opravdu jedná o závěr života. Rychlost progresu, množství komplikací a měsíce mnohdy extrémně intenzivní léčby s kurativním cílem modifikují velmi náročný psychologický proces vyrovnání se s náročnou životní situací schematicky popsaný do pěti stadií Kübblero-Rossovou (popření, agrese, smlouvání, deprese, smíření). Těžko lze proto odhadovat, čím pacient právě prochází, a s tímto vědomím a bez předpojatosti musíme k důležitým rozhovorům s pacientem se závažnou hematoonkologickou diagnózou přistupovat.

Dynamika obtíží některých hematoonkologických onemocnění spíše než solidní nádory připomíná trajektorii orgánových selhání.

V porovnání s obecnou populací i s populací onkologických pacientů je



Tab. 1 Faktory ovlivňující závěr života ve zdravotnickém systému

hematoonkologická diagnóza, použitá léčba a tíže symptomů
predikovatelnost vývoje u konkrétní nemoci
osobnost hematologa a související styl komunikace, doba vztahu lékař-pacient
transfuzní dependence
zavedené postupy pracoviště
kulturní a společenské konvence, míra tabuizace smrti a umírání
dostupnost multidisciplinárního paliativního týmu, dostupnost specializovaných paliativních zařízení a hospicové péče
akademické a výzkumné projekty a s nimi spojené nároky (studiové návštěvy, odběry apod.)
účast rodiny na péči, její aktivita a ochota
kapacitní možnosti hematologických center
finanční limity

konec života v hematoonkologii ještě více institucionalizován. V letech 2007 až 2015 zemřelo v České republice podle analýzy ÚZIS celkem 19 827 pacientů s hematoonkologickým onemocněním. 92 % z těchto pacientů zemřelo na akutním lůžku. V lůžkové hospicové péči zemřelo 1,1–5,5 % pa-

cientů. Podle dat ÚZIS tráví v posledních měsících pacienti s leukemiemi v nemocnici v průměru 17 dnů a pacienti s lymfomy 21 dnů.

Jak měřit kvalitu péče na konci života v hematoonkologii?

V literatuře můžeme najít různá kritéria pro posouzení kvality péče na konci života onkologických pacientů. Jako indikátory neuspokojivé kvality paliativní péče bývají tradičně posuzovány počet návštěv pohotovostních ambulancí v posledních týdnech života, chemoterapie v posledních týdnech života, invazivní ventilace v posledních dnech, úmrtí na JIP a další. V podmínkách ČR ve studii Oddicus kolegyně Rusinová a Kopecký definovali jako dobrou péči na konci života v nemocnici takovou, kdy jsou splněna všechna tři kritéria z následujících: 1. dobře léčené symptomy, 2. důraz na důstojnost pacienta, 3. sdílené rozhodování a přizvání rodiny či blízkých do péče (osobní sdělení). Takto šířeji pojaté indikátory jsou vhodnější i pro hematoonkologické pacienty. Použití intenzivních postupů na jednotce intenzivní péče může být výsledkem sdíleného rozhodování zdravotnického týmu, pacienta a jeho blízkých v situaci malé, ale nenulové šance na dobrý výsledek. V době narůstajícího užívání imunoterapeutických a jiných metod, které mění prognózu části dříve nevléčitelně nemocných pacientů, nelze tradiční kritéria snadno aplikovat. Již v roce 1988 definoval bioetik David

Roy důstojné umírání ve třech bodech: 1. „umírat bez šíleného technologického povyku, který má zajistit ještě pár chvil či hodin biologického života“, 2. „bez ničivé bolesti, která nenechá prostor už na nic jiného“ 3. „umírat za přítomnosti lidí, kteří umí odhodit profesionální masku a chovat se jednoduše a plně jako lidské bytosti“. Dnes jsou tyto body stále aktuální, přestože první z nich bývá obtížně realizovatelný. Někdy skutečně spolehlivě nevíme, zda je stav potenciálně reverzibilní, nebo zda pacient umírá. Naším cílem bývá dostat bodům 2 a 3 a zajistit pacientovu důstojnost i uprostřed technologického prostředí. Kritéria hodnocení terminální péče by měla brát v úvahu pohled všech zúčastněných osob více nežli použitou technologii a místo úmrtí.

Co ovlivňuje terminální péči o hematoonkologického pacienta ve zdravotnickém systému

Faktory, které ovlivní, jak bude pacient léčen, zdali závěr života prožije na jednotce intenzivní péče, či doma v péči domácího hospice a do jaké míry bude mít možnost ovlivnit péči o svou osobu v závěru života jsou uvedeny v tabulce 1.

Ze všech uvedených proměnných má lékař či jiný pečující největší vliv na komunikaci s pacientem. Právě komunikace, která v sobě nese správnou rovnováhu otevřenosti, empatie a naděje, umožňuje spoluutvářet důstojný závěr života. Umožňuje



Ilustrační foto: Shutterstock

v ideálním případě sladění hodnot a přání pacienta, možností zdravotnického systému a schopnosti pečujících zdravotníků blízkých pacienta.

Význam komunikace

Při tematizaci lidské konečnosti či smrti je užitečné si uvědomit, že vstupujeme na území, které vždy zůstane do jisté míry obestřené tajemstvím. Je dobré mít průpravu v tom, jak upozadit v rozhovoru vlastní hodnotový systém, protože se může od pacientova významně lišit. Snahy o rychlé praktické výstupy bývají většinou kontraproduktivní.

Evidence ukazuje, že mnoho pacientů s nádorovými onemocněními včetně hematologických nemá adekvátní náhled na svou prognózu, což má významný vliv na rozhodování v závěru života. Pacienti, kteří nadhodnocují časovou prognózu, dostávají častěji agresivnější a intenzivnější léčbu na konci života. V moderní hematologii bývá situace významně komplikována nejistotou prognózy. To může negativně vnímat i pacient. Detailní zhodnocení terapeutických alternativ, potenciálního přínosu a rizika léčby a následné zasazení

do kontextu pacientova hodnotového systému je doporučovaným postupem ke sdílenému rozhodování o plánu péče. Nežli říci: „to nikdo neví, jak to bude“ (tím spíše ukončíme další diskusi), je vhodné použít například metodu „best case/worse case/most likely case“, kdy jsou popsány nejlepší, nejhorší a nejpravděpodobnější možné scénáře dalšího vývoje. Pacienti kladně hodnotí zarámování diskuse slovy: „Snažme se o nejlepší a připravme se i na horší průběh.“ Obavy lékařů z emoční zátěže z otevřené komunikace by jí neměly bránit. Evidence o tom, zdali otevřená komunikace zhoršuje hodnocení lékaře v očích pacienta, není jednoznačná. Stát se to ale může nikoliv proto, že by otevřenost sama o sobě byla riziková, ale především neodhadneme-li tempo a aktuální fázi, ve které se pacient nachází. Technice vedení důležitých rozhovorů se ale lze naučit a zažitá struktura v náročné konverzaci významně pomáhá. V této situaci mohou někdy pomoci nemocniční paliativní týmy časovou investicí a erudiicí v obtížné komunikaci. Podmínkou bývá opuštění navykých paliativních schémat a poctivé probrání všech nejistot. Význam opatrnosti před zkratkovitými závěry typu

„méně intenzivní terapie je vždy lepší“ potvrzuje i literatura – například kvalita života a psychický stav starších pacientů, kteří dostanou intenzivní a neintenzivní chemoterapii akutní myeloidní leukemie, jsou srovnatelné. Mimořádně důležité je také načasování komunikace o péči v závěru života – je vhodné, aby na ni došlo dříve nežli při závažných komplikacích a ideálně v ambulantním režimu. Včasná komunikace statisticky významně snižuje nežádoucí intenzivní péči v závěru života a vede ke zvýšenému využití hospicové péče. Čas, který pacient v závěru života může od svých pečujících lékařů potřebovat, může být delší a měli bychom hledat možnosti, jak těmto potřebám přizpůsobit současnou hematologickou praxi.

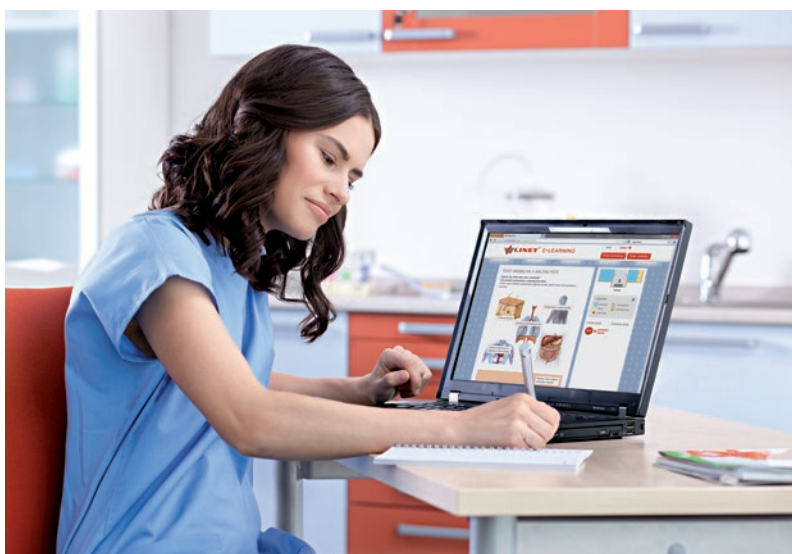
Rozhovor o konci života a o umírání může být pro lékaře i pacienta jak frustrující, tak obohacující zážitek. Pacienti se dramaticky liší ve schopnosti hovořit o své smrtelnosti a liší se v ní také lékaři. „Prokrastinační“ strategie, hovořit o smrti až ve chvíli, kdy „tělo vypovídá službu“, a zároveň se v tom samém rozhovoru věnovat limitaci péče (resuscitační, přístrojové...), je příliš zahlcující a často neefektivní.

Inzerce ▼ M201000030

LINET Group

LINET Akademie

Získejte praktické dovednosti a klinické informace



Interaktivní školení a tréninky pro efektivní využití moderní zdravotnické techniky.

- ✔ Produktové školení a klinická podpora
- ✔ Workshop technik Moving and Handling
- ✔ Program pro intenzivní péči Včasná mobilizace s LINETem

PRO VÍCE INFORMACÍ:

tel.: 312 576 400

e-mail: info@linet.cz

www.linet.cz

Většina pacientů se potřebuje adaptovat pomaleji, tak jak jim to emoční a kognitivní kapacita dovolí. Problém je, že lékaři vidí několik kroků dopředu, umí průběh i komplikace anticipovat, znají reálné možnosti intenzivních život zachraňujících úkonů. Pacienti prožívají svůj život s nemocí poprvé, navíc v kontextu společnosti a kultury, která většinou smrt popírá, nebo se jí obává. Situaci dále komplikuje fakt, že úspěchy medicínské technologie jsou v médiích nadhodnocovány. Obecně je vhodné nesoustředit se v rozhovoru na technologické podrobnosti, ale spíše na pacientovy hodnoty a k těm potom přiřazovat odpovídající medicínské postupy. Hodnoty pacientů v odpovědi na otázku „co je pro vás v tomhle období důležité?“ se v průběhu času mohou měnit. Většinou je uváděna schopnost plnohodnotné komunikace s neobluzeným vědomím a kontroly nad tím, co se se mnou děje, nebýt na obtíž, pomáhat ostatním, zabezpečit rodinu, dojít smíření a další.

Místo úmrtí a organizace péče

Hematoonkologičtí pacienti se k adekvátní paliativní péči dostávají méně často a později v průběhu nemoci, než pacienti se solidními tumory. Většina jich umírá na lůžkách akutní péče, často ve specializovaných hematoonkologických centrech. Ze zkušeností našeho pracoviště však plyne, že i v ČR je možné předat velkou část pacientů v terminálních stavech z hematologického centra do péče specializovaných paliativních zařízení (lůžkových a domácích hospiců).

Péče na akutním lůžku hematologického centra

Výhodou setrvání na akutním lůžku je stálost a kontinuita pečujících. Nedochozí ke změnám týmu a prostředí, které mohou pacienti těžce vnímat v období, kdy se léčba nedaří nebo je zapotřebí měnit cíle léčby. Na druhou stranu akutní nemocniční lůžko mnohdy neumožňuje potřebné zklidnění, dostatečný čas a prostor pro trvalou přítomnost rodiny. Personál hematoonkologického centra s dlouhodobým vztahem k pacientovi a (byť podprahovým) pocitem neúspěchu a selhání může v intenzivní léčbě pokračovat nepřiměřeně dlouho, zejména pokud nejsou vyjasněny a dokumentovány priority pacienta pro zdravotní péči v závěru života. Erudice v paliativních postupech a komunikaci ale bývá většinou dobrá a v některých hematoonkologických centrech ji pomáhají

K zapamatování

- Péče v závěru života v hematoonkologii má specifika – obtížná predikce prognózy, typické symptomy (infekční a krvácivé komplikace), kultura hematoonkologických center.
- Sdílené rozhodování o přiměřenosti péče a tomu přizpůsobená komunikace s pacientem a jeho blízkými je zlatým standardem přístupu k pacientům s nádorovým onemocněním včetně hematoonkologických, měli bychom jej aplikovat i v ČR.
- Paliativní péče není synonymem péče terminální.
- V péči na konci života se mohou primární hematologické týmy a paliativní týmy včetně hospicových vhodně doplňovat.

rozvíjet multidisciplinární paliativní týmy. Mnohdy může situaci komplikovat tlak na alokaci vzácného a nákladného akutního lůžka pro pacienty s dobrou perspektivou a potřebou intenzivní terapie.

Péče v domácím nebo lůžkovém hospici

V domácím prostředí lze dobře pečovat o leukemické i jiné hematologické pacienty. Přejít z hematologické péče do domácího hospice může být pro pacienta velkou změnou. Pozornost se posouvá od biologických proměnných a laboratorních výsledků více k celostní péči multidisciplinárním týmem. Často se mění i medikace, pacienti nejčastěji dostávají nově opioidy, redukuje se terapie chronických onemocnění a profylaktické léky. Organické napojení péče hospicována nemocniční umožní včasný kontakt pacienta s domácím hospicem a následně koordinaci péče domácím hospicem a hematologickým centrem. Podobná rozvaha platí i pro lůžkový hospic.

Další zdravotnická zařízení akutní či následné péče

Péče na interních odděleních či léčebnách dlouhodobě nemocných je v terminálním stadiu hematoonkologického onemocnění častá. Neproběhne-li dlouhodobé plánování a snaha o zajištění specializované paliativní péče nebo tato není místně či kapacitně možná, bývá pomoc interních oddělení zásadní. Ke kvalitě takové terminální péče přispívá dobrá komunikace hematologického centra či paliativního týmu s konkrétním lůžkovým zařízením a detailně připravený plán pro péči v závěru života.

Postavení nemocničních paliativních týmů v péči o terminálně nemocné hematoonkologické pacienty

Hematologové častěji než onkologové volí agresivní léčbu v závěru pacientova života,

protože pro určitou skupinu pacientů stále zůstává naděje na dobrý efekt. Právě ta malá, ale reálná šance na dobrý efekt další intenzivní léčby bývá motivem odlišného přístupu hematologů. Multidisciplinární paliativní týmy jsou často mylně veřejnosti, ale i hematologové vnímáni jako ti, které je vhodné zavolat ke konziliu v terminální fázi onemocnění, jako odborníky na fázi bezprostředního umírání. Tato představa vede k tomu, že se paliatr setkává s pacientem mnohdy v posledních dnech jeho života, kdy jsou velmi omezené možnosti, jak rozhovorem s ošetřujícím lékařem, pacientem a jeho blízkými nastavit vhodnou terminální péči. Dobrá spolupráce paliatrů a hematologů, která je ku prospěchu pacientů, se ze zahraničních i našich zkušeností vyvíjí dlouhodobě, v řádu let. Tento vývoj může být provázen někdy i nepochopením a frustracemi na obou stranách. Přirozeně fungující spolupráce hematolog-paliatr je v ČR stále v počátcích.

Péče o specifické komplikace hematoonkologického pacienta v závěru života

Management infekčních komplikací

Infekční komplikace jsou asi nejčastějšími klinickými situacemi v péči o terminální hematoonkologické pacienty a také bývají nejčastější komplikací bezprostředně vedoucí k úmrtí. Také v tomto případě má zvolená (nebo případně i nepodaná) antibiotická léčba respektovat přání pacienta, korelovat s cíli péče a dávat klinický smysl. Nepodat antibiotika v neutropenické infekční komplikaci je možné v hospicovém režimu u bezprostředně umírajícího pacienta. U pacientů s dobrým performance stavem můžeme někdy volit mezi běžnými perorálními antibiotiky, jako jsou ciprofloxacin či amoxicilin, případně jejich kombinací a nitrožilními širokospektrými

antibiotiky (například jedenkrát denně na stacionáři podávané – ceftriaxon +/-amikacin). Hospitalizace k i. v. antibiotické terapii jsou časté, předem s pacientem domlouváme, zda si takový postup při komplikacích přeje, a plánujeme, v jaké nemocnici se pravděpodobně bude situace řešit.

Management terminálního krvácení

Masivní terminální krvácení je natolik stresující akutní komplikací, že je vhodné mu věnovat specifickou pozornost. Lékaři s hematologickou a intenzivistickou erudicí by neměli podcenit symbolický a emoční náboj zjevného velkého krvácení pro pacienta, jeho blízké a pečující zdravotníky. Pacienty se závažnou trombocytopenií je třeba vnímat jako rizikové pro závažné terminální krvácení, které může být vnitřní i vnější. Jsou-li pacient a jeho blízcí v klidovém období otevření rozhovoru o možných komplikacích, je možné jmenovat i možnost závažného krvácení a představit alternativy postupu. Ve chvíli masivního krvácení v kontextu závěru života je vhodné, aby sestra nebo i lékař zůstali u pacienta, pokusili se krvácení mírnit například kompresí, minimalizovali dramatičnost dojmu z krvácení (příložením tmavých roušek). Je vhodné zahájit sedaci, například midazolamem. Za ne-

zbytný se považuje debriefing s blízkými pacienta a s personálem se zvláštní pozorností k nejcitlivějším přítomným (nejbližší osoby, děti).

Zásady transfuzní podpory

Transfuzní podpora je nedílnou součástí péče o hematologické pacienty v závěru života a může jim po dlouhou dobu umožnit dobrou kvalitu života. Zároveň ale může komplikovat jinak vhodný přechod do paliativního zařízení. Platí to například v USA, kde pacient po přechodu do hospicové péče musí souhlasit, že nebude nadále dostávat transfuzní podporu. Pacienti dependentní na transfuzích tam mají proto jen poloviční počet dnů strávených v hospici oproti pacientům bez potřeby transfuzí, jsou pozdě referováni. Takové administrativní opatření v ČR neexistuje, ale to také znamená vysoké nároky na spolupráci hematologických a paliativních pracovišť v zajištění transfuzní podpory (která bývá mimo finanční i logistické možnosti lůžkových hospiců a zcela nemožná pro domácí hospice). Mnohdy je potom velmi obtížné určit hranici, kdy ještě pacientovi prospívá pokračování v transfuzní podpoře. Ve hře bývá i zvyk pacienta, pocit, že bez transfuzní podpory už vše vzdává on nebo jeho ošetřující hematolog. Čím se tedy řídit? Jako rozumný

postup je v literatuře uváděno vždy znovu zhodnotit cíle péče u pacienta a jeho symptomovou zátěž a význam transfuzní podpory pro splnění cílů péče – symptomová úleva, délka přežití. Pacient, pro kterého je častý transport do nemocničního zařízení k podání transfuze spíše utrpením a jehož performance status je velmi nízký, není vhodným kandidátem transfuzní podpory. Laboratorní hodnoty jsou naopak zcela nevhodným měřítkem. V paliativním kontextu na konci života podáváme erythrocyty v co nejmenší frekvenci, která ještě postačuje k tlumení anemických projevů, a trombocyty v co nejnižší frekvenci a spíše než profylakticky až při krvácivých příznacích. V kontextu závěru života není vhodné používat vzácné transfuzní přípravky nebo podání transfuzí v paliativním kontextu omezit jejich dostupnost pro pacienty s delší prognózou přežití. Stejně tak není většinou vhodné podávat velké množství transfuzních přípravků při život ohrožujícím krvácení. V případě dlouhodobých významných ztrát může být řešením konsenzus, kdy se množství transfuzních jednotek za týden limituje. I přes uvedená doporučení bývá v konkrétním případě obtížné rozhodnout, kdy nastal čas ukončit transfuzní podporu. Často se setkáváme se situací, kdy není objektivní benefit nebo jde i o nadměrnou zátěž, ale pacient je na transfuze psychicky fixován.



Tab. 2 Nejčastější úpravy medikace při přechodu do hospicového zařízení

Medikace	Vhodnost v paliativní péči
<i>i. v.</i> antibiotika	vždy dohoda o klinické relevanci, přání pacienta, místu hospitalizace
<i>per os</i> antibiotika	často vhodné v rámci symptomové léčby, předem nutná dohoda o preskripci (finanční náročnost)
antimykotika	
antivirotika	
G-CSF, erythropoetin	v kontextu konce života většinou neindikované

Medikace v závěru života

Farmakologická rozvaha v závěru života v hematologii není zásadně odlišná od ostatních onkologických diagnóz s výjimkou častěji používaných kortikoidů. Medikace se liší někdy více podle místa, kde péče probíhá, a zvyklostí pracoviště, než podle diagnózy či stavu pacienta. V nemocničním kontextu v péči hematologů či internistů bývá opožděnější racionalizace polypragmatie nežli v paliativním a hospicovém prostředí. Při přechodu do hospicového prostředí jsou nejčastěji redukována či ukončována antihypertenziva (a často také antimikrobiální léky), nejčastěji je zahajována terapie silnými opioidy. Hospicová zařízení u většiny pacientů v závěru života použijí silné opioidy, benzodiazepiny, neuroleptika v antiemetické indikaci a často kortikoidy. Předání hematologické-

ho pacienta do hospicové péče vyžaduje z praktických důvodů dohodu o racionalizaci některé medikace – viz tabulka 2. V hematologii je časté užívání kortikoidů, mnohdy život zachraňující a zároveň spojené při delším užívání s množstvím nežádoucích účinků. V období závěru života mohou přinést kortikoidy části pacientů významnou úlevu od mnoha symptomů (tab. 3). Kromě podložených indikací k vysokodávkované kortikoterapii používáme většinou krátkodobý terapeutický pokus s 4 až 12 mg dexametazonu jedenkrát denně. Dojde-li do dvou dnů k jednoznačnému zlepšení symptomů (ústup bolesti, ústup anorexie...), pokračujeme několik dní v podané dávce a poté snižujeme dávku po 2 mg každé tři dny s cílem nalézt nejnižší účinnou dávku. Není-li po dvou až třech dnech efekt kortikoidů jasně patrný, ukončíme jejich podávání okamžitě.

Tab. 3 Nejčastější indikace k použití systémových kortikoidů v terminálních stavech v hematologii

Příznaky či patofyziologické děje	Dávka kortikosteroidů
febrilie způsobené hematologickou malignitou provázené nevykonností, anorexií (B-příznaky)	obvyklá paliativní
nauzea, zvracení	obvyklá paliativní
potransfuzní reakce včetně TRALI (transfusion related acute lung injury)	vysoká
bolesti kostní, bolesti zvětšených parenchymových orgánů (játra, slezina)	obvyklá paliativní
syndrom leukostázy	vysoká
svědění	obvyklá paliativní
příznaky způsobené nemocí štetu proti hostiteli	vysoká
nežádoucí účinky některých imunoterapeutických postupů	obvyklá až vysoká
poradiační postižení (kůže, poradiační pneumonitida...)	obvyklá až vysoká
útlakové příznaky zvětšující se nádorovou (například uzlinovou) masou jako je počínající syndrom horní duté žíly, obstrukce ureterů či střešní obstrukce	vysoká
syndrom nitrolební hypertenze se symptomy (z infiltrace hematologickou malignitou, při krvácení)	vysoká
míšní léze u pacientů s mnohočetným myelomem v kontextu terminálního stavu	vysoká

Laboratorní monitoring

V období, kdy se transfuzní i další podpůrná péče řídí více klinickými příznaky, než laboratorními hodnotami, je možné laboratorní vyšetření redukovat či ukončit. Je to vždy nutné provádět po dohodě a vysvětlení kontextu pacientovi, který byl většinou na důsledné laboratorní monitorování zvyklý a často si vedl přehled o některých laboratorních hodnotách. I v tomto případě bývá vhodné postupovat pomalu a brát obavy pacienta vážně.

Závěr

Závěr života a umírání hematologických pacientů se mírně liší od trajektorie pacientů se solidními tumory a významněji se liší od závěru života neonkologických pacientů. Platí zde ještě více než v celé populaci převaha úmrtí v nemocničních zařízeních. Obtížná predikovatelnost prognózy, časté nenadálé zvraty celkového stavu, v některých případech užití moderních imunoterapeutických protokolů a transfuzní dependence vedou k větší intenzitě péče v závěru života včetně opakovaných a dlouhých hospitalizací a menšího využívání paliativních a hospicových zařízení či konzultací. V hematologických centrech v ČR bývají standardem silné vazby pacientů na svou kliniku a své ošetřující lékaře a tento vztah je potom základem dobré péče i v závěru života. Častějšímu a v indikovaných případech žádoucímu předávání do hospicové a paliativní péče a omezení dlouhodobých hospitalizací na akutním lůžku mohou přispívat vznikající nemocniční paliativní týmy. Komunikace balancující otevřenost a empatii od diagnózy život ohrožující hematologické nemoci až do závěru života, čas věnovaný rozhovoru a respektující prostředí jsou zásadními prostředky, které mohou přinést důstojnost a zlepšit kvalitu konce života a umírání v kontextu moderní medicíny a uvnitř zdravotního systému. Spolupráce hematologů, nemocničních paliatrů a hospicových týmů je velmi dobře možná, potvrzují to i zkušenosti z českých nemocnic, kde konziliární paliativní týmy působí.

^{1,2}MUDr. Michal Kouba,

²MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Ph.D.

¹Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

²Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Centrum podpůrné a paliativní péče

Představujeme publikaci

Výživa onkologických pacientů



Kniha podává ucelený přehled různých aspektů výživy pacienta s již zjištěným nádorovým onemocněním. Podrobně je popsána problematika podvýživy jakožto charakteristického projevu nádorového onemocnění. Důsledně je prezentována potřeba včasné a systematické nutriční podpory, která vychází z důrazné dietní intervence, ale zahrnuje i všechny možnosti umělé klinické výživy. Zvláštní důraz je kladen na nutriční potřeby specifické pro onkologického pacienta.

Kniha je psána s důrazem na praktický přístup, i když s maximální snahou o vědecké doklady všech podstatných tvrzení. Autor využívá své dlouholeté praxe a formuluje jasná a jednoznačná doporučení, jak postupovat v konkrétních situacích.

Určeno pro lékaře různých oborů, především onkology, nutriční specialisty, nutriční terapeutky, studenty medicíny, studenty bakalářského a magisterského studia výživy člověka.

Autor: Miroslav Tomáška
Doporučená cena 850 Kč

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

**MEDICAL
SERVICES**

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



Edukace pohledem stomické sestry

Péče o stomii neznamena pouze ošetření kůže v okolí stomie a správnou aplikaci stomické pomůcky. Stejnou důležitost má i důkladná edukace pacienta před operací, krátce po ní a dále pravidelně v ambulantní péči.

Edukace stomického pacienta neznamená pouze ošetření kůže v okolí stomie a správnou aplikaci stomické pomůcky. Stomická sestra je důležitá pro svou odbornost a specifické zkušenosti v systému ošetrovatelské péče. Její přítomnost na klinice, stejně jako stomická poradna jsou základem péče o stomického pacienta. U nás se osvědčil model stomické sestry jako „průvodce“ stomika klinikou. Sestra a pacient se setkávají v proktologické poradně při předoperační edukaci. Pacient se dozvídá o taktice operace a léčby, nutnosti dobré výživy, stejně jako o udržení, eventuálně zvýšení fyzické kondice. To jsou předpoklady pro ideální průběh operace a perioperační péče. Je-li stomie jen jednou z možností, je dostatečným začátkem edukace až den před operací při zakreslení místa pro stomii.

Vhodné místo volí chirurg při vyšetření pacienta a plánování operace na střežě. Kromě chirurgických zvyklostí a pravidel má být stomie umístěna v místě, kam stomik vidí, aby ji mohl sám ošetřovat. Stomasestra při zakreslování místa respektuje kožní záhyby, jizvy, tvar břicha a jeho proměny při změnách polohy vleže, vestoje a vsedě. Bere v úvahu nejen reálný vzhled břišní stěny v uvedených pozicích, ale i úbytek váhy před operací s předpokladem, že později pacient opět přibere, zaměstnání, zvyklosti oblékání, možné handicapy nebo potíže se zrakem. U laparoskopických a robotických výko-

nů s kapnoperitoneem je spolupráce s lékařem při zakreslování ještě důležitější. V případě hlubokých kožních rýh je nezbytné je označit a umístit stomii mimo ně (obr. 1, 2).

Zahájení brzké edukace v péči o stomii v perioperační péči je pro budoucí život stomika klíčové. Stomie na vhodném místě je předpokladem pro výběr vhodné stomické pomůcky a prevencí jejího selhání. Jednotlivé kroky edukačního postupu a jejich posloupnost jsou důležité pro funkčnost pomůcek. Pro každý typ operace a stomie je specifický způsob péče.

Aby byla edukace opravdu edukací, je její součástí kontrola naučeného postupu a demonstrace toho, že pacient péči ovládá. Brzké zvládnutí péče o stomii je dobrým předpokladem k samostatnosti. Nechat pacienta pracovat svým tempem, nevstupovat do jeho způsobu práce a být pouze korektorem jeho počínání, to vše jsou zásadní faktory. Důležitá je soběstačnost před odchodem do domácího prostředí. Přítomností rodiny nebo pečovatele u poslední edukace zabráníme vzniku komplikací. Rodina vidí, co stomik umí, a vyhneme se prohlášení: že pacienta nikdo nic nenaučil a: „Nikdo mi nic neřekl a neukázal.“ Velkou výhodou je asistence blízké osoby, která si pamatuje postup ošetření. O její přítomnosti rozhoduje sám stomik. Stomik dále dostane telefonický kontakt na stomickou sestru do poradny s termínem následné kontroly. Samostatnost v péči o stomii mu

dá jistotu i při hospitalizacích na jiných odděleních i v celém dalším životě, v případě handicapů je alespoň „manažerem péče“.

Při propuštění odchází stomický pacient s pomůckami na 1 měsíc. Během této doby dochází ke změně břišní stěny, odezní otoky, zmenší se stomie, což vyžaduje změnu pomůcky (velikost, tvar – hladká nebo konvexní podložka). Při vyčerpání limitu při první preskripci (3 měsíce) a při nutnosti změny pomůcek je výměna problematická. Praxe nás denně ujišťuje o vhodnosti tohoto kroku. U stabilizovaného stomického pacienta je kvartální preskripce výhodou a dává mu volnost a nezávislost.

Ambulantní péče začíná tři týdny po propuštění. Při nefunkčnosti stomického systému nebo podtékání jsou korekce a diagnostické přehodnocení (stoj, sed, leh) potřebné dříve. Stomická sestra kontroluje stomii, případně odstraní stehy, aby se předešlo vytvoření stehových píštělí. Zhodnotí se správná funkce vybraného systému, zda pomůcka vydrží přilepená na kůži podle stanovených limitů a nečekaně nepodtéká a zkontroluje se stav kůže v těsném okolí stomie, zda na ní nejsou defekty, dermatitida. Vyšetřovat se má vleže, vsedě, eventuálně vestoje. Hodnotí se rovinnost (obr. 3), nebo naopak retrakce v okolí (obr. 4–6). Během edukace může sestra odpovědět dotazy stomika. Otázky vznikají i při implementaci



Obr. 1 Zakreslení umístění stomie u pacientky před robotickou operací vleže



Obr. 2 Pacientka z obrázku 1 vsedě – kontrola správnosti zakreslení



Stoma
Skin
Soul



Umožňuje pacientům
cítit se pohodlně ve
vlastní kůži

Nils, Rebel s Crohnem

Kroužek Dansac TRE Seal. Jeden kroužek. Tři úrovně ochrany

- Konstruován tak, aby poskytoval bezpečnou a pružnou ochranu kůže před sekretem ze stomie a bylo možné kroužek snadno odstranit
- Pomáhá absorbovat nadbytečnou vlhkost, a udržuje tak přirozenou rovnováhu pokožky, aniž by docházelo ke ztrátě její vnitřní nebo vnější pevnosti
- Pomáhá udržovat pH přirozeně zdravé pokožky



Dostupné ve 3 velikostech: 20 mm, 30 mm a 40 mm

DANSAC TRE SEAL

Před použitím si přečtěte Návod k použití, který obsahuje informace o zamýšleném použití, kontraindikacích, varováních, preventivních opatřeních a pokynech.

Loga Dansac a TRE jsou ochrannými známkami společnosti Dansac A/S. Všechny ostatní ochranné známky a autorská práva jsou majetkem příslušných vlastníků.
©2020 Dansac A/S



dansac



Obr. 3 Rovné okolí stomie



Obr. 4 Retrahované okolí stomie u pacienta vleže



Obr. 5 Diagnostika okolí stomie u pacienta vleže



Obr. 6 Diagnostika retrakce okolí stomie u pacienta vsedě

získaných dovedností do života se stomií v domácím prostředí. Proběhne opětovná korekce postupu ošetření, případně odstranění nepřesností a chyb. Důležitou součástí kontroly je pochvala za nově nabyté dovednosti.

Mezi další úkoly stomické sestry patří dlouhodobé sledování stomických pacientů. Kontroly ve stomické poradně by měly probíhat 3 měsíce od zavedení stomie, po půl roce a dále alespoň jednou ročně nebo při potížích. Je vhodné jednou za rok zopakovat postup ošetření, stejně jako zvláštnosti u jednotlivých typů stomií. Stomik zapomíná při rutinním ošetření jednotlivé kroky. Tato opomenutí mohou vést ke snížení funkčnosti pomůcky a jejímu podtékání nebo k přehlédnutí průběžně vznikajících komplikací.

Jak probíhá výběr stomické pomůcky a co ho ovlivňuje? Za prvé je to **hygienický požadavek** na stomický systém. U jednodílného systému (lepící plocha je součástí stomického sáčku) je frekvence výměny dána typem stomie. Dvoudílný systém se skládá z podložky, která setrvává na kůži 3–4 dny u kolostomika, 2–3 dny u ileostomika a urostomika, a denně se mění

jen stomický sáček. Dalším faktorem je, jak stomik **vnímá** materiál sáčku. Když je stomik aktivní již při výběru stomické pomůcky, je jeho adaptace na život se stomií snazší. Další faktory jsou neovlivnitelné, např. handicap pacienta nebo konfigurace **stomie**, zda je v rovině, v retrakci, nebo ve vypouklé oblasti. Pro každý tvar existuje typ pomůcky.

Stomie je historicky spojována se špatným stavem, izolací pacientů. To v současnosti neplatí. Jak léčba, tak pomůcky jsou pro většinu stomiků zkvalitněním života, včetně kontroly vyprazdňování.

Na adaptaci stomika má velký vliv tým lidí, který v nemocnici potká a který mu pomůže vstoupit do trvale nebo dočasně změněného života. Stomik na začátku života se stomií prochází náročným obdobím. Dochází k deformitě těla a změně vnímání jeho obrazu. Konfrontace u zrcadla nebývá příjemná, když se na břišní stěně objeví stomie. Je-li stomie vytvořena na místě, kde na ni stomik dobře vidí, pečuje o ni snadno, může se na pomůcku spolehnout. V opačném případě je stomická sestra rádcem a odborníkem v nastavení funkčního způsobu ošetření.

Proces adaptace na náročnou životní situaci je u každého jiný. Jaro Křivohlavý v Psychologii nemoci popisuje zvládání následovně: „Jádem zvládání je využití snah (jak intrapsychických, tak typu určité aktivity) řídit (monitorovat, ovládnout, minimalizovat, zmenšovat, tolerovat) vnitřní a vnější požadavky, které těžce doléhají na člověka...“ Proto připomínám snahu o maximální soběstačnost v péči o stomii. Akceptující rodina, která od samého začátku přebírá plnou péči za svého blízkého, není výhodou. Tam, kde pacient vidí svou situaci jako smysluplnou, srozumitelnou a zvládnutelnou, tam zaujímá nadějnější postoj k boji s těžkostí. Snáze se smíruje s nově vzniklou situací a adaptuje se na ni. Navrací se ke svým koníčkům, žije svůj dřívější život. Z pohledu z vnějšku vypadá adaptovaně, nemusí to tak vnitřně být. Takovou zkušenost mám i z vlastní praxe. Někdy i pojmenování toho, že stomici vypadají smířeně, byť to tak sami necítí, je posouvá v adaptaci dále. Naším úkolem je akceptovat způsob a rychlost adaptace každého jednotlivce a poskytnout mu prostředí a prostor k tomu, aby byla co nejnazší.

Mgr. Kateřina Drlíková

Chirurgická klinika 2. LF UK a FN v Motole

Zásady bariérového ošetrovacího režimu

Bariérová péče je komplex postupů a opatření k zabránění přenosu patogenních mikroorganismů. Dodržováním základních režimových pravidel následně chráníme sebe, pacienty a své okolí.

Všechna zdravotnická zařízení, ať už nemocničního typu, ambulantního typu nebo zařízení poskytující následnou či dlouhodobou péči, včetně domovů s pečovatelskou službou, jsou povinna dodržovat hygienická a protiepidemiická opatření vedoucí k prevenci infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče. Tato pravidla můžeme shrnout do jednotné metodiky zahrnující správné zásady aseptického chování v rámci postupů léčebně-ošetrovatelské péče. Taková režimová opatření se nazývají „**Bariérová péče**“.

V zásadě se jedná o komplex ošetrovatelských postupů souvisejících s materiálními, technickými a stavebními opatřeními, která vedou k zabránění přenosu patogenních mikroorganismů. Dodržováním základních režimových pravidel následně chráníme **sebe, pacienty a své okolí**.

Úkolem každého člena zdravotnického týmu je snaha o dodržování preventivních opatření s cílem:

- zabránit vzniku infekčních onemocnění
- zajistit prevenci šíření nákaz ve zdravotnických zařízeních a mezi nimi
- minimalizovat přenos infekčních onemocnění na pacienta a personál

Mezi základní zásady **bariérového přístupu** patří všeobecná hygienická bdělost a opatření, která kladou důraz zejména na osobní hygienu personálu a hygienu pacienta. S hygienou personálu souvisí obzvláště používání osobních ochranných pracovních prostředků (OOPP). Kromě dobře zvolených kvalitních materiálů a správné údržby je nutné rovněž zajistit dostupnost OOPP a zejména jednorázových pomůcek, a to individuálně pro každého zaměstnance a pracoviště. Dalším faktorem pro zajištění čistých a bezpečných OOPP je správný způsob ukládání – prádlo civilní a pracovní musí být zcela odděleno. Personál musí mít vyznačené zázemí mimo klinický provoz (šatna, denní místnost).

Hygienu rukou

Mezi další významná preventivní, hygienická opatření v rámci **bariérového režimu** patří bezesporu důsledná hygiena rukou, jelikož ruce, jako pracovní nástroj jsou potenciálním zdrojem přenosu patogenních původců nemocí.

Dodržování správných postupů hygieny rukou je zavedeno v jednotné a účelné metodice – Věstník MZČR částka 5/2012, RBC č. 5, Směrnice WHO, Program WHO (Clean care is safer care). Důraz by měl být kladen především na používání správných dezinfekčních prostředků (alkoholové), na použití dostatečného množství přípravku (3–5 ml) a také na dostatečnou dobu expozice (20–30 s). Neméně důležitou součástí hygieny rukou je dostupnost dezinfekčních prostředků a jejich správné umístění na pracovišti (dávkovače) a dále správná a jednotná metodika, která zajistí důkladnou dezinfekci na exponovaných místech. V neposlední řadě je to auditní činnost, která ověří správnou praxi a vyloučí případné nošení šperků či špatnou úpravu nehtů. Mezi další důležitá opatření patří zavedení systému kontinuálního vzdělávání zaměstnanců. Zdravotnické zařízení by nemělo upřednostňovat nákladovou efektivitu před bezpečnou a kvalitní ošetrovatelskou péčí, což znamená, že všem zaměstnancům (zdravotníci, údržba, úklid) umožní dostupnost jednorázových pomůcek a jejich správný výběr (rukavice nitrilové, latexové).

Dezinfekce a sterilizace

Nepostradatelná preventivní, **bariérová opatření** se týkají také dezinfekce a sterilizace. Řádný dezinfekční program vychází z používání správných dezinfekčních prostředků podle typu využití (kdy a jak), důsledném střídání (povrchy), dodržování koncentrace, expozice a sledování účinnosti. Personál má k dispozici metodický postup pro dekontaminaci nástrojů a vyšší stupeň dezinfekce. Zodpovědná osoba vede pravidelné záznamy a kontroluje expiraci nástrojů a pomůcek. Sterilizace se používá při absenci jednorázových pomůcek a je výhradně zajištěna akreditovaným pracovištěm, podléhá řádné kontrole zodpovědnou osobou – zásady pro vedení dokumentace, indikátory, transport, zabezpečení správného skladování, kontrola obalu, expirace. Resterilizace jednorázových zdravotnických pomůcek a zdravotnických prostředků je nežádoucí a nezákonná.

Začátek je už na příjmu pacienta

Nezbytná a zcela zásadní součást zdravotní péče je standardizovaný ošetrovatelský proces. Hygienicko-epidemiologický režim začíná

již při příjmu pacienta, se sběrem anamnézy. **Bariérová péče** je nepostradatelnou součástí pracovního procesu a souvisí s používáním jednorázových pomůcek, dekontaminací, aseptickým režimem při porušování integrity kůže a při invazivních zákrocích. Ošetřování fyzických osob ve zdravotnických zařízeních nebo ústavech sociální péče, jejich vyšetření a zajištění životních funkcí lze provádět pouze v prostoru, který splňuje základní hygienické požadavky. Důležité je včasné edukovat pacienta o správném způsobu ukládání oděvů, stravování, kouření, využívání kuchyňky, koupelny a WC. Pro případ podezření na přenosné infekční onemocnění, by zdravotnické zařízení mělo disponovat prostorem pro izolaci pacienta a vyloučit individuální pomůcky i personál.

Úklid a nakládání s odpady

V rámci **bariérové péče** dodržují zdravotníci metodiku pro úklid a nakládání s odpady. Harmonogram úklidu určuje frekvenci (minimálně 1x denně na vlhko – dle typu provozu), vymezuje úklidové a dezinfekční prostředky, ukládá používání systému dvou věder. Žádoucí jsou funkční úklidové místnosti a dohled nad správným způsobem ukládání prostředků (mopy). V rámci využívání outsourcingu je nutné zdůraznit, že bez ohledu na smluvní vztahy, je za správné provedení úklidu zodpovědné zdravotnické zařízení, potažmo osoba uvedená v provozním řádu. Odpad vzniklý v zdravotnickém zařízení vždy třídíme a standardně dělíme na komunální a nebezpečný (biologický a ostrý). Veškerý odpad odstraňujeme denně, od lůžka bezprostředně po jeho vzniku. K uchovávání používáme speciální, řádně označené, pevnostěnné nádoby a dbáme na správnou manipulaci, frekvenci svozu (operační sál) a rovněž uskladnění.

Na správném dodržování bariérového režimu se podílí napřímo zdravotnický personál – sestry a lékaři, ale dodržování preventivních opatření je rovněž podstatné pro ostatní složky zdravotnického zařízení – pomocný personál, úklidová firma, stravovací provoz a technicko-hospodářští pracovníci.

Legislativa

Zavedení bariérového režimu v rámci poskytování zdravotní péče patří mezi efektiv-

ní preventivní opatření. Jedná se o základní pilíř kvalitní a bezpečné péče a musí být denním, samočinným rituálem. Pouze dodržováním správných bariérových postupů můžeme garantovat kvalitní a bezpečnou péči.

Problematiku bariérového režimu legislativně vystihuje převážně Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování a Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických

zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Zásady bariérového ošetřovacího režimu souhrnem:

- používání osobních ochranných pomůcek (pracovní oděv a obuv, rukavice, ústenky)
- mytí a dezinfekce rukou (správné postupy dle metodiky, vhodné prostředky)
- používání jednorázových pomůcek (individuálně, vždy pro jednoho pacienta)
- dekontaminace, dezinfekce, sterilizace (správné prostředky, koncentrace, expozice)

- zásady pro odběr a vyšetření biologického materiálu (prostředí, pomůcky, transport, odpad)
- manipulace s prádlem (zásady skladování, dostupnost OOPP, technické zázemí)
- manipulace se stravou (vybavení a údržba kuchyněk, transport, pomůcky)
- úklid a dezinfekce prostředí (četnost, koncentrace, účinnost prostředků, postupy, skladování)
- stavební a technologická opatření (aseptické zóny, vzduchotechnika, zázemí)
- odpad (třídění, manipulace, pomůcky, hygiena).

Bc. Michaela Horáková,
hlavní sestra EUC Kliniky Ústí nad Labem

NABÍDKA ZAMĚSTNÁNÍ



Nemocnice Trutnov

www.nemtru.cz

Oblastní nemocnice Trutnov a.s. přijme

primáře nebo zástupce primáře

na oddělení gynekologicko-porodnické.

Nástup možný ihned, případně dle vzájemné dohody.

Nabízíme:

- nástupní hrubou mzdu primáře **150 000 Kč**, stabilizační odměnu **300 000 Kč**,
- nástupní hrubou mzdu zástupce primáře **130 000 Kč**, stabilizační odměnu **200 000 Kč**,
- služební byt s **příspěvkem na nájemné**,
- služební automobil i pro soukromé účely,
- pracovní poměr na dobu neurčitou,
- smysluplnou práci na akreditovaném pracovišti,
- **čtvrtletní výkonnostní příplatek**, 5 týdnů dovolené, výhodné a **chutné** závodní stravování,
- příspěvek na penzijní připojištění **4 000 Kč** měsíčně,

V případě zájmu prosím kontaktujte:
Ing. Miroslav Procházka, Ph.D., telefon +420 776 069 842, +420 499 866 101, e-mail: prochazka.miroslav@nemtru.cz

- příspěvek na volný čas, slevu 10 % v nemocniční lékárně,
- **maximální podporu osobního rozvoje a dalšího vzdělávání**,
- erudovaný, spolehlivý a přátelský tým,
- příjemné pracovní prostředí v nemocnici v podhůří Krkonoš,
- život i práci v malebném městě se silným geniem loci, s bohatými možnostmi kulturního i sportovního vyžití.

Osobnostní předpoklady a dovednosti:

- specializovaná způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb. v příslušném oboru,
- schopnost vedení týmu a nadšení pro obor,
- smysl pro týmovou práci, spolehlivost a komunikativnost.



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce ▼ XA201001476



MMN, a.s. , přijme lékaře na pozici

primář chirurgického oddělení

Kvalifikační předpoklady:

- nemocnice vyhláší výběrové řízení na pracovní pozici: primář chirurgického oddělení
- uchazeči musí splňovat požadavky Zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění Zákona č.97/2017 Sb.
- specializovaná způsobilost v oboru chirurgie, příp. traumatologie, úrazová chirurgie
- zdravotní způsobilost
- platný výpis z rejstříku trestů
- minimálně 10 let praxe
- komunikativnost, samostatnost, organizační schopnosti

Nabízíme:

- Životopis + přehled dosavadní praxe
- úředně ověřené doklady o dosaženém vzdělání
- Možnost náborového příspěvku ve výši 250 000 Kč (L3)
- pracovní pozice na plný úvazek
- dobré mzdové podmínky
- benefity a odměny dle Kolektivní smlouvy (více na www.nemjil.cz)

Nástup možný ihned po vyřízení nezbytných dokumentů.

Kontakt: MUDr. Jiří Kalenský, telefon: 481 551 120, e-mail: jiri.kalensky@nemjil.cz

Inzerce ▼ XA201001383



Oblastní ředitel pro zdravotní služby Pardubické a Chrudimské nemocnice
a děkan Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice
vyhlašují výběrové řízení na obsazení vedoucího pracovního místa:



Přednosta Chirurgické kliniky Pardubické nemocnice

Požadavky na uchazeče:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oborech vztahujících se k chirurgickým 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 chirurgických oborech, z toho 3 roky v řídicí funkci
- pedagogická a vědecko-výzkumná činnost
- publikační aktivita
- bezúhonnost
- organizační, komunikační a řídicí schopnosti

Nabízíme:

- přihláška, jejíž součástí jsou všechny níže 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 vědeckopedagogických 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 chirurgických oborů
- písemná strategie pracoviště, na které se uchazeč hlásí do vedoucí pozice

Přihlášky přijímá do 31. 10. 2020

personální úsek – Klára Sotonová, Pardubická nemocnice, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice



Oblastní ředitel pro zdravotní služby Pardubické a Chrudimské nemocnice
a děkan Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice
vyhlašují výběrové řízení na obsazení vedoucího pracovního místa:



Přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky Pardubické nemocnice

Požadavky na uchazeče:

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

Nabízíme:

- přihláška, jejíž součástí jsou všechny níže 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 vědeckopedagogických 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
- písemná strategie pracoviště, na které se uchazeč hlásí do vedoucí pozice

Přihlášky přijímá do 31. 10. 2020

personální úsek – Klára Sotonová, Pardubická nemocnice, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 9/2020

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 Městák, Ph.D.
Mgr. Jana Nováková, MBA
MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC
doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Redakce

PhDr. Jana Jílková,
e-mail: jilkova@mf.cz

Stálý spolupracovník redakce

Mgr. René Šifra

Výkonný manažer redakce, grafika a technické zpracování

Radek Konařík
e-mail: konarik@mf.cz

Personální inzerce

e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

mladá fronta

Generální ředitel

Karel Novotný, MBA

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, MBA

Ředitel výroby, marketingu 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,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

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

Objednávky do zahraničí:

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

Objednávky SR:

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

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem
se řídí všeobecnými obchodními podmínkami
pro předplatitele.
Předplatně 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 24. 9. 2020

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

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

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. přijme

Lékaře se specializovanou způsobilostí (zástupce primáře) na Dětské oddělení.



Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru Dětské lékařství,
- licence pro výkon vedoucího pracovníka,
- schopnost aktivního, samostatného jednání,
- vstřícné chování a vystupování,
- pracovitost, spolehlivost a odpovědnost.

Nabízíme:

- možnost přidělení služebního vozidla.

Platové podmínky:

- nadstandartní smluvní mzda.

Benefity:

- 5 týdnů dovolené,
- placené pracovní volno dle KS,
- příspěvek na stravování,
- příspěvek na životní pojištění,
- příspěvek na penzijní připojištění,
- odměny při životních a pracovních jubileích,
- úhrada poplatků členů ČLK,

- příspěvky na dětskou zimní nebo letní rekreaci.

Termín nástupu: Ihned.

Kontakt:

MUDr. Martin Hrabovský, MBA, místopředseda představenstva Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. Martin.hrabovsky@nvm.agel.cz, telefon: +420 724 238 965

Inzerce ▼ XA201000783



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

PRIMÁŘ/KA RADIOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru Radiologie a zobrazovací metody
- 5 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví po získání specializace
- organizační a řídicí schopnosti, samostatnost
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- orientace v ekonomice zdravotnictví

Příhlaška uchazeče musí obsahovat:

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

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

Písemnou přihlášku, včetně telefonního spojení a s požadovanými doklady uchazeči zašlou nejpozději do 9. 10. 2020 na adresu: Nemocnice Tábor, a.s., kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, personální oddělení telefon: 381 608 210, vedoucí personálního oddělení - Iva Glatzová

Termín výběrového řízení bude uchazečům oznámen.

Inzerce ▼ XA20100548

Personální inzerce do časopisu



Zdravotnictví a medicína

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



ilustrační foto: Shutterstock

Rozbor sto let starého léku ukázal, čím se před svou smrtí léčil Antonín Dvořák

Pozůstalost Antonína Dvořáka, kterou spravuje Národní muzeum v rámci Českého muzea hudby, obsahovala donedávna neznámý vzorek léku, který skladatel užíval krátce před svou smrtí. Ve spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv došlo po více než sto letech k jeho přesné identifikaci. Potvrdilo se tak to, co bylo dlouhá léta jen předmětem spekulací – že tento významný český skladatel trpěl před svou smrtí mimo jiné i zánětem močových cest.

Podle štítku na krabičce byl lék pro Antonína Dvořáka připraven v Lékárně U Modrého lva ve Vodičkově ulici v Praze dne 17. 4. 1904. Samotná krabička pak obsahuje obálky z nažloutlého papíru s bílými krystaly. Jednu z těchto obálek poskytlo muzeum k analýze.

„Netradičního úkolu jsme se zhostili moc rádi. Nejprve však bylo nutné domluvit detaily rozboru. Potřebovali jsme vědět, zda je možné vzorek při analýze celý využít, nebo zda jej chce muzeum vrátit. Podobně opatrně jsme museli postupovat v případě obalu, který bylo nutné zachovat v původním stavu. A samozřejmě tu bylo jisté riziko, že se látku nemusí podařit vůbec identifikovat,“ shrnuje podmínky rozboru Irena Storová, ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Rozbor léku pomocí Ramanova mikroskopu

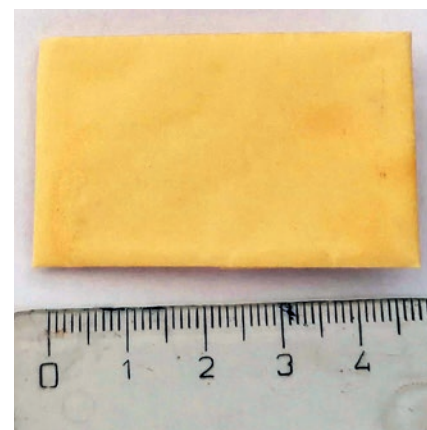
Část bílých krystalů obsažených v obálce bylo možné volně vysypat a zvážit, část



drobnějších krystalů zůstala přilepena k papírovému obalu. Vzhledem k tomu, že by při jejich oddělení mohlo dojít k poškození obálky, nebyly z papíru odstraněny. Hmotnost celého balení byla 0,87078 g, vysypaných krystalů pak 0,37511 g.

Podle vzhledu neznámé látky bylo jasné, že nejde o rostlinný materiál. Další

rozbor proto proběhl za pomoci Ramanova mikroskopu. Jedná se o velmi účinnou a nedestruktivní metodu, kterou lze použít pro plynné látky, kapaliny i pevné látky, které vykazují vibrační spektrum. Vzorek je ozařován intenzivním monochromatickým světlem. Většina záření je rozptýlena vzorkem při vlnové délce shodné s dopadajícím světlem. Malá část dopadajících fotonů je rozptýlena vzorkem při vlnových délkách, které jsou oproti původnímu zdroji světla posunuty. Tento posun světla je znám jako Ramanův rozptyl a je charakteristický pro danou látku. Zjednodušeně řečeno takový mikroskop poskytne jak zvětšený detail analyzovaného vzorku, tak jeho totožnost, kterou ověří porovnáním s knihovnou spekter.



Obr. 2 Obálka k analýze



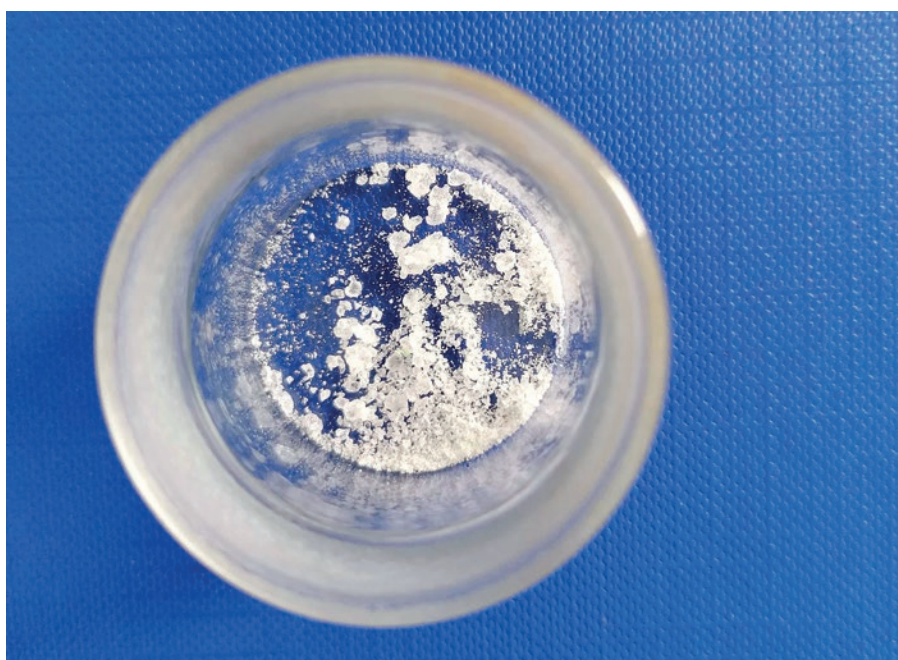
Obr. 1 Krabička s léky – originální balení

Ve své době inovativní lék

Látka z pozůstalosti Antonína Dvořáka tak byla identifikována jako hexamethylentetramin (jinak také methenamin nebo urotropin). Jedná se o heterocyklickou organickou sloučeninu, která se v minulosti používala k léčbě infekcí močových cest. V kyselém prostředí se rozkládá za vzniku formaldehydu a amoniaku. For-



Obr. 3 Vzorek léku k rozboru



Obr. 4 Vzhled krystalu



Obr. 5 Ramanův mikroskop

maldehyd působí baktericidně. Do zdravotnictví byla tato látka poprvé zavedena v roce 1899. Antonín Dvořák tak toto léčivo dostal necelých pět let po jeho uvedení do lékařské praxe a také pouze dva týdny před svou smrtí.

Analýza léku potvrzuje hypotézy o skladatelových zdravotních potížích těsně před jeho nečekanou a náhlou smrtí a dokumentuje dobový způsob léčby. Krabička s lékem je – stejně jako některé další trojrozměrné předměty z Dvořákovy pozůstalosti – bezpečně uložena v depozitáři Českého muzea hudby.

Skladatelovy zdravotní obtíže v poslední fázi života

Skutečnost, že Antonín Dvořák trpěl právě těmito obtížemi, byla doposud podložena dochovaným písemným svědectvím jako například vzpomínkami jeho syna Otakara: „...otec se rozstonal, ač po celý život se onemocnění statečně vyhýbal. Byla to zálnemoc. Zprvu šlo o onemocnění močového měchýře. V Žitné ulici v Praze v domě naproti nám bydlil prof. Hnátek. Ten třikrát denně odebíral otci uměle moč.“

Antonín Dvořák zemřel v Praze 1. 5. 1904 oficiálně na mozkovou mrtvici. Dle poznatků moderní medicíny byla však příčinou smrti spíše plicní embolie po dlouhodobém klidu na lůžku. K ledvinové kolice, kvůli které musel dokonce v březnu 1904 opustit divadlo při premiéře svého posledního díla – opery Armida, se navíc přidalo nachlazení, zánět močových cest a chřipka.

Na podzim proběhne výstava Slavní skladatelé

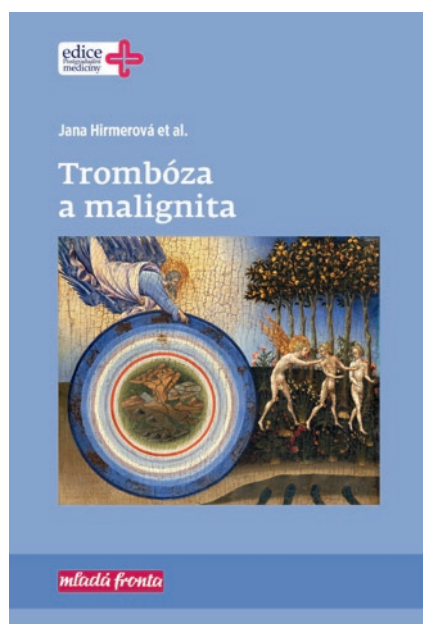
„Celý fond Muzea Antonína Dvořáka, které je součástí Národního muzea, tvoří asi 9 tisíc sbírkových předmětů týkajících se tohoto významného skladatele. Vedle jeho rukopisů, korespondence a dalších vzácných dokumentů obsahuje sbírka také Dvořákovy osobní předměty, mezi nimiž se nachází právě krabička s lékem, který doposud nebyl analyzován. Kromě studia skladatelovy tvorby je pro nás samozřejmě důležité poznat i jeho život a dobu. A právě životu a tvorbě nejen Antonína Dvořáka se věnuje i připravovaná výstava Slavní skladatelé, která bude k vidění na podzim letošního roku v Historické budově Národního muzea,“ uvedl generální ředitel Národního muzea Michal Lukeš.

Jas

Foto: Národní muzeum

Mladá fronta vydává medicínskou literaturu od renomovaných autorů

Trombóza a malignita



Kniha vznikla pod edičním vedením docentky Jany Hirmerové z Lékařské fakulty v Plzni. Autorský kolektiv zahrnuje zkušené angiology i onkology a přináší souhrnný pohled na problematiku žilního tromboembolismu u pacientů s onkologickým onemocněním. Uvádí epidemiologické údaje, patofyziologické souvislosti, současná doporučení pro prevenci a léčbu, výsledky nových studií a možnosti onkologického screeningu u pacientů

s tromboembolismem. Publikace se zabývá i některými specifickými problémy onkologických pacientů s žilním tromboembolismem a jejich řešením v klinické praxi. Kniha je určena široké lékařské veřejnosti, ale zaujme především internisty, angiology, onkology a praktické lékaře.

Diferenciální diagnostika bolestivého kloubu

Monografie (Ladislav Šenolt, David Veigl a kol.) je vhodná pro lékaře, kteří se zabývají diagnostikou a léčbou onemocnění pohybového aparátu. Primárně je určena pro revmatology a ortopedy, nicméně pro přesah problematiky muskuloskeletálních onemocnění je vhodná i pro praktické lékaře, internisty nebo lékaře jiných oborů.

Kniha je členěna do několika kapitol, věnuje se například klinickému vyšetření pohybového aparátu, významu laboratorních a zobrazovacích metod a diferenciální diagnostice postižení pohybového aparátu podle jednotlivých kloubů. Specificky je popsána problematika monoartritid se zaměřením na septickou a dnaovou artritidu. Diskutován je základní postup při diferenciální diagnostice polyartritidy, cíleně jsou zmíněna onemocnění indukovaná infekcí, autoimunitní a autoinflamatorní onemocnění, dege-

nerativní onemocnění, krystaly indukované artropatie, metabolická nebo střádavá onemocnění. Hlavním cílem knihy je seznámit čtenáře s klinickým obrazem a praktickým návodem, jak rozpoznat různé formy artritidy v každodenní klinické praxi.



Očkování dospělých

Po prvním velmi úspěšném vydání knihy Očkování dospělých (Roman Chlíbek a kol.), které se komplexně věnuje očko-

Inzerce ▼ M20100020

NOVINKA

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vydává novou odbornou publikaci

Management a kvalita sociálních služeb

Kniha kolektivu autorů je pomocníkem a průvodcem všech manažerů v sociálních službách s ambicí obsáhnout alespoň podstatné oblasti a otázky, se kterými se právě manažeři potýkají. Zároveň se publikace věnuje kvalitě sociálních služeb, a to ze všech různých úhlů pohledu – určena je nejen pro manažery, ale i odborné pracovníky, kteří se kvalitou zabývají. Hlavním cílem autorů je zvýšit a zvyšovat kvalitu sociálních služeb v ČR a být oporou, ale i podporou manažerům v sociálních službách.

Objednávejte na: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Vančurova 2904, 390 01 Tábor, tel./fax: 381 213 332 provolba č. 6, e-mail: redakce@apsscr.cz, <http://shop-apsscr.alvepi.com/>



Cena: 349 Kč
Členové APSS ČR: 269 Kč



vání v dospělém věku, vychází druhé a významně rozšířené vydání. Přináší nejenom aktualizaci stávajících kapitol o novodobé poznatky a zkušenosti, ale také řadu nových kapitol a řešených problémů. V knize je navíc kapitola o protinádorových vakcínách, o budoucnosti očkování a nových technologiích výroby a aplikace vakcín. Dále zde najdete kapitolu o tuberkulóze a účinnosti očkování, včetně strategie boje s touto stále zákeřnou a obtížně léčitelnou přenosnou nemocí. Přibyly kapitoly o očkování imunosuprimovaných osob a rizikových skupin. Samostatná kapitola se věnuje přístupu k očkování těhotných žen, které byly v kontaktu s infekční nemocí nebo dokonce během těhotenství onemocněly.

Více rozpracovány byly možnosti individuálních schémat v očkování a návaznost na dětský očkovací kalendář. Samostatná kapitola se zabývá sérologickými výsledky protilátek po očkování a jejich interpretaci v běžné praxi pro potřeby další vakcinace či revakcinace. Druhé vydání přináší také podrobnější informace o legislativě a právní úpravě očkování v České republice spolu se srovnáním se situací v ostatních evropských zemích. Kniha je svým obsahem i nadále určena nejenom praktickým lékařům pro dospělé, ale nově také více lékařům specialistům, lékařům cestovní medicíny a vakcinačních center, pracovníkům ochrany veřejného zdraví, ale také lékařům pro děti a dorost, pediatrům, infektologům a všem zájemcům o současnou problematiku očkování.



Dětská revmatologie v praxi



Dlouho očekávaná monografie zaměřená na problematiku dětské revmatologie je určená nemocničním pediatrům, lékařům 1. linie kontaktu, dětským chirurgům, ortopedům, oftalmologům a dalším specialistům, kteří mají ve své péči dítě s revmatickým onemocněním. Cílem editorů a autorů (Pavla Doležalová, Tomáš Dallos a kol.) je pokrýt všechny praktické aspekty diagnostiky, diferenciální diagnostiky a komplexní péče o děti s revmatickými onemocněními. Kniha má obecnou část, která se věnuje principům péče o dítě a dospívajícího s revmatickým onemocněním, organizaci péče, indikaci a interpretaci laboratorních a zobrazovacích vyšetření a také základním principům farmakoterapie, přehledu používaných léčiv a monitoraci léčby. Praktická část zahrnuje nejčastější klinické scénáře v revmatologii.

Moderní postupy v sexuologii

Publikace pracovníků Sexuologického ústavu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (Luděk Fiala, Jaroslav Zvěřina, eds.) je určena nejen mladým lékařům před atestací ze sexuologie, ale také ambulantním i ústavním odborníkům, kteří chtějí získat přehled o problematice sexuologie v běžné klinické nebo ambulantní praxi. Kniha nabízí moderním způsobem přehled současných diagnostických a terapeutických postupů ve vyšetřování mužské plodnosti a její léčby,



v problematice mužských a ženských sexuálních dysfunkcí, věnuje se transsexualitě, zabývá se aktuálními postupy u diagnostiky sexuálních parafilií, alopletyzomografickým vyšetřením nebo problematikou forenzní sexuologie s přihlédnutím k postupům u soudních znaleckých posudků v sexuologii.

Dětská proktologie pro praxi

Monografie editora Richarda Škáby a autorského kolektivu přináší čtenářům informace o vrozených i získaných onemocněních tlustého střeva, konečníku a řiti v dětském věku, jejich etiologii, diagnostice a léčbě. Zahrnuje i kapitoly o vyšetřovacích metodách a následné péči. Kniha je určena hlavně pediatrům, gastroenterologům a chirurgům dospělého i dětského věku.



euro'

#chcivedetvic



europredplatne.cz

UZS

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

www.medical-services.cz

www.uzs-konference.cz



MLADÁ FRONTA

Vydavatelství Mladá fronta a.s.
a Unie zaměstnavatelských svazů
Vás srdečně zvou do

hotelu Grandior v Praze

na 7. ročník odborné konference
pod záštitou předsedy vlády
a ministra zdravotnictví

DOPADY PANDEMIE ZDRAVOTNICTVÍ 2021

22.-23. 10. 2020

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI ODBORNÉ SEKCE

