


ZAM Zdravotnictví a medicína

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ

10
2019



Michal Stiborek, ředitel IKEM:
„Největším bohatstvím IKEM
jsou jednoznačně lidé.“

Více od str. 8

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

ZAM
Zdravotnictví a medicína

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



Neváhejte!

**Tato nabídka platí jen
do 24. 11. 2019.**

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



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou adresu **mf@send.cz**, uveďte své **jméno**,
doručovací adresu a informaci, zdali jste, nebo nejste
lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.
Do předmětu napište kód **ZM1019**. 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 **ZM1019**.
Nezapomeňte operátorce sdělit,
zdali jste, či nejste lékař/odborný
pracovník ve zdravotnictví.

Není čas na nostalgi

V podzimních měsících mají všichni napilno, není čas na filozofování, proto i naše poslední číslo časopisu je ve znamení náročných úkolů a ambiciózních cílů v oblasti zdravotnictví a medicíny. Jeden z nich dostal Ing. Michal Stiborek, když převzal řízení superspecializovaného pracoviště IKEM. Na první pohled se může zdát, že jde o natolik prestižní nemocnici, že se v podstatě řídí sama a světové unikáty se tu dějí jak na běžícím páse. Nový ředitel tento dojem vyvrací a připomíná, že pověst a kvalita nemocnice stojí především na lidech a na „know how“, které si tady velmi oběžně předávají. Stejně jako všechna česká zdravotnická zařízení musí i IKEM hrát s kartami, které od státu má a které žádnou velkou hru rozehrát neumožňují. A přitom stále musí investovat do rozvoje, ať už samotného zdravotnického zařízení, nebo personálu, který si zaslouží mnohem víc než přidat na výplatní pásce několik tisícovek.

V říjnovém čísle jsme se dotkli i mediálně vděčného tématu očkování dětí v kojeneckém věku. Lékaři několika odborností vybízeli na Hradeckých vakcinologických dnech k racionálnímu přístupu v podávání vakcín proti meningokokovým a pneumokokovým infekcím. Samozřejmě by měla být

vakcinace předčasně narozených dětí, kde benefity mnohonásobně převažují před riziky nežádoucích účinků. K umírněné militantních hlasů vybízí i prof. Miovský v souvislosti s e-cigaretami a zahříványými tabákovými výrobky a připomíná padesátileté klinické zkušenosti s úspěšnou léčbou opiátových závislostí. Zaznamenali jsme i novinky v oblasti managementu život ohrožujícího krvácení, včetně peripartálního krvácení, pro jehož řešení by mělo mít krizový plán každé zdravotnické zařízení.

Představujeme také výzkumný tým z mezinárodního centra Biocev, jenž se dlouhodobě věnuje problematice metastazování a který navrhl na základě komplexních poznatků další pilíř protinádorové léčby. Úspěchy, kterých tým dosahuje, lze také přičíst otevřenosti k multioborové spolupráci, v českých podmínkách ne vždy samozřejmé.

I my v divizi Medical Services víme, jak bývá užitečné, když se sejdou různorodé pohledy na věc, a proto také každoročně pořádáme velkou konferenci Zdravotnictví 2020, na niž zveme zástupce klíčových oblastí zdravotnictví. Zajímají nás nejen připravované kroky státních orgánů, ale také jejich reálné dopady



v praxi. V letošním šestém ročníku jsme se více zaměřili na význam inovací, ať už jde o technologie, nebo léčiva. Více než čtyři sta hostů přivítáme již 7. listopadu v hotelu Grandior v Praze. My v redakci se především těšíme, že zde budeme moci načerpat inspiraci pro další čísla měsíčníku Zdravotnictví a medicína.

Přeji Vám příjemné dny, které mají alespoň za mě spíše halloweenský než dušičkový potenciál.

Pavlína Puchová

šéfredaktorka

OBSAH

ZAM

Zdravotnictví a medicína

■ Zdravotnictví 2020	2
■ Lékový záznam je tady	4
■ Princip snížení škodlivosti jako slibná cesta v boji proti kouření	6
■ Rozhovor: Michal Stiborek	8

■ Osud těch nejzranitelnějších je ve vašich rukách	12
■ Porod, trauma a ŽOK	15
■ Pleiotropní efekt vitamínu D	18
■ Lymfomem onemocní každý den pět pacientů	22
■ Potenciál migrastatické léčby	26
■ Generika šetří peníze a zvyšují dostupnost léčby	29
■ Náklady na inovativní léčbu lze vnímat jako investici do zdraví	32

■ Je třeba zlepšit dostupnost moderních antidiabetik	34
■ Letecké záchranáře čekají nové výzvy	35
■ Kongres završil Týden sociálních služeb ČR	38
■ Zprávy z regionů	40
■ Události	42
■ Personálie	47
■ Nabídka práce	48



Konference Zdravotnictví 2020

Již po šesté pořádá vydavatelství Mladá fronta ve spolupráci s Uníí zaměstnavatelských svazů odbornou konferenci zaměřenou na aktuální otázky ve zdravotnickém rezortu. Koná se 7.–8. listopadu v hotelu Grandior v Praze.

Číslo 2020 v podtitulu konference odkazuje na témata blízké budoucnosti. Zajímají nás ale i témata, která budeme muset řešit v budoucnosti vzdálenější, jestliže se financování zdravotní péče bude nadále opírat zejména o veřejné zdroje. Demografický vývoj je neúprosný, náklady na zdravotní péči budou stoupat o desítky miliard korun. Přesto si všichni nadále přejeme udržet kvalitní a dostupnou zdravotní péči, inovativní léčbu a důstojné stárnutí.

Jestli jde v současném systému o reálné cíle, se dozvíme od hostů, kteří přijali naše pozvání. Na konferenci opět přivítáme představitele státní správy, zástupce zdravotnických zařízení, pojišťoven a tvůrce inovativních řešení. Letošní program tvoří sedm diskusních bloků. První konferenční den bude patřit legislativním novinkám, budoucnosti zdravotních pojišťoven a tématu inovací ve zdravotnictví. Druhý den se zaměříme na řízení a správu nemocnic, včetně

palčivých témat úhradové vyhlášky a DRG. Nebude chybět ani problematika veřejných zakázek, léková politika a blok zaměřený na význam digitalizace pro pacienta a lékaře. Konference Zdravotnictví 2020 se bude konat pod záštitou předsedy vlády Andreje Babiše a ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha.

Položili jsme některým moderátorům a diskutujícím několik otázek, které jistě zazní i na konferenci.



Foto: archiv MF

MUDr. Miroslav Palát, MBA,
prezident asociace CzechMed



**Moderátor
bloku Veřejné
zakázky ve
zdravotnictví**

*Je z pohledu
dodavatelů
zdravotnických*

**prostředků zadávání veřejných zakázek
transparentní?**

Zkušenosti dodavatelů se sice v detailech liší, ale v zásadě se transparentnost chápe podobně, jako by na svěrací kazajce byly čtyři řemeny. To je sice transparentní, ale nic to nemění na nevýhodné situaci. Dodavatelé sice transparentně vidí, že požadavkem je nejnížší cena, ale to ještě neznamená, že to je dobře.

**Lze celý proces veřejných zakázek
zefektivnit?**

Určitě je to možné. Jednak popularizací zadavatelů s dobrou praxí, kteří dokážou vybírat kvalitní produkty, a omezením těch zakázek, ze kterých křičí, že jsou ušity na míru. Určitě by šlo zakázku formulovat lépe – dostatečně široce tak, aby nebyla diskriminační, ale současně s dostatečně konkrétními kritérii. Aby se situace zlepšila, je zapotřebí otevřeného dialogu

s dodavateli. Zákon předběžnou formu konzultace zná a nejen představitelé zdravotnického rezortu ji doporučují.

Funguje v Česku dobře komunikace mezi zadavateli a dodavateli?

Postoj některých zadavatelů, kteří se obávají, aby komunikace mezi dodavateli nebyla napadnutelná, a proto se jí raději vyhýbají, nejspíš nikam nevede. Přitom leckdy zadavatelé mohou informaci poskytnout neformálně, aby se soutěžitel vyhnul chybám, které by jej mohly vyřadit. Tato lidská rovina funguje dobře, ale lepší by bylo, kdyby podobně otevřená mohla být i komunikace „velká“, formální.

Foto: CzechMed

MUDr. Václav Šimánek, Ph.D., ředitel FN Plzeň



V jakých oblastech mohou nemocnice ušetřit, aniž by se snížila kvalita zdravotní péče?

Určitě v oblasti společných

nákupů, elektronických aukcí a také ve snížení počtu komplikací.

Co si slibujete od systému DRG?

Pomůže odstranit historicky nastavené nespravedlnosti v sazebníku výkonů?

Domnívám se, že tým kolem CZ DRG udělal spoustu práce a zaměřil se i na dosud problémové oblasti, kde byla úhrada zdravotní péče podhodnocena. Samozřejmě jsou i v systému CZ DRG

jistá omezení – nový model stále částečně vychází ze sazebníku výkonů. Věřím, že do plného nasazení CZ DRG bude systém správně nastaven tak, aby došlo k maximálně adekvátní úhradě dle typu poskytnuté péče.

Jak motivovat lékaře, aby neodcházel do ambulantní sféry?

Je zapotřebí, aby v nemocnicích měli možnost odborného rozvoje v nemocnicích a mohli uplatňovat nové léčebné metody. Samozřejmostí je optimální finanční ohodnocení.

Foto: FN Plzeň

Ing. Tomáš Groh, výkonný ředitel a člen představenstva HARTMANN-RICO



Generální partner konference a účastník bloku Inovace ve zdravotnictví

Tématem konference

je i efektivní řízení nemocničního provozu. O která řešení z vašeho portfolia je ze strany nemocnic největší zájem a proč?

V České republice téměř všechna zdravotnická zařízení pracují s některým z našich produktů. U zákazníků jsme úspěšní proto, že dokážeme vnímat jejich potřeby a s odborníky vedeme dialog. Vždy se snažíme dosáhnout komplexního řešení, kde nejde pouze o prodej zdravotnických prostředků, ale které přináší i něco navíc. Příkladem

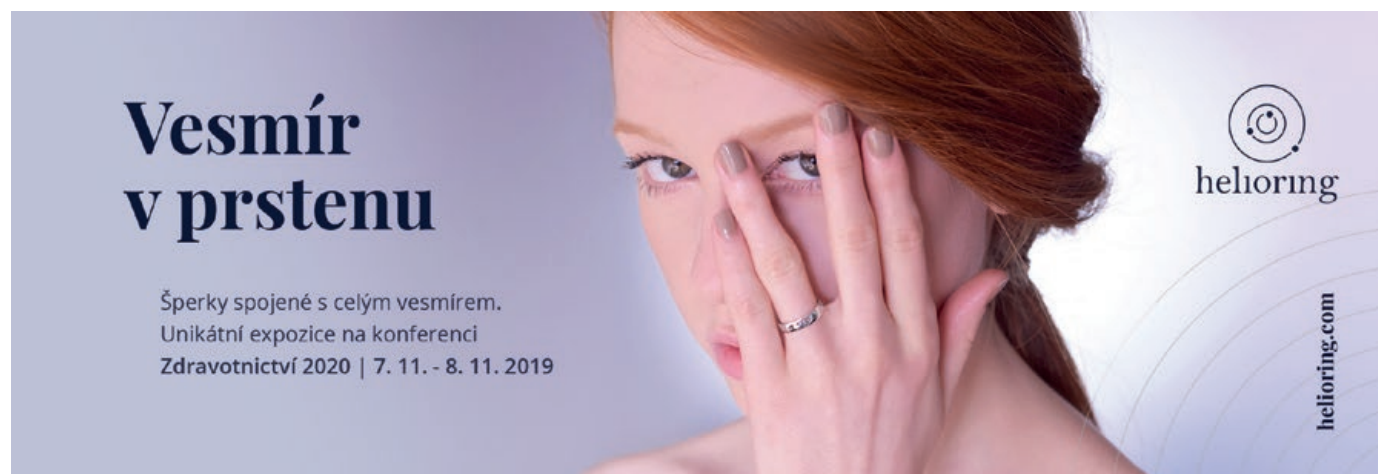
je Evoluční koncept zaměřený na boj s nozokomiálními nákazami, který poskytuje komplexní řešení hygieny rukou a který kromě samotných produktů nabízí i edukativní platformu pro zdravotnický personál, aby správně a efektivně používal dezinfekci. Součástí tohoto konceptu je rovněž softwarové řešení, jež na bázi umělé inteligence dokáže identifikovat pacienty s infekcí, a tím se zaměřit na prevenci vzniku infekcí. Druhým vítaným řešením jsou procesní optimalizace. Kombinace procesní analýzy a softwarového řešení OPERIS dokáže pomoci nemocnicím dosáhnout úspor v milionech korun. Přínos těchto zákaznických řešení tkví především v efektivním řízení tak náročných institucí, jako jsou právě nemocnice. S tímto velmi úzce souvisí optimalizace a efektivní vynakládání stále nedostatečných finančních a personálních zdrojů.

Jaké překážky vidíte v prosazování inovativních řešení v českém zdravotnickém systému?

Zdravotnictví je velmi komplexní oblast a rezort ministerstva zdravotnictví to v tomto ohledu nemá vůbec jednoduché. Nemluvil bych o překážkách, spíše by mělo jít o cílenou podporu inovativních řešení. Zdravotnictví si vyžádá v příštím roce 344 mld. korun a do budoucna to bude ještě více. Mohu mluvit jen za naši stranu dodavatele, proto bych uvítal podporu rychlejšího prosazování inovací do praxe. Legislativní rámec a cílená investiční podpora projektů v oblastech, kde lze nejvíce uspořit, by znamenala určitě velký přínos do budoucna.


(pp), foto: HARTMANN-RICO

Inzerce ▼ M191000358



Vesmír v prstenu

Šperky spojené s celým vesmírem.
Unikátní expozice na konferenci
Zdravotnictví 2020 | 7. 11. - 8. 11. 2019



helioring

helioring.com

Lékový záznam je tady

V letních měsících byla v obou komorách parlamentu projednávána novela zákona o léčivech, která ve své konečné podobě bude mít za cíl dostat tzv. „lékový záznam“ do praxe a umožnit jeho využití při sdílení informací mezi povoláními osobami, aby tyto osoby mohly nahlížet do společné evidence. Z této evidence budou získávat údaje o léčivých přípravcích, které lékaři předepisují a farmaceuti vydávají.

Elektronizace zdravotnictví

Struktura zdravotnického systému dlouhodobě směřuje do elektronické podoby. Vše podstatné, co vytváří systém zdravotní péče, by mělo mít sdílený systém se všemi jeho výhodami. Jedním z takovýchto opatření na podporu elektronizace je vytvoření zastřešujícího informačního systému s názvem eRecept, tvořeného ze samostatných, ale vzájemně se prolínajících podsystémů, jakými jsou například právě lékový záznam a k tomu přidružený systém správy souhlasů s možností nahlížení do lékového záznamu a centrální úložiště elektronických receptů.

Na systém eReceptu bude dohlížet a současně jej spravovat státem vytvořený a dle zákona fungující Státní ústav pro kontrolu léčiv. Přístup k těmto údajům budou mít tradičně samotní pacienti a lékaři a přibudou k nim nově farmaceuti, Policie ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky. Hlavním účelem Ústavu zdravotnických informací a statistiky je sběr, zpracování a hodnocení dat k provedení statistických výpočtů a analýz, a k tomu mu bude sloužit ve své anonymní podobě právě lékový záznam. Policie České republiky bude mít taktéž nově přístup do lékového záznamu, ale ten nebude neomezený, bude mít



svoji nepřekročitelnou hranici pouze v nezbytně nutných případech.

A co na to GDPR?

Lékový záznam v první řadě cílí na lékaře, kteří měli mnohdy problém dopracovat se k jasnému zjištění o tom, jaké vlastně pacient momentálně bere léky a obecně léčivé přípravky, protože ani samotný pacient nepodal kolikrát přesné informace, naopak někdy podával informace zavádějící a zmatečné. Lékový záznam by tedy měl umožnit, aby kdokoli, kdo bude mít přístup do této databáze, měl okamžitý a jasný přehled o pacientových medikamentech. Tedy jak pacient sám, tak ošetřující lékař, tak i lékárník nebo klinický farmaceut. Údaje budou dvojího rázu, a to jednak rázu osobních údajů pacienta, ale i lékařů a lékárníků tak, aby bylo možné je identifikovat. A jednak bude obsahovat údaje o léčivých přípravcích a jejich předchozím předepisování a vydávání.

Kdo a jak může do systému nahlížet? Předně se bude jednat o pacienta. Tuto možnost nebude mít jen, když přijde k lékaři, ale na všech kontaktních místech zřízených veřejnou správou. Kontaktní místa slouží svému účelu již řadu let a jejím reprezentantem je Czech Point, který se nachází na přepážkách České pošty nebo třeba také v prostorách Hospodářské komory. Pacient bude muset prokázat svoji totožnost, jeho přístup bude neomezený a nijak početně limitovaný. Opakem bude přístup lékařů a lékárníků, kteří budou moci nahlížet do záznamu jen a pouze v rámci poskytování zdravotních služeb konkrétnímu pacientovi. Nebudou mít tedy možnost kdykoli, neomezeně a svévolně nahlížet do lékového záznamu.

V poslední době je kladen velký důraz na ochranu osobních údajů, pacientů nevyjímaje, a nabízí se tedy otázka, jak by se měl tento trend promítnout do nového právního institutu v podobě lékového záznamu. Varianta s aktivním přístupem pacienta, který by musel dopředu dát souhlas s přístupem do svého lékového



Foto: archiv autora

záznamu pro všechny osoby, které mají mít možnost do něj nahlížet, nebyla ze strany zákonodárců zvolena. V úvahu přicházela druhá možnost, která ušetří pacienta jakékoli aktivní činnosti. Pacient v této variantě jen tiše přijímá holý fakt, že souhlas byl za něj zákonem předvídan. Poslanecká sněmovna zvolila tuto druhou možnost, kdy je dopředu předvídan pacientův souhlas. Pacient může takovýto předem daný souhlas kdykoli svobodně a bez následků odvolat a stejně tak i souhlas dopředu udělit pro jakékoli poskytovatele zdravotních služeb.

20 milionů

K novému elektronickému systému se váže také vnější a vnitřní ochrana, aby sběr dat byl prováděn nejen dle zákonných regulí, ale aby také tato data nebyla zneužívána. Dopomoci tomu má také vytvoření nových přestupků a vymezení a definování jejich skutkových podstat. Pokud by lékaři, lékárníci nebo kliničtí farmaceuti neoprávněně nahlíželi do lékového záznamu, a to z vlastní iniciativy, mimo rámec zdravotní péče nebo služby, hrozí jim sankce až do výše 20 milionů korun. V případě, že by lékaři, lékárníci nebo kliničtí farmaceuti umožnili nahlížení poskytl třetím osobám, sankce bude ve stejné výši.

Mgr. René Šifta,
Ústav práva a právní vědy



PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

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

VZP Point neslouží pouze k odesílání dávek výkonů a faktur. Využíváte všech jeho předností?

Elektronický portál VZP neslouží pouze k odesílání dávek výkonů a faktur, případně pro stahování sestav z VZP ČR. Velice zajímavou předností VZP Pointu je ověřování v registrech. Poskytovatel má přitom k dispozici několik možností, na základě kterých může prověřit platnost pojištění.

První je ověření dle čísla pojištěnce, druhá pak ověření dle jména a data narození. Vybraná úloha ověří platnost pojištění. U osob s platným pojištěním zobrazí číslo pojištěnce, druh pojištění (veřejné zdravotní / mezistátní smlouvy) a registrující zdravotní pojišťovnu. Úloha komunikuje s Centrálním registrem pojištěnců a zobrazuje výsledky i pro pojištěnce zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

Dalšími možnostmi, které ověřování v registrech na VZP Pointu nabízí, jsou ověření platnosti průkazu VZP ČR, ověření platnosti smlouvy poskytovatele zdravotních služeb, vyhledávání poskytovatelů podle řetězce znaků nebo vyhledání platnosti registrace pojištěnce ke kapitaci.

Přímo z VZP Pointu si můžete stáhnout číselníky (včetně jejich předchozích verzí), dokumenty (metodiky), programy (VZP Kontrol) nebo soubor platných IČP. Registrující subjekty mají možnost **získat seznam svých registrovaných pojištěnců**. Pro zaslání jakéhokoliv požadavku nebo informace do VZP ČR lze využít úlohu Obecné podání.

V bloku Informace a aktuality jsou k dispozici **aktuální upozornění** související s VZP Pointem.

Jak ověřit, že je mé odeslané podání v pořádku?

Po odeslání je vždy nutné si podání zkontrolovat, zda je skutečně doručeno do Pojišťovny a případně s jakým výsledkem je podání zpracováno (Stáhnout výsledek). V odeslaných podáních naleznete všechna podání, která byla na VZP Pointu realizová-



Dalibor Benych,
specialista úhrad zdravotní péče, RP Plzeň

na. Pomocí barevného označení konkrétního podání na první pohled zjistíte, v jakém stavu se nachází. Označení **zeleným** pruhem znamená, že podání bylo odesláno v naprostém pořádku. U **žlutě** označených podání je již nutná kontrola úplnosti podání, protože ne vše bylo v pořádku odesláno. **Červeně** označená podání jsou z pohledu zpracování odmítnuta a vždy u nich naleznete poznámku o konkrétní chybě, která u daného podání nastala.

Kde zjistím, jak dopadlo zpracování dávky, případně že mi Pojišťovna něco sděluje?

Pro doručování **abonovaných sestav** (sestavy protokolů o zpracování dávek, protokol

o uznaných a odmítnutých registracích, rekapitulaci nároků na kapitální platbu, atd.) a **dopisů** (dopisy o úhradě a regulaci s přílohami, dopis se sdělením referenčních hodnot, dopisy k vyúčtování, atd.) ze strany VZP ČR je určena **Schránka**. Informace o nových / nepřečtených zprávách je zobrazena **bílou číslicí v červeném kruhu** v pravém horním rohu obálky, která se nachází v horní liště vedle údajů o uživateli. Kliknutím na obálku si zobrazíte prvních několik zpráv ve Schránce a informaci o počtu nepřečtených zpráv. Pro zobrazení zpráv klikněte na příslušné odkazy: „Máte dalších X nepřečtených zpráv“ nebo „Zobrazit všechny zprávy“.

Při zobrazení zprávy nebo stáhnutí přílohy je zpráva automaticky označena jako přečtená. Již přečtenou zprávu si můžete označit znovu jako nepřečtenou a příště se k ní snadno vrátit.

Jak získám informace o nových zprávách, které mi VZP posílá do schránky?

V nastavení vašeho účtu si zapnete **Nastavení denního přehledu**. Jedná se o upozornění na nově příchozí zprávy do Schránky ve formě e-mailové zprávy, zasláné na adresu účtu. Upozornění je **souhrnné za 24 hodin** a je doručováno během brzkých ranních hodin. Nemusíte se tedy obávat zahlcování e-mailové schránky upozorněními na každou jednotlivou zprávu. Vždy chodí celkový přehled zpráv za předchozí den.

Nastavení vašich identifikačních a přístupových údajů, včetně obnovy certifikátu, nebo volby možnosti přihlašování se heslem snadno zrealizujete v Nastavení profilu uživatele.

VZP POINT
On-line a jednoduše

Potřebujete nám předat dokument nebo získat informace z našeho informačního systému a nebaví vás kvůli tomu běhat na pobočku? Zaregistrujte se do aplikace VZP Point tak jako již 95 % našich smluvních partnerů.

Volejte 952 222 222 | Navštivte www.vzp.cz



Princip snížení škodlivosti jako slibná cesta v boji proti kouření

V České republice kouří přes dva miliony lidí a většina z nich se někdy pokusila přestat. To se ale podaří málokomu, odhaduje se, že pouze čtyřem procentům kuřáků. V posledních letech se proto stále více mluví o možnostech spojených s tzv. konceptem snižování škodlivosti (harm reduction) v oblasti kouření. V odborných kruzích panuje poměrně široký konsenzus, že e-cigarety a tzv. bezdýmné tabákové produkty jsou daleko méně nebezpečné než samotné kouření a že reprezentují zajímavou a slibnou alternativu. A to i v kontextu aktuálního vývoje v USA, kde nesprávné užívání elektronických cigaret zapříčinilo několik úmrtí.

V posledních měsících k nám ze Spojených států amerických doléhají zprávy o úmrtích souvisejících s e-cigaretami. Na začátku října se mluvilo o osmnácti mrtvých a zhruba tisícovce pacientů s dýchacími obtížemi. Už v září vydalo americké Centrum pro kontrolu a prevenci onemocnění (CDC) varování, ve kterém nabádá uživatele e-cigaret k opatrnosti.

Pochopitelně to vzbudilo pozornost veřejnosti, ale v českém kontextu zřejmě není důvod k přehnaným obavám či reakcím. Podle dostupných informací většina pacientů s obtížemi vapovala ilegální směsi – například konopné oleje s THC nebo s kanabidiolem. V České republice platí od března roku 2017 v souladu s evropskou směrnicí vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR o elektronických cigaretách, která klade na výrobce a prodejce těchto výrobků přísné požadavky, omezuje nabízený sortiment nebo třeba i maximální přípustnou hladinu nikotinu. Pokud se uživatelé budou držet povolených směsí, nemělo by u nás k podobným incidentům docházet. V každém případě, ani americká CDC nedoporučuje vracet se ke klasickým cigaretám, které v USA ročně zabijí půl milionu lidí.

Jak zdůrazňuje prof. Michal Miovský, přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze: „E-cigarety a zahřívání tabákové výrobky reprezentují nejen zajímavou a slibnou alternativu pro strategie minimalizace rizik a škod, ale také alternativu pro léčebné postupy. Je zcela iracionální vidět to jinak, neboť máme přes půl století klinických zkušeností se stejným principem léčby v oblasti opiátových závislostí, nyní také v oblasti stimulancií a není důvod, aby to nefungovalo zde. První zkušenosti



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

ukazují, že to funguje. A to se mi zdá jako skvělá zpráva.“

Podle prof. Miovského je a bude přístup založený na principu snižování škodlivosti trendem ve strategii boje proti kouření. „Obecně bude v tomto oboru vždy problém s motivací pacienta a není možné to vyřešit tím, že „budeme čekat“ – to by byl přístup z minulého století. Je třeba konat a je třeba konat ihned. Je třeba pracovat s čímkoli, co umožňuje něco smysluplného a pro pacienta pozitivního, něco, co snižuje rizika,“ podotýká Miovský.

Počet kuřáků, kteří se úspěšně zbavili své závislosti, je nízký. Státní zdravotní ústav předpokládá, že pouze čtyři procenta abstinujících kuřáků se ke své závislosti již nevrátí. Podobně jako u nelegálních návykových látek se proto i v případě cigaret doporučuje přistoupit

k tzv. „harm reduction“. V roce 2016 například britská Královská lékařská společnost uvedla, že nejčastější příčinou předčasných úmrtí, invalidity a sociální nerovnosti v oblasti zdraví ve Spojeném království je kouření. Využívání produktů z ranku „harm reduction“ proto označila za veřejný zájem, a tím i za nutnou součást politiky veřejného zdraví.

Experti na problematiku kouření cigaret a tabákových výrobků vždy zdůrazňují, že závislost na cigaretách sice způsobuje nikotin, ale škodlivé pro lidské zdraví jsou především toxické látky, které vznikají při spalování cigarety. „Spalování je zcela jistě nejhorší možnou variantou, jak do sebe nikotin dostat. Lidé kouří kvůli nikotinu, ale umírají kvůli tabákovému kouři. Ten totiž obsahuje čtyři až sedm tisíc toxických látek. Zejména produkty spalování, pyridinové

alkaloidy, toxické plyny, nitrosaminy, polycyklické aromatické uhlovodíky, těžké kovy a pevné částice,“ řekla pro časopis Zdravotnictví a medicína prof. Eva Králíková, předsedkyně Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku.

Za možnost, jak „snížit škody“ plynoucí z kouření cigaret, lze považovat užívání nikotinu bez dehtu a jedovatých plynů. V odborných kruzích panuje široký konsenzus, že elektronické cigarety a bezdýmne tabákové výrobky jsou daleko méně nebezpečné než samotné kouření. Jedním z dalších alternativ jsou například nikotinové náplasti. Vedoucí Centra epidemiologického a klinického výzkumu závislosti při Národním ústavu duševního zdraví PhDr. Ladislav Csémy je považuje za účinného pomocníka v odvykání kouření, ale upozorňuje, že nemusí stačit. „Samotné kouření je spojeno s řadou charakteristických vzorců chování a pocitů, které nelze jednoduše nahradit nalepením nikotinových náplastí,“ vysvětluje Ladislav Csémy.

Mezi alternativy, u kterých teoreticky nemusí odpadnout některé zmíněné „vzorce chování“, patří právě e-cigarety, které jsou na trhu již mnoho let, a již dva roky také tzv. HTP (heated tobacco products), tedy výrobky na zahřívání tabák. V e-cigaretách dochází k zahřívání tekuté náplně obsahující nikotin, uživatel vdechuje a vydechuje páru – odtud vapování. U elektronických cigaret se udává obecně zhruba o 95 procent nižší riziko škodlivého účinku oproti běžným cigaretám. Pro zdraví uživatele je ovšem klíčová legální a nezávadná směs, tzv. e-liquid.

Prof. Miovský na toto téma dodává, že pokud jde o samotnou nervozitu okolo e-cigaret, tak lze uvažovat o zahříváním tabáku a doporučit tuto alternativu. „Samozřejmě ale za stálého nátlaku a motivování k dalším krokům. Aplikace principů minimalizace rizik a škod neznamená rezignaci na vyšší mety a více ambiciózní výsledky léčby. „Harm reduction“ je jen začátek tam, kde nejde jít hned dál. A ověřovat, zda by nešlo jít dál, je třeba stále a dokola.“

V případě HTP dochází k zahřívání tabáku na teplotu přibližně do 300 až 320 stupňů celsia. V říjnu tohoto roku prezentovala Priscilla Callahan-Lyon, MD, z Centra pro tabákové výrobky při americkém Úřadu pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) mezinárodnímu publiku podklady, ze kterých FDA vycházela při schvalování produktu z kategorie HTP na americký trh – konkrétně šlo o IQOS, což byl také první výrobek na zahřívání tabák, který se začal prodávat v ČR. Podle žádosti výrobce produkuje IQOS látky klasifikované jako škodlivé nebo potenciálně škodlivé v množství o 54–99,9 procent menším, než v jakém je produkuje standardní cigareta (referenční typ 3R4F). Z informací dále vyplynulo, že u velkého množství škodlivých látek dochází k více než devadesátiprocentnímu snížení jejich produkce.

FDA dále uvedla, že výrobek IQOS dodává uživatelům obdobnou dávku nikotinu jako tradiční cigareta, což ukazuje na pravděpodobnost jejich úplného přechodu z klasických cigaret výhradně k tomuto výrobku. FDA také na základě dostupných dat poukázala na indikace týkající se velmi nízké atraktivnosti tohoto výrobku pro nekuřáky a mladistvé.

Nicméně, ani zahřívání tabák, ani e-cigarety, ale ani třeba žvýkací tabák nelze doporučovat jako zcela nezávadný, protože nikotin konzumovaný v jakékoli podobě zůstává návykový, a není tedy bez rizik. Nicméně jako součást cesty „harm reduction“ mohou alternativy fungovat prospěšně i v rámci léčby závislosti a předcházení následkům kouření: „Vzhledem k velmi závažným dopadům kouření cigaret na zdraví je nutné zavádět všechny programy, které mají potenciál omezit kuřáctví a jeho negativní dopady. Nikotinová substituce pomáhá části kuřáků omezit nebo zcela zanechat kouření cigaret. I pro lékaře, kteří se věnují léčbě závislosti na tabáku, jsou

Harm reduction (HR)

Redukce škod či minimalizace rizik je moderní přístup v oblasti veřejného zdraví, který snižuje škodlivé zdravotní, sociální a ekonomické následky kouření, užívání drog a alkoholu a současně chrání zbytek společnosti. HR se využívá všude tam, kde se vyskytují návykové látky či návykové chování, ať jde o legální i nelegální drogy nebo hazard. Obecně je HR všeobecně přijímaný přístup podporovaný Světovou zdravotnickou organizací a představuje jednu z alternativ boje proti závislostem. Postoj odborníků ke strategii HR se liší, podle zastánců přístupu by HR měla mít oporu v legislativě dané země a zahrnovat preventivní a léčebná opatření, která lze nabídnout lidem se závislostí.

(ask)

substituční látky jedním z prostředků, které lze využít v léčebném programu, potvrzuje Ladislav Csémy slova prof. Miovského.

Profesní i lidskou povinností je dle mínění prof. Miovského udělat pro pacienta maximum. „Pokud se uzavřou novým metodám a přístupům, porušují základní principy medicíny. Vždy je tu nějaké riziko. Klíčové je, jak je toto riziko velké, zda ho je možné minimalizovat. Musím ho vždy podrobit kritickému zhodnocení a výzkumu. Medicína má za sebou mnohem rizikovější metody, než je substituční terapie závislosti na nikotinu. Kontrolní nástroje jsou dostatečné. Co mě frustruje je nedostatek prostředků na kvalitní klinický výzkum v této oblasti. Není přijatelné, aby tabákoví producenti dávali na vědu násobky více, než veřejné zdroje. To je absurdní. V klinickém i veřejnozdravotním zájmu je o těchto nových metodách a možnostech vědět více. Jde o 20 procent populace v ČR, není možné, aby zde byl klinický výzkum takto hrubě podfinancován.“

Na úrovni státu v tuto chvíli existuje pouze nedávno vládou schválená Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním pro roky 2019 až 2027. Tento dokument uvádí princip minimalizace škod a rizik v závislostním chování jako jeden z hlavních pilířů strategie. Prozatím však chybí konkrétní akční plány, které by zajistily praktickou realizaci strategie.

(mal)



IK+EF
M

„Jako superspecializované pracoviště stoprocentně zodpovědné za pacienta jsme nadstandardně přezkoumáváni.“

Michal Stiborek

Ing. Michal Stiborek, MBA se na začátku roku chopil nelehkého úkolu: řídit superspecializované pracoviště s téměř dvěma tisíci zaměstnanci. Na první pohled se může zdát, že prosperita Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) je jaksi samozřejmá, ale dle jeho nového ředitele za ní stojí především entuziasmus jednotlivců. I výkladní skříň české transplantální medicíny a kardiologie se však pohybuje v omezeních daných legislativou a může dosáhnout jen hranice možného.

1. ledna 2019 jste nastoupil do funkce ředitele největšího specializovaného a vědeckého pracoviště v České republice. Jak se v této funkci po půl roce cítíte?
Cítím se nelehce. Práce je to velice zajímavá, ale překvapila mě ta míra zodpovědnosti. V nemocnici sice pracuji od roku 2010, ale těch osm metrů, co dělí moji bývalou kancelář od současné, je fatální rozdíl ve vnímání zodpovědnosti, kterou jsem si dříve vůbec neuvědomoval. Byl jsem sice statutárním zástupcem, ale jako provozně-ekonomický náměstek jsem měl přece jen na starosti určitou část, a nikoli celek.

Jak dlouho uchazeč o místo ředitele nemocnice připravuje svou budoucí strategii a jaké klíčové body musí tato strategie obsahovat?

Strategie je skutečně základem výběrového řízení a její kvalita rozhoduje o tom, jestli uspějete, či nikoli. Máte neomezenou dobu na její přípravu, ale na prezentaci máte při samotném řízení zhruba půl hodiny. Pokud ale máte strategii vypracovanou dobře, členové komise mají dostatek času se s ní v předstihu seznámit a vědí tedy, o čem budete mluvit. Prezentujete se před žijícími legendami českého zdravotnictví, zástupci ministerstva, fakult, profesních komor, kteří situaci velice dobře znají a dokáží ze svých pozic posoudit, jestli mluvíte smysluplně a jestli se podle vaší strategie dá nemocnice řídit. Po prezentaci odpovídáte na dotazy výběrové komise. Oproti ostatním jsem měl výhodu, že jsem v IKEM osm let pracoval jako náměstek, takže jsem věděl, jak nemocnice funguje a kde by se dal najít prostor pro zlepšení, abychom pro dané období byli úspěšní. Velká míra znalosti interního prostředí nejspíš přispěla k tomu, že jsem ve výběrovém řízení nakonec uspěl.

Dá se řízení tak velké instituce vůbec naučit? Nebo se člověk učí za pochodu, postupnými kroky od vedení menších

kolektivů a firem po instituci s téměř dvěma tisíci zaměstnanců?

Není mi dvacet a za život už jsem něčím prošel. Měl jsem štěstí, že jsem pracoval třeba u firmy Ernst & Young, kde jsme se zabývali finančními restrukturalizacemi a „performance improvementem“, zvyšováním výkonnosti podniků. A pak jsem zde nastoupil na nižší pozice, evolučním procesem postupoval směrem vzhůru a vstřebával problémy jednotlivých úseků. IKEM je ale velkou institucí, takže je tu stále část, s níž se teprve seznamuji. Nejsem lékař a pokud se mám v medicínských otázkách rozhodnout, musím si být sto procentně jistý, že moje rozhodnutí jsou fundovaná. Proto jsem provedl určité organizační změny a ustanovil například kolegium ředitele tvořené lékaři, profesory a docenty ze stěžejních klinik, kteří v nemocnici působí dlouho a dobře ji znají. Kolegium je pro mě klíčovým poradním orgánem, jehož využívám vždy, když zvažuji zásadní rozhodnutí. Jednou měsíčně se scházíme a bavíme se o tom, jestli daná témata dávají z hlediska statutu institutu smysl. Přijímáme základní strategická rozhodnutí o nových medicínských programech nemocnice.

Vše stojí na entuziasmu lékařů. Nemocnice s vícezdrojovým financováním disponují diametrálně rozdílnými částkami a možnostmi.

Provedl jste ještě nějaké další personální změny?

Výstup z kolegia se následně rozpracovává na úrovni vedení, kde jsem jmenoval dva nové náměstky. Náměstkem pro léčebnou a preventivní péči je doc. Marek Šetina, který působil ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na pozici šéfa kardiiovaskulárního centra. Sešli jsme se ve stejném výběrovém řízení, ve kterém získal druhý nejvyšší počet hlasů, a já jsem byl moc rád, že přijal nabídku mi pomoci. Díky zkušenostem z různých zdravotnických zařízení, včetně IKEM, ví, co dobře funguje jinde a co je reálné u nás. Vnější i vnitřní pohled na celou instituci považuji za velmi přínosný.

IKEM poskytuje nejen zdravotní péči, ale je i významnou výzkumnou institucí a máme zde Centrum experimentální

medicíny. My jsme nově obsadili i pozici náměstka pro strategii a výzkum, kterým se stal doc. Jiří Malý, výborný kardiochirurg původem z IKEM. Oba tito lékaři jsou pro mě klíčovými lidmi, s nimiž připravuji medicínskou strategii ústavu, případně společně analyzujeme podněty z kolegia.

Jmenoval jsem také do pozice náměstka úseku investic a investiční výstavby Ing. Lubomíra Matěnu, protože stavební rozvoj instituce je rovněž jednou z mých priorit na další období. Naši předkové vybudovali kvalitní nemocnici, která se ale po dvaceti pěti letech existence přece jen ocitla na kapacitní hraně. Neustále nám rostou objemy výkonů v transplantální medicíně, ale i v kardiologii a kardiochirurgii, diabetologii a dalších lékařských oborech, a protože chceme udržet lékařskou péči na špičkové úrovni i v dalších desetiletích, musíme stavět nové pavilony G1 a G2. Pokud vše půjde podle našich předpokladů a plánů, na konci roku 2022 či během roku 2023 bychom chtěli mít pavilony postavené.

Cílem každého nového ředitele je rozvoj instituce, ale zároveň i finanční stabilita. Je v tomto ohledu spíše výhoda řídit superspecializované pracoviště, kde jsou sice velké náklady, ale lepší vyjednávací pozice vůči dodavatelům a zdravotním pojišťovnám? Nebo i vás se dotýká historicky nastavená nerovnost v úhradách?
Nemám srovnání z jiných nemocnic, nedá se zevšeobecňovat. I my jsme zažili velké debaty o struktuře úhrad a poskytované péči, o nákladech a efektivitě. IKEM je jediný svého druhu, stejně jako Centrum kardiiovaskulární a transplantální chirurgie v Brně (CKCHT). Superspecializovaná pracoviště mají některé výhody a nevýhody. Nevýhodou je, že nemáme pacienta kam přeložit, jsme za něj sto procentně zodpovědní. Pacient u nás dostává veškerou možnou dostupnou péči, na kterou tento stát má. A jednání se zdravotními pojišťovnami bývají náročná a tvrdá, nicméně korektní. Pokud jsme schopni dostatečně vysvětlit, že struktura a výše některých nákladů jsou nutné, pojišťovny ve většině případů našim požadavkům vyhoví. Ze své zkušenosti mohu potvrdit, že se pojišťovny snaží o to, aby jejich pojištěnci dostali péči, kterou jim Česká republika v současnosti může poskytnout. Pokud nabízáme podobné nebo shodné spektrum péče jako ostatní kardiocentra, pojišťovny po nás poměrně tvrdě jdou, protože musíme být nákladově efektivní. Ale pokud se jedná o specializovanou péči, kterou dokážeme díky odborné erudici

našich zaměstnanců a některým přístrojům zajistit pouze my, nebo my a ještě jedno podobně specifické pracoviště, pak se péče pojištěncům proplácí.

Jde tedy především o jednání.

Ano, je to záležitost vyjednávání. Je pravda, že ve specializovaných oborech nemáme takovou konkurenci. Terapii mechanické srdeční podpory zajišťuje kromě nás pouze CKCHT, multiviscerální transplantaci provádíme jenom my. Ale stejně všechny podklady musíme pojišťovně doložit, není to žádná automatická záležitost, právě proto, že se jedná o nesmírně drahé operace. Naopak jsme hodně na očích a jsme až nadstandardně přezkoumávání.

Bývalý ředitel MUDr. Aleš Herman hovořil o tom, že díky výstavbě nových pavilonů bude možné vytvořit až 150 pracovních míst. Bude je kým obsadit?

Lidé jsou jednoznačně největším bohatstvím IKEM. Velice si vážíme jejich erudice, zkušeností a postojů k poskytování zdravotní péče. Vnímáme, že je práce baví. Stále se tu něco děje, přicházejí nové věci. Nemůžeme sice predikovat, co bude

za tři, čtyři roky, ale věříme, že lékaře najdeme, protože práce samotná je bude naplňovat. Nárazově máme problémy spíše se sestrami, nemusíme sice zavírat oddělení, ale tu a tam odejde několik sester naráz, a pak na dané klinice dočasně omezujeme provoz. Snažíme se proto sestry aktivně najít a motivovat je, aby pro nás pracovaly. Řekl bych, že se nám v tomto ohledu daří. Tam, kde problém máme, což bude asi podobné i v ostatních velkých nemocnicích, jsou nízkopříjmové skupiny zaměstnanců, pomocné síly, sanitáři, pracovníci ve stravovacích provozech. Ale nové pavilony, kde nám přibude 56 nových lůžek, se nepostaví naráz, takže budeme moci jednotlivé provozy obsazovat postupně v průběhu tří let. Pevně věříme, že s personálním obsazením nových pavilonů problém nebude.

Očekáváte, že bude vaše nemocnice přijímat více lékařů a sester z ciziny?

Máme tu cizince, někteří z lékařů jsou i velmi dobří a zapracování, ale na druhou stranu pokud můžeme, rádi si vychováváme lidi vlastní, kterým naši přednostové předávají „best practice“

a vůbec ducha celého IKEM. Dost si zakládáme na tom, že poskytujeme kvalitní zdravotní péči, a to nejen po lékařské stránce, ale i na úrovni sester a sanitářů. Výběru personálu věnujeme velkou péči a snažíme si ho vychovávat. A mně se zdá, když se probírám dotazníky spokojenosti mezi pacienty, že naše péče je dobrá. Nebráníme se zahraničnímu personálu, pracují u nás čtyři sestřičky z Ruska, ale narážíme u nich na problém, že si nechťejí nostrifikovat vzdělání, v podstatě jim nižší kvalifikace stačí. Ale samozřejmě potíže s nedostatkem sester existují a budeme se s nimi potýkat i v budoucnu.

Občas čtete zprávy, že Česko v Evropě vyniká počtem hospitalizací a jejich délkou. Myslíte, že v tomto ohledu pomůže nový systém úhrad za péči v nemocnicích a důraz na ambulantní řešení?

Nemůžu se vyjadřovat k jiným nemocnicím než k našemu superspecializovanému pracovišti. A říkám k tomu jediné: je potřeba srovnávat srovnatelné. Naše nemocnice může v některých žebříčcích vycházet špatně, protože se stará



o vážně nemocné. Příkladem je třeba cholecystomie. Procento komplikací máme 13,5 procenta, což je z mého pohledu skvělý výsledek, ale laikovi se to může jevit jako vysoké číslo, které ho od pobytu v naší nemocnici dokonale odradí. Musíme ale brát v potaz, že k nám chodí polymorbidní pacienti. Pokud byl pacient transplantován, automaticky spadá do kategorie „komplikovaný“. Nejde o komplikaci v rámci výkonu. Pokud transplantovaný pacient potřebuje banální zákrok typu odstranění žlučníku, jde přímo k nám, aby se minimalizovala rizika spojená s transplantovaným orgánem. Ale neznamená to, že tady neumíme operovat žlučník. Opakuji, je třeba opatrně pracovat s daty a jejich interpretací a srovnávat parametry, které se srovnat dají. Strukturu pacientů, jako má IKEM, nemá žádné jiné pracoviště v České republice.

Jak by měla podle vás vypadat moderní nemocnice? Máte nějaký model ze zahraničí, kterému byste se rád přiblížil?

Určitě bychom v Evropě našli pracoviště, která se nám líbí a která nás inspirují, třeba v Německu nebo v Holandsku. Ale musíme si říct, z čeho naše názory vycházejí. Jaké podmínky máme a jaké jsou finanční zdroje jednotlivých nemocnic? Když nepočítáte granty a nadační dary, jediným zdrojem příjmů nemocnice v České republice je veřejné zdravotní pojištění. Poskytovatel musí zajistit kvalitní péči v rámci rozpočtu, který má k dispozici. Což ve struktuře buď úhradových vyhlásek, nebo dohadovacího řízení podle referenčního období znamená, že má obdobné peníze jako v minulých letech, pokud vykazuje obdobnou strukturu lékařské péče. Finanční toky tedy máte víceméně dané, a přesto se musíte snažit posunout odbornou stránku na co nejvyšší možnou úroveň v rámci České republiky a zároveň usilovat o co nejvyšší efektivitu poskytnuté péče. Což se v čase proměňuje. Pokud srovnám transplantace jater na začátku a v současnosti, jsme dnes daleko efektivnější, protože máme tzv. „prooperováno“, pacient stráví daleko kratší dobu na lůžku než kdysi a náklady klesají. Ale nemáme programy a zdroje na to, abychom se naučili nějaký konkrétní profil lékařské péče. Vše se u nás odvíjí od entuziasmu jednotlivých lékařů a také záleží na našich schopnostech přesvědčit soukromé subjekty, aby na tom s námi participovaly, případně na našich možnostech vyslat lékaře na kongresy a v dané odbornosti je zaučit. V okamžiku,

Ing. Michal Stiborek, MBA

- Vystudoval Vysokou školu ekonomickou v Praze a Nottingham Trent University.
- 20 let strávil v manažerských pozicích jako obchodní ředitel ve Svit Zlín a v Setuze, dále jako generální ředitel Marila – Balírný.
- Před rokem 2000 pracoval pro společnost Ernst & Young v divizi podnikového poradenství.
- Od roku 2011 působil v pozici ekonomicko-provozního náměstka IKEM.
- Od roku 2019 je ředitelem IKEM.

kdy nemocnice mají vícezdrojové financování, disponují diametrálně rozdílnými částkami a možnostmi.

Jednu z výkladních skříní IKEM je Transplantcentrum, kde bylo v loňském roce transplantováno 507 orgánů, což je rekordní číslo. Jaké jsou cíle tohoto centra? Stále zvyšovat počet transplantací?

Máme za sebou několikaleté období růstu, ale naším cílem nejsou žádné rekordy v počtu transplantací. Chceme především pacienty dobře odoperovat, aby co nejdéle přežívali a měli kvalitní život. Abychom mohli transplantační program dále rozvíjet, potřebujeme rozšířit kapacitu a vybudovat nové pavilony.

Funguje dobře spolupráce s lékaři z dárcovských nemocnic? Existují třeba nějaké legislativní překážky, které by celý proces ztěžovaly?

Jsme dárcovským nemocnicím velmi vděční za jejich práci. Všichni lékaři a sestry, kteří se o dárce v referenčních nemocnicích starají, pracují téměř z čistého altruismu a pro dobrý pocit, že se podílejí na záchraně lidského života. Máme svůj spádový region, kam patří zhruba 4,2 milionů lidí a 38 referenčních nemocnic, ale občas míváme dárce z celé České republiky nebo ze zahraničí. IKEM se snaží dárcovským organizacím co nejvíce usnadnit práci. Pořádáme kurzy praktických a teoretických dovedností při sdělování nepříznivých zpráv. Na všechna oddělení dodáváme manuály, organizujeme školení, workshopy a setkávání a podporujeme myšlenku, že není jen dárcovská nemocnice na jedné straně a transplantací centrum na druhé, ale jediný tým s cílem zachránit život pacienta. A zároveň chceme dostat do povědomí široké veřejnosti myšlenku, že rodiny zemřelých mohou pomoci někomu jinému.

Celý systém spolupráce mezi jednotlivými pracovišti se postupně

zlepšuje. Díky naší součinnosti s ministerstvem a zdravotními pojišťovnami se vytvořil signální kód, který má hodnotu zhruba 10 000 korun a do jisté míry finančně motivuje nemocnice, aby pomohly zajistit orgány pro budoucí příjemce. Částka neputuje na výplaty personálu, ale má sloužit k tomu, aby se zlepšilo prostředí v nemocnici a byly vytvořeny lepší podmínky pro sdělování nepříznivých zpráv.

Česká kardiologie je na světové úrovni, stejně jako Kardiocentrum. Čím myslíte, že je to dáno? Atraktivitou oboru, který se dynamicky rozvíjí a je o něj zájem? Nebo klíčovými osobnostmi, které umějí vést týmy a nadchnout lidi kolem sebe?

Na prvním místě jsou to lidé. IKEM měl již od svého vzniku štěstí na výborné lékaře. Vytvořilo se tu specifické motivující klima. Přednostou kliniky kardiologie je nyní prof. Kautzner, který je zcela výjimečnou osobností a vynikajícím, mezinárodně uznávaným odborníkem, a díky jeho působení a schopnosti nadchnout spolupracovníky se tvůrčí duch pracoviště nese dál. Lidi zde mají obrovskou ambici dělat svoji práci dobře a věnují jí spoustu času.

Je podle vás těžší vést špičkovou, finančně stabilní nemocnici, nebo převzít zadluženou nemocnici s budovami v havarijním stavu a neklidným personálem?

Klobouk dolů před všemi kolegy, kteří se snaží vyvést nemocnici z problémů, které mnohdy ani nezavinili. Vůbec si je netroufnu hodnotit, protože je to velice těžká práce. Náročná z hlediska současného zákonodárství a státní správy. Ale určitě to není tak, že by vedení IKEM vzhledem ke svému zaměření byla procházka růžovým sadem. Což říkám ze své osmileté zkušenosti z vedlejší kanceláře. Jsou tady obrovská očekávání a nároky, kterých musíte před zraky všech dostát.

Osud těch nejzranitelnějších je ve vašich rukách

Součástí XV. Hradeckých vakcinologických dnů bylo satelitní sympozium společnosti GSK konané 3. 10. 2019, které bylo věnované problematice očkování v kojeneckém věku.

Koncepce, obsah i forma příspěvků sympozia byly voleny tak, aby přinesly co nejvíce konkrétních informací využitelných v klinické praxi. Význam akce pro postgraduální vzdělávání zvýšil i online přenos z Kongresového centra Aldis (připojilo se více než 200 účastníků), další mají ještě možnost sledovat celý program ze záznamu.

Relativita času v praxi

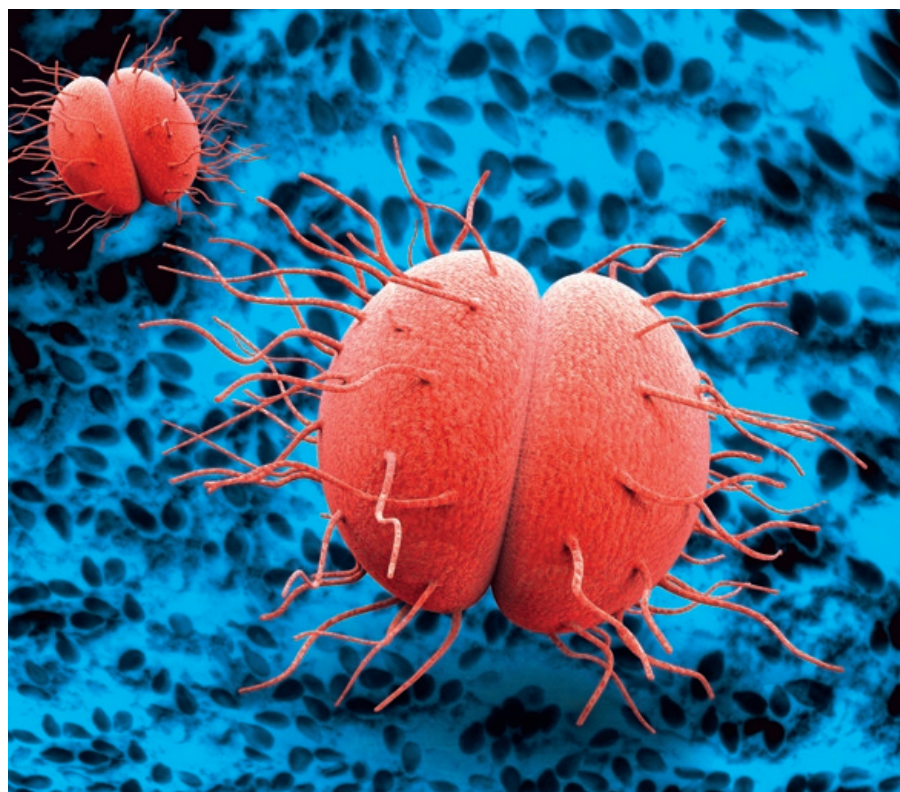
Pohled infektologa na invazivní meningokokové onemocnění (dále IMO) představila MUDr. Lenka Petroušová, Ph.D. (primářka Kliniky infekčního lékařství FN Ostrava). Demonstrovala případ sedmiměsíční, do té doby zdravé, prospívající dívky, dosud očkované pouze jednou dávkou hexavakcíny. U dítěte ve dvě hodiny ráno vystoupala horečka na 39 stupňů celsia. Dítě bylo plačtivé, ale bez

dalších příznaků. V osm hodin ráno s ním matka navštívila praktického pediatra, ten si povšiml nespecifického exantému a dítě odeslal „pro jistotu“ do spádové nemocnice. Už za šest a půl hodiny od prvních příznaků se vyvinuly petechie a sufuze na hlavě a dolních končetinách, klinický obraz odpovídal IMO. Dítě bylo přeloženo do FNO, kde probíhala další léčba potvrzeného onemocnění. „Během devíti hodin došlo k rozvoji sepse. Pacientku zachránila včas podaná antibiotika,“ vysvětlila přednášející. Léčba sepse ATB i.v. probíhala celkem deset dní, velmi významná byla tekutinová resuscitace oběhu, dále byl podáván 20% albumin, furosemid, analgesedace, kyslíková terapie. Nyní, rok po onemocnění, má dítě zpomalený psychomotorický vývoj, opožděný vývoj řeči, probíhá intenzivní rehabilitace. Měsíc před onemocněním sestra holčičky

prodělala meningokokovou meningitidu, etiologie *Neisseria meningitidis* B. V rodině proběhla profylaxe penicilinem, ale nebylo provedeno očkování, přestože preventivní vakcinace proti IMO je doporučena týden po posledním kontaktu s nemocným. Stejně jako v celé České republice i mezi pacienty s IMO na Klinice infekčních onemocnění FN Ostrava tvoří významný podíl (69 %) séro skupina B, nejmladšímu nemocnému byly čtyři měsíce.

Očkování předčasně narozených dětí

Pohled pediatra na očkování proti IMO představil MUDr. Tomáš Nečas (dětské oddělení, Krajská nemocnice T. Bati). Předčasně narozené děti jsou ve vyšším riziku preventabilních onemocnění ve srovnání s dětmi narozenými v termínu, několikanásobně vyšší riziko přetrvává i v období šesti měsíců až dvou let věku. „Postnatální maturace imunity je závislá zejména na expozici prostředí. Důležité je si u očkování uvědomit, že jsou pozitivně závislá na chronologickém, nikoli gestačním věku,“ uvedl přednášející. Vakcinace předčasně narozených je považována za bezpečnou, riziko nežádoucích účinků je srovnatelné s termínovými dětmi. Výjimku tvoří především kardio-respirační příhody (apnoe, bradykardie). Čím nižší gestační týden, tím vyšší riziko, které klesá u druhé dávky. Rizikové skupiny je doporučeno očkovat za hospitalizace s 24–48hodinovou monitorací. Očkování předčasně narozených dětí je bezpečné a účinné a podle mezinárodních i českých „guidelines“ naprostá většina těchto dětí by měla být očkována podle stejných pravidel jako děti „termínové“, a to včetně možnosti konkomitantní aplikace. „Rutinou by se mělo stát očkování předčasně narozených dětí již za hospitalizace, tyto děti by z něj měly velký



Představujeme publikaci

Myoskeletální medicína pro praxi



Postižení pohybového aparátu se týká desítek procent naší populace a ve většině případů znamená významné omezení pracovní schopnosti nemocných mladšího věku a významné snížení soběstačnosti ve vyšším věku. Předkládaná publikace si klade za cíl shrnutí současných vědomostí teoretických i praktických o různých skupinách pohybových postižení z pohledu jejich diagnostiky a průběhu. Dalším cílem je poskytnout přehled o dostupných léčebných metodách včetně fyzioterapeutických metod. Pozornost je věnována i možným rizikům různých léčebných postupů a preventivním aspektům, které podle novějších zjištění sahají až do adolescentního věku.

Autoři: Hana Matějovská Kubešová et al.

Doporučená cena 495 Kč

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

MEDICAL SERVICES

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

mladá fronta

prospěch. Systematicky a plošně bychom měli sledovat proočkovanost u této velmi rizikové skupiny pacientů, což se v České republice ještě neděje,“ řekl přednášející závěrem.

Racionální přístup k očkování proti meningokokům

„Meningokokové onemocnění je rychlé, záradné a závažné. Počátky onemocnění mohou být velmi nenápadné, ale i když ho léčíme správně, je zde častý výskyt dlouhodobých až trvalých následků. Zúčastňuji se akcí pořádaných pro tyto pacienty a znám osobně řadu z těch, kteří skončili s amputací jedné nebo obou končetin, případně se selháním jedné nebo i obou ledvin. Jsou ohromně stateční, ale o kolik lepší by bylo, kdyby je nic takového nemuselo potkat,“ řekl v úvodu své přednášky doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., MBA, FRCPS (Ústav epidemiologie a ochrany veřejného zdraví LF Ostravské univerzity, Avenier). Všude, kde je vysoká koncentrace osob na malém prostoru, samozřejmě hrozí i velká výměna meningokokových patogenů, typicky i v letadle. Riziko zvyšuje i nárůst „income turistiky“ z východní a jihovýchodní Asie. Paradoxně nejrizikovějším místem, kde se i nejmenší děti mohou setkat s tímto patogenem prostřednictvím rodiny a příbuzných, je jejich vlastní domov.

Největší benefit očkování proti IMO je právě u nejmenších dětí. V této věkové skupině dochází k nárůstu incidence IMO a jednoznačně tu posledních 15 let

dominuje séroskupina B, a to i v Evropě. „Pokud chceme využít maximální benefit očkování, neměli bychom se bát očkovat vakcínou Bexsero i nejmenší děti,“ řekl přednášející. Varovné je, že většina IMO se vyskytne u jinak zdravých dětí. Rodiče je třeba upozornit na možnost očkování. Bexsero disponuje robustními daty z klinických studií i reálného používání. Bexsero je možné koadministrovat s běžnými dětskými vakcínami, i podle výsledků recentních rozsáhlých studií Bexsero nijak neovlivňuje imunitní odpověď na běžné „dětské“ vakcíny podávané v prvním roce života. Pokud jde o snášenlivost Bexsera, případné febrilní reakce většinou odezní již do druhého dne. Návštěva lékaře kvůli horečce dítěte po Bexseru se vyskytla u 2–3 % podání. Je důležité rodičům předem vysvětlit, že taková asociace může nastat. Zmíněné procento návštěv po první koaplikaci Bexsera by byla při dobré komunikaci ještě nižší, protože by rodiče byli méně znepokojeni.

Riziko horečky a ostatních NÚ spojených s vakcinací snižuje profylaktické podání paracetamolu, nejdůležitější je dávka podaná v době vakcinace. Některé děti mají horečku i přes podání paracetamolu. Ibuprofen profylakticky nefunguje. Podle zahraničních studií více než 80 % rodičů podává paracetamol profylakticky podle doporučení, tedy při koadministraci Bexsera při základním očkování – v době vakcinace a následně po čtyřech až šesti hodinách a znovu po čtyřech až šesti hodinách, vždy 60 mg per os. Doporučení

ve Velké Británii je podávat profylakticky paracetamol při koadministraci Bexsera při základním očkování.

Závěrem doc. Maďar shrnul teze racionálního přístupu v očkování proti IMO: „Očkování proti meningokokům je třeba pacientům/rodičům aktivně vysvětlovat a doporučovat protekci proti všem séroskupinám. Prioritně je nutné se zaměřit na nejrizikovější skupiny nejmladších dětí, kde v rámci morbidit a mortality dominuje skupina B. Vakcína Bexsero je registrována ve více než 40 zemích, aplikovaných dávek již jsou miliony. Je třeba nebát se koadministrovat vakcíny s Bexserem použitím ‚paracetamolové clony‘ ve třech dávkách. Plošné očkování (Velká Británie) ukazuje uspokojivý profil bezpečnosti takového postupu.“

Proč očkovat proti pneumokokovým nákazám?

Sdělení na toto téma přednesl MUDr. Milan Trojáněk, Ph.D. (Klinika infekčních nemocí 2. LF UK). Nejvyšší incidence pneumokokových infekcí je v kojeneckém a seniorském věku. V roce 2018 bylo jen v České republice hlášeno 481 případů invazivního pneumokokového onemocnění (dále IPO), incidence nadále stoupá. IPO představují sice zejména v dětském věku relativně vzácné, ale přesto mnohdy závažně probíhající infekce. Pneumokoky jsou významnými původci neinvazivních slizničních infekcí, které jsou častou příčinou preskripce antibiotik. V prevenci invazivních i slizničních infekcí lze užít konjugované vakcíny (pro dětský věk jsou k dispozici dvě), jejichž účinnost byla prokázána v celé řadě intervenčních i observačních studií. Očkování má význam i z celospolečenského hlediska, protože snižuje ekonomickou i logistickou zátěž a přispívá ke snížení antibiotické preskripce. Významným problémem je ale klesající proočkovanost naší populace. Limitací současných vakcín je omezený počet zastoupených sérotypů a fenomén „replacementu“, který je u pneumokokových infekcí zaznamenáván.

V následujícím diskusním bloku na dotazy kromě přednášejících odpovídala MUDr. Hana Cabrnová, MBA, (Katedra praktického lékařství pro děti IPVZ, Česká vakcinologická společnost ČLS JEP) a prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D. (vědecký sekretář ČVS ČLS JEP).



Porod, trauma a ŽOK

Management život ohrožujícího krvácení (ŽOK) patří k hlavním tématům na konferencích z oblasti intenzivní medicíny. Problematice se věnovalo i sympozium společnosti CSL Behring v průběhu letošního XXVI. kongresu České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, který se konal 2.–4. října v Brně.

Pod názvem „Porod, trauma a ŽOK“ zazněly tři příspěvky: doc. Herbert Schöchhl prezentoval poznatky a postupy týkající se managementu ŽOK na traumatologickém pracovišti ve Vídni, o zkušenosti z českých pracovišť se podělily MUDr. Ivana Zýková a MUDr. Dagmar Seidlová. Předsedajícím symposia byl prof. MUDr. Roman Gál, Ph.D.

Role fibrinogenu u traumatu

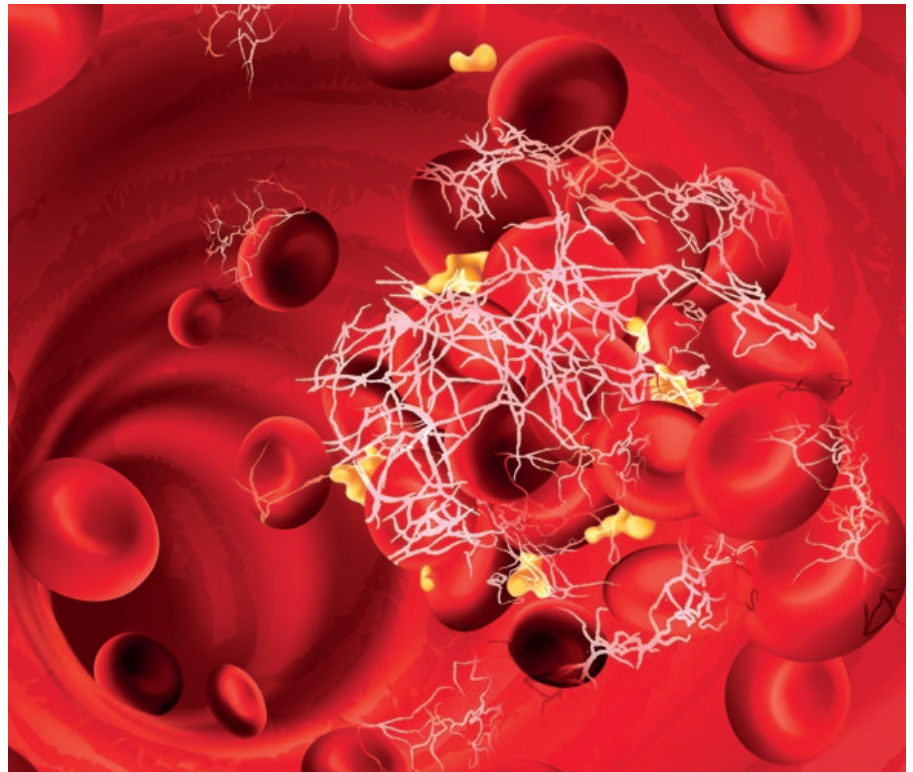
Herbert Schöchhl (AUVA Trauma Hospital, Salzburg; Ludwig Boltzmann Institute for Experimental and Clinical Traumatology, Vídeň) se zabýval významem fibrinogenu u pacientů s těžkým traumatem v prevenci a léčbě ŽOK. Je ověřeno, že plazmatická koncentrace fibrinogenu pod 1 g/l je spojena s téměř čtyřnásobnou mortalitou oproti koncentraci vyšší než 2–4 gramy a koncentrace fibrinogenu pod 2,3 g/l u pacientů na příjmu traumatologických center je velmi úzce spojena se špatnou prognózou. Nízké koncentrace fibrinogenu na urgentním příjmu pod 1,69 g/l souvisejí se zvýšenou potřebou přistoupit k masivnímu transfuznímu protokolu. Na nízké koncentraci fibrinogenu u traumatizovaných pacientů se nepodílí jen krvácení, ale i značná konzumpce fibrinogenu, fibrinolýza a arteficiální diluce krve. O aktuálním stavu kvality tvorby trombu vypovídají viskoelastické metody (ROTEM). Hypotermie, acidóza a hypoxie jsou dalšími známkami nedobré prognózy.

Inovované Evropské doporučené postupy pro management závažného krvácení a koagulopatie po traumatu (2019) doporučují dvě strategie:

- Podání plazmy a erytrocytní masy v poměru minimálně 1 : 2
- Podání koncentráту fibrinogenu a erytrocytů podle hodnoty hemoglobinu.

Obě doporučení mají sílu 1C. Hraniční hodnotou koncentrace fibrinogenu pro podání koncentráту fibrinogenu nebo kryoprecipitátů je nově 1,5 g/l (1C).

Doc. Schöchhl konstatoval, že podle dříve uveřejněných studií je



Ilustrační foto: Shutterstock

takřka nemožné dosáhnout dostatečné koncentrace fibrinogenu pro zástavu krvácení (2 g/l) samotnými transfuzními přípravky (čerstvá krev, čerstvě zmražená plazma, trombocytární koncentrát) bez použití fibrinogenového koncentráту. Studie RETIC z reálné klinické praxe prokázala, že včasné podání fibrinogenu výrazně snižuje užití masivního transfuzního protokolu s nutností aplikace čerstvě zmražené plazmy a dále snižuje riziko multiorgánového selhání.

Studie FinTIC

Nedávno dokončená studie FinTIC (Fibrinogen in Trauma Induced Coagulopathy) probíhala ve spolupráci traumacenter v Innsbrucku, Salzburgu (Rakousko), v Merheimu (Německo) a v Liberci. Cílem studie bylo objasnit změny v koagulační kapacitě plazmy u traumatizovaných pacientů po intervenci fibrinogenem v přednemocniční péči. Šlo o placebem kontrolovanou, dvojitě zaslepenou studii s paralelními skupinami pacientů.

Cílovým parametrem byla hodnota FIBTEM na urgentním příjmu. Po podání placebo byl medián hodnot FIBTEM výrazně nižší než u skupiny s fibrinogenem. Taktéž medián hodnot EXTEM vykazoval rozdíl ve prospěch léčby fibrinogenovým koncentrátem.

Význam včasného podání fibrinogenu doložil doc. Schöchhl kazuistikou muže s polytraumatem s vysokým skóre závažnosti traumatu (ISS: 43). V rámci studie FinTIC byly aplikovány 4 g fibrinogenu již při prvním kontaktu v terénu. Pacient dostal na urgentním příjmu 2 g kyseliny tranexamové, další 4 g fibrinogenového koncentráту a 5 jednotek koncentráту erytrocytů. Dochází ke stabilizaci hladiny hemoglobinu, zvýšení počtu trombocytů a úpravě parametrů koagulace (PTI, aPTT, koncentrace fibrinogenu) oproti datům z terénu. V léčbě je následně pokračováno na jednotce intenzivní péče podáním dvou jednotek koncentráту trombocytů. Uvedený postup nevedl k nutnosti použít masivní transfuzní protokol, což je u tak závažného traumatu pozitivní.



Ilustrační foto: Shutterstock

Role fibrinogenu u traumatu je zcela klíčová. K nedostatečné koncentraci fibrinogenu dochází velmi brzy po traumatu, hodnota pod 1 g/l není pro zástavu ŽOK dostatečná a proto by se měla pohybovat nad 2,0 g/l.

Viskoelastické metody v praxi

Význam viskoelastických metod při posuzování stavu koagulopatie a rozhodování o dalším postupu u pacientů s ŽOK prezentovala dále MUDr. Ivana Zýková na vybraných kazuistikách ze svého pracoviště (ARO, Krajská nemocnice Liberec). Zkušenosti s ROTEM zde mají již desetileté a více než pět let výsledky vyšetření využívají k cílené terapii v léčbě ŽOK. V kazuistikách se jednalo o muže s poraněním pánve a končetin v důsledku zavalení traktorem a ženu s poraněním třísla po napadení býkem. MUDr. Zýková vyzdvihla význam vyšetření viskoelastickými metodami při podezření na koagulopatii, kdy jsou výsledky k dispozici do několika minut, s cílenou terapií koncentráty koagulačních faktorů, u hyperfibrinolýzy kyselinou tranexamovou, případně koncentráty faktoru XIII.

MUDr. Zýková také upozornila na problematiku ŽOK u pacientů užívajících nová antikoagulantia (NOAC). Zejména u pacientů v bezvědomí je třeba pátrat po možnosti medikace NOAC. To lze předpokládat například při zjištěné

fibrilaci síní. K dispozici jsou dnes moderní přístroje, které dokáží detekovat NOAC i jeho typ. Výhodou pro pacienty je i dostupnost specifického antidota – idarucizumabu –, které rychle a efektivně ruší účinek dabigatranu.

ŽOK vs. PPH

To, že peripartální krvácení (PPH) není „obyčejné“ ŽOK a platí pro něj zvláštní doporučení, vysvětlila v posledním příspěvku MUDr. Dagmar Seidlová (ARO a KARIM FN Brno). Odlišné u těchto dvou typů krvácení jsou výchozí parametry, druh a velikost krvácení, liší se i léčebný postup. V případě PPH jde většinou o nečekanou komplikaci původně fyziologického stavu, a vzhledem k tomu, že dělohou na konci gravidity protéká až 15 % celkového objemu krve, může rodička vykrváct do 10 minut. Zatímco v případě ŽOK je u pacienta od počátku přítomen lékař záchranné služby či intenzivista a jsou velmi rychle známy výsledky laboratorních vyšetření, u rodičky bývá primárně jen porodní asistentka, eventuálně porodník a vzorky pro laboratoř se teprve odebírají. Jak zdůraznila MUDr. Seidlová, je pro každé zdravotnické zařízení naprosto nutné mít krizový plán a okamžitě dostupné minimální vybavení pro řešení PPH (mimo jiné min. 6–8 g fibrinogenu okamžitě k dispozici).

Předikovat peripartální krvácení lze jen u třetiny rodiček, u zbývajících nenalzáme rizikové faktory. Nejčastější příčinou PPH (až v 80 %) je děložní hypotonie/atonie. Postup léčby PPH zahrnuje identifikaci a kontrolu zdroje krvácení, což zajišťuje porodník podáním uterotonik, suturou případných poranění, kompresí dělohy, zavedením Bakriho katétru, a při neúspěchu těchto postupů lze využít možnosti intervenční radiologie provedením embolizace nebo cévní chirurgie devaskularizací dělohy. Intenzivista pečuje o stabilizaci celkového stavu. Za monitorace fyziologických funkcí je zahájena oxygenoterapie a tekutinová resuscitace. Zásadní je úprava koagulačních parametrů, lékem první volby je kyselina tranexamová (1 g bolusově) a korekce sérového kalcia na normu. Je indikováno včasné podání fibrinogenu v dostatečné dávce (min. 4 g i.v.) při poklesu jeho hladiny pod 2 g/l nebo při patologických výsledcích fibroelastických vyšetření (ROTEM), ale i tam, kde je krvácení závažné a i jen předpokládáme jeho nedostatek. Léčba plazmou je de facto vyhrazena pouze pro specifické situace, kdy není indikováno podání koncentráty koagulačních faktorů. Samozřejmě je nutná i substituce erytrocytů na hodnotu nad 70 g/l a trombocytů nad $50 \times 10^9/l$.

MUDr. Andrea Skálová



Unikátní TV projekt s odborným zpravodajstvím o zdravotnictví

Sledujte aktuální rozhovory:

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



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



NATOČTE S NÁMI ROZHOVOR!

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

Kontaktujte nás na:
medical-tv@mf.cz

Moderuje: MUDr. Michaela Lízlerová

Pleiotropní efekt vitamínu D

V posledních několika letech se dramaticky rozšířil počet studií, zkoumajících jiné aspekty efektu vitamínu D, než je udržení rovnováhy metabolismu kostí. Pro většinu obratlovců je životně důležitý dostatečný zdroj vitamínu D, a to buď vystavením slunečnímu záření, nebo z potravy. Adekvátní vývin a udržení zdravého skeletu je nezbytný celoživotně, protože kostra slouží nejen jako ochrana životně důležitých orgánů, jako je mozek, srdce, plíce a trávicí ústrojí, ale je důležitým orgánem krvetvorby, imunitního a endokrinního systému a umožňuje nám pohyb. U pohybu je nezbytné zdůraznit vzájemnou součinnost kosterně-svalového systému, u kterého se v posledních letech prokázalo, že míra pohybu je zásadním faktorem udržujícím nejen kvalitu, ale i ovlivňujícím délku lidského života. Nedostatek vitamínu D zůstává i nadále neuznanou světovou epidemií většiny dospělých, kteří nejsou vystaveni dostatečnému slunečnímu záření nebo mají nedostatek jeho příjmu v potravě.

Dostatečný příjem vitamínu D je extrémně důležitým aspektem již v těhotenství, kdy matky i plod mohou trpět jeho nedostatkem, což zvyšuje možnost řady porodních komplikací. Dostatečný příjem vápníku a vitamínu D je základním předpokladem dosažení optimální kostní

hmoty u dětí a dospívajících, která je až z 80 % podmíněna geneticky. Léčba deficiencí vitamínu D je důležitým aspektem prevence kostní ztráty po celý život a je nedílnou součástí účinné prevence i léčby osteoporózy ve stáří. Nedostatek vitamínu D vede především ve vyšším věku ke zvýšenému vylučování parathormonu, který v zájmu udržení dostatečné hladiny vápníku v séru, v srdečním i kosterním svalstvu, uvolňuje vápník v nadměrné míře z kostí a vede ke zvýšené kostní ztrátě, jež zvyšuje riziko zlomenin. Prokázána je souvislost nedostatku vitamínu D se vznikem depresí i zvýšeným rizikem pádů u osob v domovech dlouhodobé péče či léčebnách.

Léčba nedostatku vitamínu D snižuje riziko neobratlových zlomenin a snižuje rizika zlomenin kyčle o 18 %. Tohoto snížení je dosaženo současným užíváním vitamínu D s vápníkem. Tyto výsledky korelují s nejstarší studií, ve které Chapuy užil k redukci zlomenin kyčle 1200 mg vápníku a 800 IU vitamínu D denně. Vitamin D poskytuje ochranu proti zlomeninám, a to v závislosti na dávce. Snížení výskytu zlomenin o 20 % bylo prokázáno u dávkou vyšší než 400 IU denně u osob ve věku 65 let a starších. Epidemiologická data naznačují, že nedostatek vitamínu D hraje roli ve zvýšení rizika rozvoje nádorů ať

už prsu, tlustého střeva nebo prostaty. Nedostatek vitamínu D může zvýšit rizika u diabetu mellitu I. i II. typu. V několika menších studiích byla nižší hladina sérového vitamínu D spojena s vyšší glykemií a suplementace vitamínem D vedla ke zvýšené citlivosti k inzulínu.

Po 65. roce věku dramaticky klesá schopnost získat vitamin D ze slunečního svitu a zároveň se snižuje schopnost ledvin přeměnit normální vitamin D na jeho aktivní metabolit. Na buněčné úrovni bylo prokázáno, že vitamin D zvyšuje přísun vápníku, který usnadňuje svalovou kontrakci. Tato funkce je zprostředkována receptorem vitamínu D (VDR), který je přítomný nejen ve střevech a kostech, ale také v mozku, míše a svalectech a řadě jiných orgánů a tkání. Za svalovou sílu a koordinaci a snížení rizika pádů jsou podle posledních výzkumů zodpovědné nikoliv receptory ve svalectech, ale v mozku. Je prokázáno, že 95 % zlomenin kyčle vzniká při pádu, přitom následná úmrtnost po zlomenině se pohybuje mezi 20 až 30 % podle věku a předchozí mobility pacienta. Udržení optimální hladiny vitamínu D je přitom levné, jednoduché a komplexní efekt na celý organismus je zřejmý při dlouhodobém užívání a funguje od narození až do nejvyššího věku.

doc. MUDr. Václav Vyskočil, Ph.D.

Literatura

- Holick MF. Evolution and function of vitamin D. *Rec Res Canc Res Fortschritte Krebsforsch Progres Dans Rech Sur Cancer*. 2003;164:3–28.
- Wacker H, Michael F. Holick Sunlight and Vitamin D A global perspective for health. *Dermatoendocrinol*. 2013;5:51–108.
- Cranney A, Horsley T, O'Donnell S, et al. Effectiveness and safety of vitamin D in relation to bone health. *Evid Report Technology Assess*. 2007;1–235.
- Ferder M, Inserra F, Manucha W, Ferder L. The world pandemic of vitamin D deficiency could possibly be explained by cellular inflammatory response activity induced by the renin-angiotensin system. *Am J Physiol Cell Physiol*. 2013;304:1027–1039.
- Asemi Z, Karamali M, Esmailzadeh A. Favorable effects of vitamin D supplementation on pregnancy outcomes in gestational diabetes: a double blind randomized controlled clinical trial. *Horm Metab Res*. 2015;47:565–570.
- Atkinson SA, McCabe GP, Weaver CM, et al. Are current calcium recommendations for adolescents

- higher than needed to achieve optimal peak bone mass? The controversy. *J Nutr*. 2008;138:1182–1186.
- Goemaere S, van Pottelbergh I, Kaufman JM. Hormonal and genetic determinants of bone loss in community-dwelling elderly men: a longitudinal population study. *Verh - K Acad Voor Geneeskde Van Belg*. 2004;66:81–95.
- Bouillon R. Can vitamin D prevent falls and fractures? *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017;5:407–409.
- Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *N Engl J Med*. 1992;327:1637–1642.
- Lips P, Bouillon R, Schoor NMV, et al. Reducing fracture risk with calcium and vitamin D. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;73:277–285.
- Frost SA, Nguyen TV. Uncertain effects of calcium and vitamin D supplementation on fracture risk reduction. *Osteoporos Int J Establ Res*. 2016;27:2647–2648.
- Karkeni E, Morin SO, Bou Tayeh B, et al. Vitamin D controls tumor growth and CD8⁺ T cell infiltration in breast cancer. *Front Immunol*. 2019;10:1307.
- Fedirko V, Bostick RM, Long Q, et al. Effects of

- supplemental vitamin D and calcium on oxidative DNA damage marker in normal colorectal mucosa: a randomized clinical trial. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*. 2010;19:280–291.
- Schwartz GG. Vitamin D and intervention trials in prostate cancer: from theory to therapy. *Ann Epidemiol*. 2009;19:96–102.
- Ganie MA, Marwaha RK, Nisar S, et al. Impact of hypovitaminosis D on clinical, hormonal and insulin sensitivity parameters in normal body mass index polycystic ovary syndrome women. *J Obstet Gynaecol J*. 2016;1–5.
- Wang Y, Zhu J, DeLuca HF. Where is the vitamin D receptor? *Arch Biochem Biophys*. 2012;523:123–33.
- Parkkari J, Kannus P, Palvanen M, et al. Majority of hip fractures occur as a result of a fall and impact on the greater trochanter of the femur: a prospective controlled hip fracture study with 206 consecutive patients. *Calcif Tissue Int*. 1999;65:183–7.
- Haentjens P, Magaziner J, Colón-Emeric CS, et al. Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. *Ann Intern Med*. 2010;152:380–390.

Představujeme publikaci

Jsou metabolická onemocnění příčinou všech nemocí?

Orgánový pohled na metabolická rizika



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

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

Autor: Štěpán Svačina

Doporučená cena 405 Kč

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

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA

Sestra roku



20 let

20. ročník soutěže vyhlášené vydavatelským domem Mladá fronta a. s.,
divizí Medical Services a měsíčníkem Zdravotnictví a medicína

Přihlaste svého kandidáta!

Dopřejte získat toto prestižní ocenění těm, kteří si jej opravdu zaslouží!

**Titul Sestra roku je udělován
ve dvou kategoriích:**

**Sestra v přímé ošetrovatelské péči
Sestra v managementu a vzdělávání**

**Redakce časopisu Zdravotnictví
a medicína uděluje mimořádnou cenu:**

**Čestné ocenění za celoživotní dílo
v ošetrovatelství**

Přihlášení bude spuštěno **4. 11. 2019**. Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne **26. 3. 2020 v Kině Lucerna**.

Soutěž je určena sestřám, porodním asistentkám, sestřám domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přípustná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: www.sestraroku.cz

Průběh soutěže:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů: e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz / vložení na www.sestraroku.cz / v obálce označené heslem „Sestra roku 2019“ na adresu redakce časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 15. 1. 2020. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2019“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Též si o něj můžete požádat prostřednictvím e-mailu sestraroku@mf.cz.

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru 26. března 2020 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota, složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

Podmínky účasti v soutěži:

Soutěžící musí splňovat kritéria soutěže, kterými jsou například nadstandardnost přístupu při zvládání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému a podobně. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na: www.sestraroku.cz. V případě dotazů pište na adresu: sestraroku@mf.cz. Využijte také diskusní fórum: www.facebook.com/FBSestra

www.sestraroku.cz

Generální partner



O krok dál
pro zdraví

Mediaální partner



Pořadatel



Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže Sestra roku 2019 v kategorii:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči
 Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele
Kontaktní adresa PSČ
E-mail Telefon

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho)
Kontaktní adresa PSČ
E-mail Telefon
Obor, ve kterém soutěžící působí
Funkce
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)
.....
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace
Registrovaná sestra: ano ne Počet let ve zdravotnictví
Publikační činnost
Přednášková činnost

Podpis soutěžícího: Podpis navrhovatele: Datum:

Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících kritériím soutěže musí být k přihlášce přiložen ve formě stručného písemného odůvodnění nominace.

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamou spojenou

s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správcem a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační

společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

Lymfomem onemocní každý den pět pacientů

Lymfomy, tedy zhoubná nádorová onemocnění mízních uzlin vycházejících z leukocytů, jsou u nás nejčastějším nádorovým onemocněním krve. Ročně je u nás nově diagnostikováno 250–300 případů Hodgkinova lymfomu a 1500 tzv. „nehodgkinských lymfomů“. Lidí, kteří mají osobní zkušenost s lymfomem a jsou v remisi nebo léčbě, žije v ČR více než 11 000. Tato čísla a mnoho dalších zajímavých informací zazněly na tiskové konferenci společnosti Roche.

Lymfom je společný název pro několik desítek nádorových onemocnění. Jednotlivé typy lymfomu se liší svým průběhem, prognózou i léčbou. „Pro lymfomy je charakteristické poškození mízních uzlin, které jsou často zvětšené, ale nebolestivé. Nemocný může, ale i nemusí mít v úvodu příznaky, onemocnění se ukáže například náhodně při jiném vyšetření. Celkové příznaky se nejčastěji projevují únavou, výrazným hubnutím, silným nočním pocením nebo horečkou bez infekční příčiny. Lymfomy se ale mohou prezentovat třeba i bolestí břicha, zhoršeným dechem nebo kašlem,“ vysvětlil MUDr. David Belada, Ph.D. ze 4. interní hematologické kliniky FN Hradec Králové.

Lymfomy se rozdělují na dvě skupiny – Hodgkinův lymfom a nehodgkinské lymfomy. Hodgkinův lymfom je onemocnění, které se většinou týká mladší populace ve věku kolem 20–30 let. Naopak nehodgkinské lymfomy častěji postihují spíše starší pacienty ve věku kolem 60 let. Úspěchem je, že velká část nemocných s pomalu rostoucími, indolentními lymfomy přežívá více jak 10 let. Vyléčitelná je i nemalá část nemocných s agresivními lymfomy, a sice zhruba polovina z nich. Tato čísla dokládají, že většina lymfomů patří mezi nádory s dobrou prognózou.

Doc. MUDr. Pavel Klener, Ph.D., z Ústavu patologické fyziologie a 1. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha představil

činnost Kooperativní lymfomové skupiny, profesního uskupení odborníků na diagnostiku a léčbu lymfomů. Cílem skupiny je zajistit koordinovanou, kvalitní péči o nemocné s lymfomy v celé České republice. Součástí je tvorba národních standardů diagnostiky a léčby lymfomů i tvorba vlastních moderních léčebných postupů.

Společnost Roche se nad rámec výzkumu a vývoje nových léčebných možností věnuje také vzdělávání pacientů a laické veřejnosti. Příkladem edukačních aktivit je portál www.mojemedicina.cz nebo úspěšná řada komiksů nazvaných Medikomiks, která se nově rozrostla o další díl: „Diagnóza lymfom“.

Za vzestupem incidence stojí také lepší diagnostika

Na problematiku léčby i dlouhodobého sledování nemocných s lymfomy se zaměřuje primář MUDr. David Belada, Ph.D., ze IV. interní hematologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové. Položili jsme mu několik otázek a začali jsme nehodgkinskými lymfomy.

Nehodgkinské lymfomy mají čtyřicet různých typů. Které jsou nejčastější?
Z nehodgkinských lymfomů (NHL) je v České republice nejčastější difuzní velkobuněčný B-lymfom – tvoří zhruba třetinu případů. Je to lymfom sice agresivní, ale zároveň i poměrně úspěšně léčitelný. U asi 50–60 % případů se nám daří vyléčit nemocné definitivně.

Jsou známy zásadní rizikové faktory vzniku NHL?

Specifické rizikové faktory jednoznačně vymezit neumíme. Určitý podíl má dědičnost, pokud někdo v rodině toto onemocnění měl, riziko je o něco vyšší, ale nikoli významně, zhruba 2–5krát více oproti zdravé populaci. U ostatních vlivů

na vznik lymfomů zatím spíš tápeme. Nejsou definovány genetické nebo epidemiologické predispozice ke vzniku onemocnění typu NHL. A bohužel není ani žádná specifická rada, jak se právě této malignity vyvarovat. Obecná rada zní: jezte relativně zdravě, mějte dostatek pohybu a buďte pozitivní.

Zatímco incidence NHL má u nás stoupající tendenci, mortalita na rozdíl například od karcinomu pankreatu klesá. Proč?

Tento problém má dvě roviny, z nichž první je incidence (u nás je ročně přibližně 1800 nově diagnostikovaných případů) a druhá je mortalita. Není zřejmé, co je důvodem vzrůstu incidence NHL, i když svůj podíl má určitě stávající životní styl, stres, životní prostředí včetně kvality ovzduší a podobně. Ale za vzestupem incidence (jde o 3–4 % ročně) stojí jistě i lepší diagnostika. Když se ve 70. či 80. letech 20. století objevil například osmdesátiletý pacient s generalizovaným nádorem v dutině břišní, v mnoha případech se to

příliš neřešilo, protože léčebné možnosti byly tehdy velmi omezené. V současné době „pátráme“ mnohem víc, nepoměrně lepší máme diagnostické i terapeutické možnosti, léčíme (a často úspěšně) i nemocné ve vysokém věku nad 80 let. Výsledkem je, že při vyšší incidenci NHL nám mortalita mírně klesá, což je pro nás lékaře vždy dobrá vizitka toho, že se nám léčebně daří mnohem více než dříve.

Jedním z léčebných milníků ve vývoji léčby nejen nádorů byl rituximab, první monoklonální protilátka registrovaná i v léčbě hematologických malignit. Má nadále uplatnění v léčbě NHL?
Má, obrovské. Zavedení monoklonálních protilátek má v léčebné části (používají se i v diagnostice) zcela zásadní význam srovnatelný s významem chemoterapie. První biologická léčba monoklonální protilátkou rituximab se objevila koncem 90. let a u mnoha nosologických jednotek, jako je třeba difuzní velkobuněčný B-lymfom, dramaticky změnila osud pacientů. Biologickou léčbu rituximabem

Čeští praktičtí lékaři a sestry by měli mít více pravomocí

Bez rozvoje primární péče zdravotní systém brzy zkolabuje. Shodli se na tom zástupci zemí Visegrádské čtyřky, kteří se sešli na ministerstvu zdravotnictví. Populace stárne a státy nebudou schopny péči o své obyvatele financovat. Krize hrozí ve všech státech V4, ale podle odborníků je na tom nejhůře právě Česká republika. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je jedinou šancí rozšíření primární péče a kompetencí lékařů i sester.

Odborníci ze Slovenska, Polska, Maďarska i Česka řešili na půdě ministerstva zdravotnictví především problém s nedostatkem lékařů a sester. Diskuze se účastnili i zástupci WHO. Čechům doporučili vytvořit týmy primární péče, kde budou hrát klíčovou roli právě zdravotní sestry. „Lidé z WHO nám vytkli, že zdravotní sestry nemají v primární péči žádné kompetence. V jiných státech je běžné, aby sestry například předepisovaly zdravotnické pomůcky, jako jsou inkontinenční pleny. Chybí nám také systém pro jejich vzdělávání. Drtivá většina sester se školí v nemocnicích. Tam se ale v oblasti primární péče nemohou dostatečně vzdělat,“ říká MUDr. David Halata, předseda pracovní skupiny venkovského lékařství Společnosti všeobecného lékařství (SVL) ČSL JEP.

Lékaři ze Společnosti všeobecného lékařství prezentovali svým zahraničním kolegům výsledky unikátního projektu

GO RURAL. Pilotní program nabízí mladým lékařům a studentům medicíny krátkodobé stáže ve venkovských ambulancích. Snaží se je tak namotivovat k otevření praxe v regionech. „Do testovacího ročníku se zapojily tři ambulance. Studenti i mladí lékaři s námi byli v ordinaci a účastnili se i výjezdů za pacienty. Zpětné vazby jsou zatím velmi pozitivní. Nyní chceme rozšířit počet ambulancí, které by stáže umožňovaly,“ vysvětluje MUDr. Kateřina Javorská ze Společnosti všeobecného lékařství. Do GO RURAL se kromě její praxe v Novém Městě nad Metují zapojily i ordinace v Hošťálkově a ve Volyni. V Evropě jde o unikátní projekt, který inspiroval další země. Podobně úspěšný je i projekt MEADOW, který mapuje motivaci lékařů působit ve venkovských praxích napříč celou Evropou. Dotazníky vyplnilo více než 350 doktorů připravujících se k atestaci ze všeobecného lékařství z Česka, Dánska, Norska a Turecka.



V dalších letech plánují odborníci výzkum rozšířit i do dalších států.

Personál schází i u sousedů

„Nedostatek lidských zdrojů v primární péči je problém, který netrápí pouze nás, ale i naše sousední státy. Projekty, které na setkáních představujeme, jsou úspěšné a ostatní státy se jimi inspiroují. Naše programy dokážou část lékařů namotivovat, a především mapují terén. Bez systémové změny ovšem kolaps primární péče neodvrátí,“ říká doc. Svatopluk Býma, předseda Společnosti všeobecného lékařství.

Evropské šetření navazuje na dotazníky, které vyplňovali loni pouze čeští lékaři. Z výsledků jasně vyplývá, že zvýšení platů není dostatečnou motivací k otevření venkovské praxe. Zásadnější jsou pro mladé lékaře kvalitní školy v místě bydliště stejně jako vhodná práce pro jejich partnery. „Výsledky šetření opakovaně ukazují, že kvalita života na venkově jako celku je velmi důležitá. V Česku bohužel velmi rychle klesá a takzvaný vnitřní dluh venkova roste. Nezbytné je, aby se vládní instituce a samosprávy spojily a začaly tento problém řešit. Netýká se to pouze lékařství, ale i dalších oblastí, které na venkově zaostávají,“ upozorňuje MUDr. David Halata.

Zdroj: SVL ČSL JEP (red)



kombinujeme s chemoterapií a díky tomu ze stovky pacientů jich zachráníme o 15–20 více než dříve. Pokud vám v onkologii díky nové léčbě přežívá po 5 letech o 15–20 % více pacientů, je to vždy obrovský úspěch.

Poměrně nedávnou inovací rituximabu je jeho léková forma umožňující subkutánní podání, které má indikaci i pro NHL. Co je jeho výhodou?

Nejde o úplnou novinku. MabThera SC 1400 mg má úhradu u nemocných s lymfomy už od března 2017. Oproti infuznímu podání je mnohem kratší doba aplikace (pět minut oproti několika hodinám při čtyřech podáních). Výhoda to je nejen pro pacienta, ale i pro provoz nemocnice a zejména ambulantních stacionářů.

Vraťte se k chemoterapii. Problémem jsou mimo jiné sekundární malignity. Není to dost trpký paradox?

Bohužel je. Riziko sekundárních malignit stoupá s věkem a intenzitou původní chemoterapie. Na druhou stranu je

nutné si uvědomit, že některé agresivní lymfomy bychom bez intenzivní chemoterapie vůbec nedokázali vyléčit. U mnoha jednotek (typicky u nemocných s Hodgkinovým lymfomem) už se diskutuje nad tím, že výsledky jsou natolik excelentní (vyléčíme kolem 90 % pacientů), že chemoterapie by nemusela být tak intenzivní, aby druhotné nádory tolik nevznikaly. Jde o situaci, kdy za 10, 15 i více let vznikne u pacienta s vyléčeným lymfomem zcela jiný typ novotvaru. Důvodem je narušení genetické informace buněk chemoterapií. Naštěstí u většiny pacientů k dalšímu nádorovému bujení nedojde. Ale bohužel u části pacientů, zejména staršího věku, kdy už je kostní dřev méně produktivní, je riziko větší. Je snaha toxicitu chemoterapie dostat na co nejnižší, ale ještě funkční úroveň. Úplně se tím riziko druhotného nádoru neeliminuje, ale snižuje se. Další cestou je snaha více zapojit imunitní systém nemocného v boji s nádorem a pokud možno chemoterapii omezit nebo i eliminovat. Touto cestou se ubírá nyní výzkum v oblasti lymfomů.

Primárně pacienti se zvětšenou lymfatickou uzlinou třeba v oblasti krku určitě nejdou za onkologem. Co by mělo u praktického lékaře vyvolat podezření na maligní lymfom?

Prvotně pacient přichází zpravidla ke svému praktickému lékaři s nějakým zduřením, uzlinou v oblasti krku, případně hlavy, podpaží nebo třísel. Ovšem nutno podotknout, že mnoho uzlin je reaktivně zvětšeno při infekcích, a zdaleka ne každá zvětšená uzlina na krku je lymfomem. Ve skutečnosti jím je pouze 15–20 % i z těch opravdu podezřelých. Klíčová informace přitom pro praktického lékaře je, zda je zvětšení uzliny provázeno nějakou infekcí v okolí a zda je uzlina bolestivá. Většina lékařů v tom případě správně nasadí antibiotika a po 14 dnech stav přehodnotí. Pokud efekt antibiotik nesplňuje očekávání a zejména je-li uzlina nebolestivá a nadále roste, je třeba udělat ultrazvukové nebo jiné zobrazovací vyšetření a poté pacienta odeslat k dalšímu vyšetření a histologickému odběru části nebo celé uzliny – to je klíč k diagnóze. (J)

Inzerce ▼ M191000273

Inzerce ▼ M191000345

MEDICA 2019 + COMPAMED 2019 s celkovou účastí téměř 6 tisíc vystavovatelů – místo setkání pro celý svět medicíny

Dynamičtější, digitálnější a propojenější než kdy dřív se zdravotnictví posouvá do budoucnosti. Kdo chce být připraven na zítřejší výzvy, musí zůstat v obraze, neustále se informovat o novinkách a hledat příležitosti pro hlubší diskuse s odborníky. Tu nejlepší možnost nabízí už skoro 50 let veletrh MEDICA.

V termínu 18.–21.11.2019 se v Düsseldorfu na největším zdravotnickém veletrhu na světě opět setkají vystavovatelé, návštěvníci a zástupci médií z celého světa. Tři čtvrtiny z více jak pěti tisíc vystavovatelů připadají na účasti ze zahraničí. Jsou očekáváni odborní návštěvníci více jak 150 národností. Podle umístění ve veletržních halách jsou hlavní témata letošního veletrhu následující: elektromedicína/zdravotnická a lékařská technika (přibližně 2.500 vystavovatelů), laboratorní technika/diagnostika, fyzioterapie/ortopedická technika, spotřební materiál, informační a komunikační technika, zdravotnický a lékařský mobiliář a v neposlední řadě speciální zařízení jednotek v nemocnicích a ordinacích.

Souběžně s veletrhem MEDICA se také v letošním roce uskuteční s téměř 800 vystavovateli v halách 8a + 8b již 28. ročník veletrhu COMPAMED. I tento veletrh je jedním z předních ve svém oboru na světě a je absolutním hotspotem pro komplexní high-tech řešení a servis zdravotnické techniky.



Jedním z hlavních témat veletrhu je i nadále digitalizace procesů. Tento převažující trend bude na veletrhu tematizován nejen prezentacemi novinek ze stran vystavovatelů, ale bude také tématem doprovodných konferencí a diskusních fór (např.: MEDICA HEALTH IT FORUM, MEDICA CONNECTED HEALTHCARE FORUM a konference MEDICA MEDICINE & SPORTS CONFERENCE).

Nový člen MEDICAlliance: Brazílie získá veletrhem MEDICAL FAIR BRASIL silnou základnu „od profesionálů pro profesionály“. Společnost Messe Düsseldorf se rozhodla nově nastavit svoje aktivity na medicínském trhu v Brazílii a začíná pořádat nový veletrh MEDICAL FAIR BRASIL, který se bude poprvé konat od 5. do 8. května 2020 v Sao Paulo v areálu Expo Center Norte v jednoletém cyklu. Veletrh MEDICAL FAIR BRASIL bude pořádán ve spolupráci a za podpory brazilského Svazu výrobců medicínské techniky ABIMO. Za organizaci akce v místě konání odpovídá zahraniční zastoupení Messe Düsseldorf (EMME) v Brazílii.



Dobře víme, jak je těžké o někoho pečovat

Proto vám nyní s FLEXI nabízíme **2x víc**
v případě dlouhodobého ošetřování.

www.flexi.cz


životní pojištění
od Kooperativy

Potenciál migrastatické léčby

Nová protinádorová terapie, kterou vyvíjí výzkumný tým z mezinárodního centra Biocev v Praze, by mohla zabraňovat zhoubným buňkám vytvářet metastázy. Takzvaná migrastatika by se tak stala pátým pilířem v léčbě zhoubných nádorů. Více nám o tom sdělil vedoucí výzkumného týmu doc. RNDr. Jan Brábek, Ph.D.

Jak se v současnosti díváte na problematiku metastazování?

Metastazování jako cíl bylo dlouho z pohledu klinické onkologické terapie podceňováno. Souvisí to i s legislativou týkající se schvalování protinádorových léků. Do loňského roku platilo, že aby mohl být nový protinádorový lék schválen, muselo jeho podávání vést ke zmenšování nádorů. Solidní nádory však necharakterizuje jen nekontrolovaný růst buněk, ale spíše jejich invazivita a schopnost metastazovat. Devadesát procent pacientů se solidními nádory zabije právě generalizace zhoubného onemocnění. Takže kromě léků potlačujících růst a dělení nádorových buněk, kterých je k dispozici poměrně dost, je potřeba vyvíjet také léky bránící šíření nádorových buněk. Pro vývoj a zavádění takových léků do praxe však potřebujeme nová schvalovací kritéria. Účinnost léčby je zde nezbytné posuzovat podle toho, zda se objeví, či neobjeví nová metastáza, respektive zda dojde po podání léku k oddálení metastazování.

V loňském roce došlo z tohoto pohledu k průlomům. Americký úřad pro kontrolu potravin a léčiv – FDA poprvé schválil tři léky primárně na základě jejich schopnosti

oddalovat metastazování. Jednalo se o produkty od tří různých firem, s podobným mechanismem účinku. Konkrétně šlo o antiandrogeny užívané u karcinomu prostaty. Zjistilo se, že podávání těchto léků vedlo z dosud neznámých příčin k oddálení metastazování o dva roky. To je opravdu významný průlom. Vezměte si, že medián prodloužení přežití u nejmodernějších protinádorových léků se pohybuje v řádu několika týdnů, přičemž vývoj každého takového léku stojí miliardu dolarů a jeho podávání vyjde na statisíce dolarů ročně. Uvedeným rozhodnutím ze strany FDA se tak otevřela příležitost pro schvalování léků s novým mechanismem účinku.

Na co konkrétně se zaměřuje váš výzkum?

Naše laboratoř se dlouhodobě zabývá invazivitou a metastazováním nádorových buněk. Invazivita je totiž první a kritický bod v procesu metastazování. Bez invaze, schopnosti pronikání nádorových buněk do okolí, není metastazování možné. Nádorové buňky mohou invadovat do okolí několika způsoby – s využitím proteolytických enzymů štěpí mezibuněčnou hmotu a pronikají skrze ni, nebo využívají tzv. améboidní

invazivitu, díky níž se silově protlačují otvory v mezibuněčné hmotě. V naší laboratoři jsme popsali důležité struktury potřebné pro jednotlivé typy invazivity, různé signální molekuly, zabývali jsme se také plasticitou nádorových buněk a vytipovali vhodné cíle pro protimetastatickou léčbu. V současnosti spolupracujeme s několika pracovišti medicínské chemie a klinickými onkology na vývoji protinvasivních protimetastatických léků, které zatím neexistují. Před dvěma lety jsme v časopise Trends In Cancer definovali takzvaná „migrastatika“ jako látky s novým mechanismem účinku a navrhli tak celý pátý pilíř protinádorové léčby vedle chemoterapie, chirurgické léčby, radioterapie a imunoterapie.

Uvedl jste, že překážkou vývoje migrastatické léčby byla určitá regulační omezení. Byly tu i jiné důvody, které odrazovaly od tohoto výzkumu?

Poměrně málo výzkumných skupin se aktivně zajímá o propojení mezi buněčně biologickým výzkumem, medicínské chemií a klinickou onkologií. Existuje mnoho výzkumníků, kteří odvádějí vynikající práci ve svém oboru, ale méně už se zajímají o další oblasti; spolupráce je nezbytná k tomu, aby došlo k uchopení



Výzkumný tým z Biocevu

Foto: archiv Biocev



PROVOZ A SPRÁVA BUDOV
VE SPRÁVNÝCH RUKOU

ATALIAN

GLOBAL SERVICES

+420 724 489 441

WWW.ATALIAN.CZ

TECHNICKÁ SPRÁVA BUDOV, ÚDRŽBA



- Preventivní údržba
- Revize a servisní prohlídky
- Zednické práce
- Havárie, pohotovostní servis
- Opravy technologických zařízení

SECURITY, DOZOR A BEZPEČNOST

- Ostraha objektů
- Technické zabezpečení
- Požární ochrana
- Pult centrální ochrany (PCO)



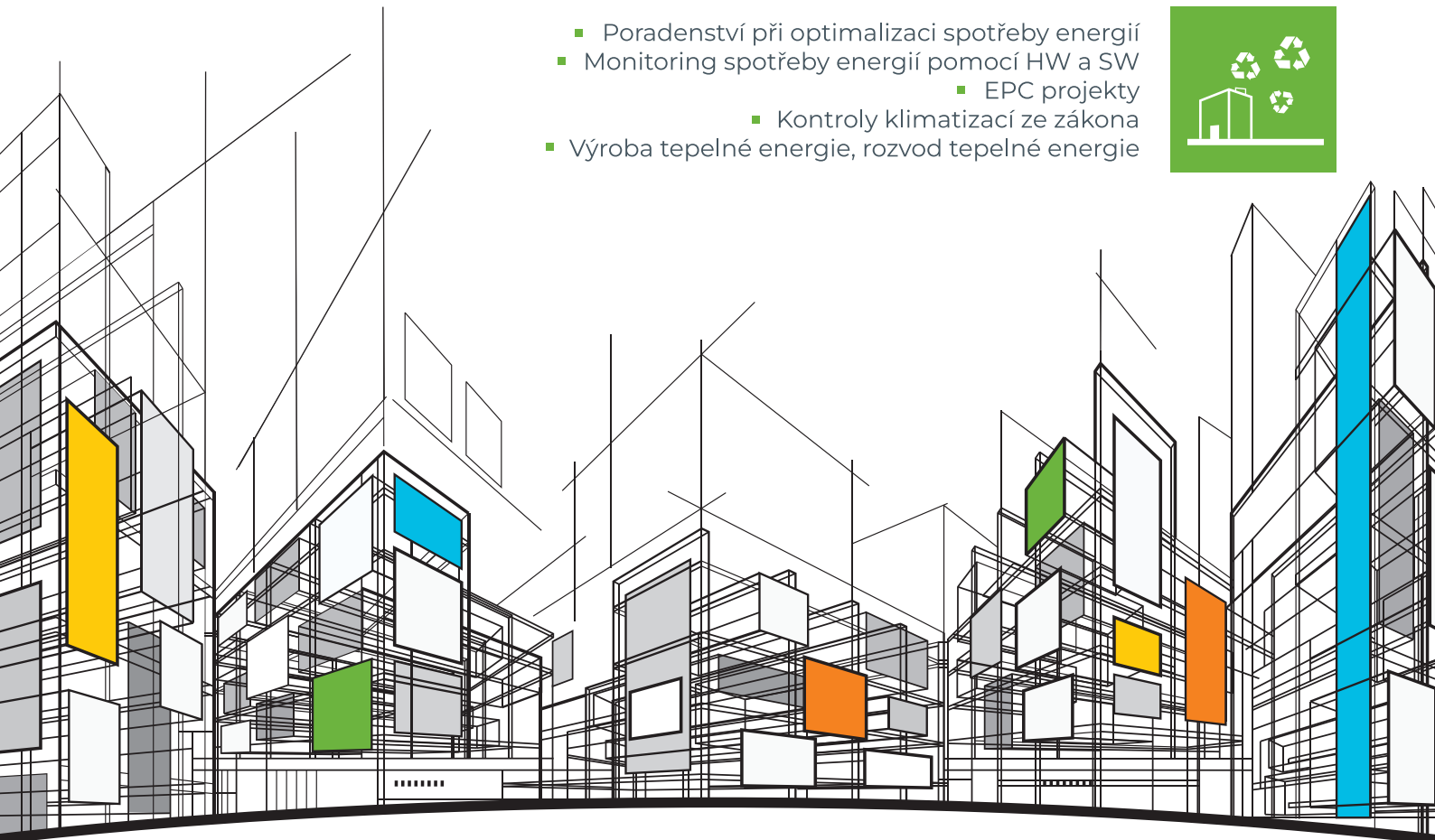
ÚKLIDOVÉ SLUŽBY



- Zimní údržba a údržba venkovních prostor
- Administrativní úklidy
- Zásahy při haváriích
- Průmyslový úklid
- Speciální úklidy

ENERGETICKÉ SLUŽBY

- Poradenství při optimalizaci spotřeby energií
- Monitoring spotřeby energií pomocí HW a SW
 - EPC projekty
- Kontroly klimatizací ze zákona
- Výroba tepelné energie, rozvod tepelné energie



ČIŠTĚNÍ TECHNOLOGIÍ
A LAKOVEN



KANALIZACE
A ODPADY



PODPŮRNÉ
SLUŽBY



ÚDRŽBA
ZELENĚ

nového principu a vypracování nového konceptu léčby. Výhodou naší laboratoře je, že jsme se vždy zajímali o možnosti translace a spolupracovali s kolegy ze zmíněných oborů. Díky tomu jsme popsali migrastatickou léčbu jako ucelený koncept.

Chtěl bych připomenout, že v minulosti už tady byly pokusy využít některé látky zasahující invazivitu nádorových buněk v protinádorové léčbě. Zmínit můžeme inhibitory matrixových metaloproteináz, do jejichž výzkumu byly na přelomu tisíciletí investovány obrovské prostředky. Léčba tehdy selhala pravděpodobně ze dvou důvodů. Jedním z nich je zmíněná plasticita nádorových buněk, které nemusí být závislé na matrixových metaloproteinázách, aby mohly pronikat do okolí. Navíc se ukázalo, že některé metaloproteinázy mají proinvazivní, a jiné protiinvazivní funkce, avšak dostupné inhibitory byly namířeny nespecificky proti všem.

Bude tedy migrastatická terapie, o níž hovoříme, specifická a cílená? Nebo bude zasahovat díky novému mechanismu účinku plošně veškeré nádorové buňky?

Snažíme se, aby mechanismus účinku byl co nejuniverzálnější. Jedním z hlavních směrů, kterým se ubírá současný onkologický výzkum, je precizní medicína, která ovšem ve své nejvíce redukcionistické podobě předpokládá, že najdeme určitý specifický „driver gen“ nebo geny u konkrétního pacienta a proti nim zaměříme léčbu. Zde ovšem narážíme na obrovskou heterogenitu jak onkologických pacientů, tak samotného nádoru u daného pacienta. Navíc má tato heterogenita velkou časovou dynamiku, při níž dochází k průběžným změnám genotypu. Druhým důvodem, proč usilujeme o univerzálnější účinek, je cenová dostupnost protinádorové péče. Personalizovaná medicína naráží celosvětově na finanční limity, a pokud budeme mít k dispozici lék s univerzálnějším mechanismem účinku, dá se předpokládat, že tato léčba bude cenově dostupnější. Tím by byla dostupná i širšímu spektru onkologických pacientů, neboť by nebyla zaměřena na konkrétní nádor, ale na solidní nádory obecně.

V jaké fázi je výzkum? Kdy by se mohla dostat tato léčba k prvním pacientům?

Co se týče nových migrastatik, zde jsme ve fázi spolupráce s medicínálními chemiky. Tyto látky budou teprve procházet všemi fázemi klinických testů. Takže to ještě nějakou dobu potrvá. Nyní jsme na úrovni vytipování vhodných cílů léčby a vytváření prvních skupin sloučenin. Protože bychom však chtěli pomoci pacientům již v dřívějším horizontu,

provádíme analýzu migrastatických schopností již schválených léků. Pokud se podaří najít léky nebo kombinace léčiv s těmito vlastnostmi, neměl by být problém nasadit je možná již v průběhu příštího roku do experimentálních klinických testů.

V rámci výzkumu invazivity nádorových buněk jste dospěli mimo jiné k zajímavým zjištěním o vlivu nádorového mikroprostředí na nádorovou buňku.

Tento vliv byl donedávna podceňován. Ukazuje se však, že nejen vnitřní genetické prostředí hraje roli v invazivitě nádorových buněk, zásadní vliv má také okolní prostředí těchto buněk. To se však obtížně studuje. V současné době na studiu interakce nádorových buněk s dalšími buňkami v rámci nádorového mikroprostředí pracujeme s profesorem Karlem Smetanou Jr., profesorem Aleksim Šedem a profesorem Pavlem Martáskem v rámci Centra nádorové ekologie. Důležité je, abychom více porozuměli způsobům komunikace jednotlivých buněk v rámci nádorového mikroprostředí.

Napadlo mě, zda by šlo nějak ty nádorové buňky naučit, aby se zase staly normálními, nezhojbnými.

To je velmi dobrá myšlenka a slibný směr výzkumu. Existují první pokusy se tímto směrem ubírat. Nedávno se podařilo jedné laboratoři ve Švýcarsku s použitím kombinace dvou léků, používaných na jiné aplikace, přeměnit buňky karcinomu prsu na buňky tukové. Obecně se o tomto konceptu mluví jako o pokusu normalizovat prostředí v organismu. Tím se vracíme k předchozí otázce. Pro to, aby vznikl nádor, jsou nutné nejen změny v nádorových buňkách, ale především „vhodné“ prostředí. V těle dítěte jsou jednotky až desítky mutací a v těle dospělého tisíce až desetitisíce mutací na genom. Přesto tento člověk nemusí onemocnět zhoubným nádorem. Pokud porovnáme zdravou tkáň s nádorem, ukazuje se dokonce, že ve zdravé tkáni může být často více mutací než v samotném nádoru. Ale teprve v kontextu poškozeného mikroprostředí tento nádor vznikne. Příkladem může být prostředí plíc či hrtanu u chronického kuřáka. Chronický zánět vznikající kombinací škodlivých vlivů je živnou půdou pro vznik zhoubného nádoru. Pokud by se toto prostředí podařilo normalizovat, šlo by o velmi nadějný směr protinádorové léčby. Je však současně jedním z nejnáročnějších na pochopení.

Jsou už pro to nějaké důkazy?

S využitím embryonálního mikroprostředí se například podařilo normalizovat určité

typy nádorů v experimentálních systémech. Na nedávné konferenci v Londýně byl prezentován příspěvek, kdy vědci vložili onkogeny do buněk zdravé prsní tkáně, a nádor nevznikl. Avšak poté, co uměle zvýšili tuhost tkáně a vytvořili prozánětlivé prostředí, nádory se okamžitě začaly vytvářet. Nádor byl dlouhou dobu chápán jako buněčné onemocnění. Nyní se ukazuje, že jde spíše o tkáňovou a vývojovou záležitost – zvrhlý vývoj tkáně. Když si vezmete karcinom pankreatu, pak pět procent jsou nádorové buňky a zbylých 95 procent tvoří mikroprostředí, stroma nádoru, pojivové buňky, imunitní buňky, buňky endotelu a mnohé další.

I když nyní předbíláme, máte již představu o bezpečnosti migrastatické léčby, možných nežádoucích účincích a kombinovatelnosti s ostatními typy protinádorové léčby?

Popřípadě, v které linii by měla léčba být podávána?

Obecně by měly být nežádoucí účinky mnohem mírnější než u léčby cytotoxické. Léčba může ovlivnit hojení ran a obecně zasahovat i normální pohyb buněk, zejména imunitního systému. U pacientů se solidními nádory může ovšem být blokováni pohybu té části buněk imunitního systému, které jsou již „na straně nádoru“, i prospěšné. Migrastatická léčba ale má také zásadní konceptuální výhody. Nádorové buňky při ní nejsou vystaveny přímému cytotoxickému stresu, který vede k darwinistické selekci odolných klonů. I pokud vzácně vzniknou rezistentní buňky k migrastatikům, nebudou mít žádnou růstovou výhodu, a tudíž v populaci nepřevládají. Nízká efektivita procesu metastázování potom neumožní těmto vzácným rezistentním buňkám metastazovat.

Cílem migrastatické léčby není nahradit současnou onkologickou léčbu, ale doplnit ji o nový mód, proto hovoříme o pátém pilíři protinádorové léčby. Co se týče možných kombinací, dosavadní poznatky jsou optimistické a svědčí pro možnou synergii migrastatické léčby s aktinoterapií i chemoterapií. Načasování léčby by mělo být co nejdříve poté, co se objeví primární nádor, aby se zabránilo metastázování. Předpokládáme však i příznivý efekt u pokročilejších forem onemocnění, například v pooperační fázi nebo u oligometastatických stádií onemocnění. Mnohé z fatálních nemocí by se tak mohly díky migrastatické léčbě změnit na onemocnění chronická.

MUDr. Andrea Skálová



Generika šetří peníze a zvyšují dostupnost léčby

Generické léky mají největší význam z hlediska pacientů. V okamžiku, kdy na trh s léky vstoupí generický lék, dramaticky se sníží cena a zvýší dostupnost léčivé látky, díky čemuž se dostane k až několikanásobně většímu množství pacientů. Kromě toho, že tento segment šetří peníze zdravotnických systémů, průmyslově odvětví zaměřené na výrobu generických léků vytváří nezanedbatelné množství pracovních míst. V nedávné době došlo k výjimečnému zmírnění jedné z regulačních překážek z oblasti patentové ochrany platné v Evropské unii, které tomuto průmyslu pomůže.

Česká asociace farmaceutických firem (ČAFF) zastřešuje většinu společností, které se v České republice nějakým způsobem zabývají generickými léky. Patří mezi ně celkem dvacet organizací věnujících se výzkumu, vývoji, výrobě, distribuci nebo prodeji generik včetně tzv. biosimilars. Pět z nich (Zentiva, Pro.Med.CS, Glenmark, Teva, Angelini) má v České republice dokonce výrobní závody.

Podle údajů ČAFF firmy sdružené pod její hlavičkou přímo zaměstnávají přes čtyři tisíce kvalifikovaných lidí a dalších asi tři a půl tisíce je zaměstnává v navazujících oborech. V roce 2017 odvedly tyto společnosti ve formě daní a odvodů do sociálního a zdravotního pojištění 1,8 miliard korun, což činí téměř 60 % všech odvodů do veřejných rozpočtů ve farmaceutickém průmyslu u nás. Generický farmaceutický průmysl u nás vytváří hrubou přidanou hodnotu (HPH – rozdíl mezi hodnotou produkce a hodnotou statků spotřebovaných na tuto produkci) ve výši téměř 9 miliard korun ročně. Tolik národohospodářské údaje.

Významný pokles cen léků

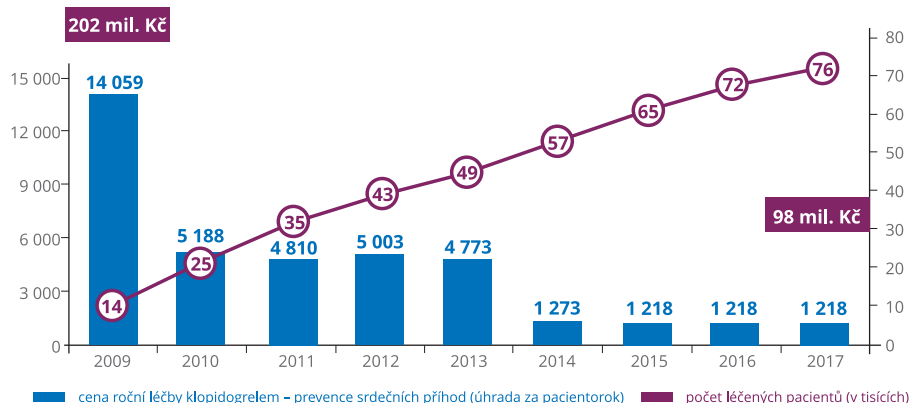
Těžko zpochybňovat význam inovativních léků pro pacienty. Nesporné jsou však z pohledu pacienta i přínosy léků generických. Poté, co skončí patentová ochrana nového léku a na trh vstoupí firmy s lékem generickým, dojde velmi rychle k několika efektům, které téměř všechny souvisí s razantním poklesem ceny. Příložený graf ukazuje vývoj cen a dostupnosti na příkladu léků s klopidogrelem – protidestičkovým léčivem používaným pro prevenci aterosklerotických příhod u pacientů s akutním koronárním syndromem, u pacientů po infarktu myokardu,



Členové ČAFF v ČR přímo zaměstnávají 4 060 osob. Dalších 3520 pracovních míst je vytvořeno v nepřímo navazujících sektorech ekonomiky. Foto: archiv ČAFF

ischemické cévní mozkové příhody nebo u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. V roce 2009, před vstupem generik na trh, stála roční léčba jednoho pacienta tímto léčivem 14 059 korun, byla nasazena u 14 000 pacientů a celkové náklady přesáhly 200 milionů korun. Vidíme, že pokles cen po nástupu generik v roce 2010 je dramatický a skokový. Díky nižším cenám mohlo

dojít k uvolnění preskripčních omezení a nasazení léčby u více pacientů – jejich počet postupně rostl až na 76 tisíc pacientů v roce 2017. Protože náklady na léčbu jednoho pacienta klesly na 1218 korun za rok, celkově za ni plátcí zaplatili méně než polovinu celkových ročních nákladů z roku 2009. A podobné efekty lze doložit také u dalších léčiv, jak je vidět v tabulce č. 1.



Vývoj ceny a dostupnosti léčby klopidogrelem

Zdroj: ČAFF

Tabulka 1: Pokles cen léčiv po vstupu generických léků na trh a jejich vliv na dostupnost léčby
Zdroj: ČAFF

Léčivo	Původní cena	Nová cena	Kolikrát více pacientů nyní lék dostává
Rosuvastatin 20 mg	4 513 Kč	872 Kč	13x
Telmisartan 80 mg	1 215 Kč	481 Kč	3x
Olanzapin 10 mg	36 960 Kč	3 648 Kč	3x
Kyselina ibandronová 150 mg	6 528 Kč	2 692 Kč	1x
Anastrozol 1 mg	46 531 Kč	6 696 Kč	1,4x

Každý druhý užitý lék v České republice je generikum, ale z pohledu nákladů jde o čtvrtinu. Podle odhadu ČAFF české zdravotnictví tímto způsobem ušetřilo za posledních deset let 136 miliard korun (nejvíce úspor pochází z léčby chronických onemocnění – viz tabulku č. 2). Tyto peníze pak mohou být teoreticky použity „na něco jiného“.

Minimalizace výpadků léčiv

Generika zvyšují dostupnost léků nejen prostřednictvím snižování ceny. Z analýzy společnosti IQVIA, která vychází z hlášení o výpadcích léčiv Státního ústavu pro kontrolu léčiv za poslední rok, lze vyvozovat, že generika pomáhají zajistit, že lék bude pro pacienta dostupný. Čím více je hráčů na trhu, tím menší je pravděpodobnost, že zůstane lék nedostupný déle než jeden měsíc. Celkově bylo nahlášeno 1978 přerušovaných dodávek léků za dané období. Nicméně léčiv, která byla nedostupná déle než jeden měsíc,

Tabulka 2: Úspory zdravotnického systému způsobené vstupem generických léků na trh u v miliardách korun za posledních deset let
Zdroj: ČAFF

Onemocnění	Úspora
Vysoká hladina cholesterolu	10,4
Vysoký krevní tlak	8,2
Psychická onemocnění	7,2
Mozkové příhody	6,6
Onemocnění srdce	6,1
Osteoporóza	4,9
Žaludeční vředy	4,8
Epilepsie	4,7
Vysoký tlak	4,7
Rakovina	4,7
Ostatní	73,9
Celkem	136,1

bylo 31. Z toho 27 léčiv mělo pouze jednoho dodavatele, ve třech případech existovali dva dodavatelé a pouze jedno léčivo nedostupné déle než jeden měsíc mělo tři dodavatele.

Regulatorní požadavky brzdí i chrání

Jak již bylo řečeno, v České republice funguje pět závodů vyrábějících generické léky. Jejich produkce zdaleka není určena jen pro Českou republiku. Léky v hodnotě 11 miliard korun byly exportovány do zahraničí, procentuálně se jedná o 42 % tržeb.

Farmaceutický trh je vysoce regulovaný, a tím zajišťuje špičkovou kvalitu léčby pro pacienty. Nicméně každé z opatření je potřeba pečlivě zvažovat, aby zůstal trh i nadále udržitelný a jeho prostředí předvídatelné. „Usilujeme dlouhodobě o to, aby regulace, které jsou ve farmakoterapii velmi výrazné, byly předvídatelné a z hlediska průmyslu udržitelné,“ říká Martin Mátl.

Ředitel opavského výrobního závodu společnosti Teva Jaroslav Chylík považuje regulace za dvousečné a uznává, že jejich dodržování je v zájmu ochrany pacientů: „Pro navyšování výrobní kapacity jsou regulatorní požadavky největším brzdícím, ale na druhou stranu je třeba říci, že mimo jiné i díky regulacím mají pacienti jistotu, že dostanou kvalitní lék.“

Příležitost pro výrobce generik v EU

V EU prodlužuje dodatkové ochranné osvědčení (Supplementary Protection Certificate, SPC) ochranu patentovaných léčivých přípravků až o 5 let, což má kompenzovat ztracený čas při získávání schválení léčivého přípravku regulačními orgány. Během tohoto období evropská výroba generických a biosimilárních léků nemohou své léčivé přípravky v EU vyrábět, na rozdíl od výrobců vyrábějících mimo území EU, a také je nemohou prodávat.

Martin Mátl již dříve komentoval důsledky, které má toto evropské nařízení pro výrobce generik: „Výrobci se sídlem v zemích mimo EU, kde neexistuje ochrana na základě SPC (např. v Kanadě, Brazílii, Rusku, Indii a Číně) nebo v zemích, kde je ochrana kratší, mohou vstoupit na nechráněné trhy už o pět let dříve, než je umožněno výrobcům se sídlem v EU. Evropské výrobce generických a biosimilárních léků tato skutečnost nutí přesouvat výrobu mimo EU s cílem zachovat si konkurenceschopnost na celosvětové úrovni,“ napsal pro časopis Zdravotnictví a medicína ředitel ČAFF v červnu minulého roku (ZAM 2018/6). Další kritizovanou skutečností bylo, že výrobci nemohli generika během ochranné lhůty vyrábět ani do zásoby, aby je mohli uvést na trh v okamžiku vypršení patentové ochrany. Tím opět ztráceli konkurenceschopnost ve srovnání s výrobci například z Indie, kteří již mohli mít svá generika připravená.

Už tehdy se jednalo o možnosti částečného osvobození výrobců generik z tohoto opatření. Martin Mátl upozorňoval na dopady, které by takové osvobození mělo „Evropská komise zveřejnila studii, která ukazuje, že by to pro EU znamenalo zvýšení čistých prodeje v farmaceutickém průmyslu o 9,5 miliardy eur, 25 tisíc pracovních míst a úspory na farmaceutických výdajích v EU ve výši 3,1 miliardy eur.“

Zda byly tyto odhady reálné, se nyní může ukázat. 1. července totiž vstoupilo v platnost evropské nařízení, které zavádí částečnou výjimku z SPC. Společnosti se sídlem v EU budou oprávněny vyrábět generické i biosimilární přípravky během doby platnosti SPC za předpokladu, že výroba bude probíhat za účelem vývozu do země mimo EU, kde SPC neexistuje nebo kde již skončila jeho platnost. Kromě toho budou moci přípravky vyrábět i v posledních šesti měsících platnosti SPC v EU za účelem skladování pro uvedení na evropský trh.

„Evropa podnikla v minulosti množství opatření, které vedly k poklesu průmyslu, k jeho útlumu. Toto je první dobrá zpráva umožňující rovnocenný boj v mezinárodním měřítku. V našich zeměpisných šířkách se dají vyrábět léky levně a konkurenceschopně. V Indii nám například konkurují ve výrobě metforminu, a nevyrábějí jej levněji. V tomto byznysu je rozhodující know-how. Rozhodující jsou lidé, to je největší potenciál, který farmaceutická firma může mít,“ říká Jaroslav Chylík.

Mgr. Lukáš Malý

NOVÉ TRENDY V AMBULANTNÍ PÉČI

KARDIOLOGIE / GASTROENTEROLOGIE PSYCHOLOGIE / ONKOLOGIE

Místo konání:

Na Pankráci 1690/125, 140 00 Praha 4

Registrace na konferenci:

www.ambulance21.cz

PŘEDBĚŽNÝ PROGRAM:

(případné změny vyhrazeny)

prof. MUDr. Jiřina Bartůňková, DrSc., MBA
Aplikace novinek z imunologického výzkumu v praxi

NOVÉ TRENDY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ing. David Šmehlík, MHA
Transformace primární péče

Daniel Soukup
Virtuální klinika EUC

MUDr. Andrea Pásztorová
Protonová radioterapie v léčbě karcinomu prsu

doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.
Využití poznatků humánní chronobiologie
v klinické praxi

KARDIOLOGIE

prof. MUDr. Petr Neuzil, CSc., FESC
Kam kráčíš česká kardiologie?

MUDr. Miloš Dobiáš
Jak zdravě hřešit

GASTROENTEROLOGIE

MUDr. Michal Pročke
Cholelitiáza – žlučové kameny
v každodenní praxi

MUDr. Petr Brandtl
Refluxní choroba jícnu a brániční dýchání

MUDr. Petra Rycková
NASH (nealkoholická steatohepatitida) a screening
hepatocelulárního karcinomu

PSYCHOLOGIE

Mgr. Aleš Kuda
Adiktologie z pohledu krátké intervence

Mgr. Marie Zemanová
Komunikace s onkologickým pacientem.
Psychohygiéna



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY



we make media

Náklady na inovativní léčbu lze vnímat jako investici do zdraví

Nové technologie a terapie jsou spojeny s očekávanými vysokými výdaji, které mohou budít obavy u plátců i dalších zainteresovaných skupin zdravotní péče. Moderní léčba však s sebou nese i nesporné výhody, mezi něž patří prodlužování života, návrat ke zdraví nebo vyšší kvalita života. Dopady inovativního průmyslu na zdravotní a sociální rozpočet se pokusila zmapovat studie Inovace pro život realizovaná Asociací inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). Výsledky budou prezentovány v průběhu letošní konference Zdravotnictví 2020. Více o studii nám prozradil výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček, MHA.

Co vás vedlo k myšlence realizovat tuto studii?

Podíváme-li se na činnost americké lékové agentury FDA v posledních několika letech, vidíme zde určitý charakteristický trend. Dochází k obrovskému nárůstu schvalovaných léčiv, která jsou významně jiná než v minulosti. Jen za poslední rok bylo 60 % registrovaných léčivých přípravků určeno na léčbu vzácných onemocnění. Jedná se například o léčbu kmenovými buňkami, genovou terapii a další inovativní postupy. Jde tu o jistý zlom. Poměrně nedávno jsme byli svědkem příchodu biologických léčiv, nyní jde o zcela nové technologie. Dochází tak k významnému milníku ve farmaceutickém vývoji, přičemž inovativní společnosti do nové léčby investují obrovské prostředky. To vše bude vyžadovat změnu vnímání jak ze strany farmaceutického průmyslu, tak ze strany spotřebitelů. Náklady na nové terapie jsou sice výrazně vyšší, na druhé straně dopad na kvalitu života pacientů je též nesrovnatelně větší.

Co bylo cílem uvedené studie?

Mnozí pacienti, jejichž prognóza byla ještě nedávno infaustní, se dnes úspěšně vyléčí, další přezívají podstatně delší dobu. Tyto skutečnosti nás vedly k tomu, že jsme začali přemýšlet, jak ukázat systému zdravotní péče, že je nutné změnit paradigma současného vnímání léčiv. Doposavad jsme lék chápali jako jednorázovou položku, výdaj, který s sebou nese výsledek v podobě zlepšení zdravotního stavu. V případě nové terapie tu však máme personalizovanou léčbu šitou na míru, která mimo jiné přináší výrazně vyšší kvalitu života a delší dobu přežití. Naším cílem je nyní zástupcům zdravotního systému vysvětlit, že se nových technologií a nákladnější terapie nemusí bát. Že s jejich nástupem nehrozí kolaps

zdravotního systému, stejně jako nedošlo ke zruinování zdravotního rozpočtu s příchodem biologické a centrové léčby. Potřebujeme se však na to vše podívat z různých úhlů: z pohledu sociálního a důchodového rozpočtu, domácí péče a podobně. Ukázat úsporu, kterou s sebou zavedení nových terapií přinese. Naším cílem bylo prokázat, že z širší perspektivy lze náklady na inovativní léčbu vnímat jako investici, která se promítne do řady oblastí. Že investice do zdravotní péče přináší úspory ve všech ostatních segmentech péče.

U kterých diagnóz je přínos inovativního farmaceutického průmyslu nejvýznamnější?

Pokusili jsme se vytipovat oblasti, u nichž je dopad na zdraví a přežití nejvyšší a které mohou posloužit jako model úspor ve zdravotním systému. Jako příklad můžeme uvést roztroušenou sklerózu. Náklady na moderní léčbu roztroušené sklerózy jsou enormní. Ale pacienti, pokud ji dostanou včas, jsou schopni setrvat v zaměstnání, nepřecházejí do invalidity, dokážou se o sebe postarat. Velmi dobré výsledky vidíme například u léčby revmatoidní artritidy, některých onkologických a chronických onemocnění, idiopatických střevních zánětů či diabetu mellitu.

Kdo se na realizaci kromě AIFP podílel?

A inspirovali jste se obdobnými studiemi ze zahraničí?

Studie, jejímž spoluautorem je poradenská společnost EY, probíhala ve spolupráci s prof. Ladislavem Duškem, Ph.D., ředitelem Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, který zpracoval analýzy z několika vybraných terapeutických oblastí. Makroekonomickou oblast nám pomohl zmapovat Ing. Miroslav Zámečník, příležitosti a budoucí možnosti dalšího vývoje jsme zpracovávali společně s Ing. Rut

Bízkovou, bývalou ředitelkou Technologické agentury ČR.

Nápad zrealizovat studii přišel přibližně před rokem. Vedly nás k tomu obdobné studie, které proběhly v Evropě. České zdravotnictví má nespornou výhodu v dostupnosti kvalitních informací – kromě obecně dostupných výstupů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Státního ústavu pro kontrolu léčiv jsme použili i vlastní data z klinických hodnocení a data od členských společností AIFP. V některých oblastech, například imunoterapie, zatím dlouhodobá data chybí. Naopak kvalitní informace byly k dispozici u léčby karcinomu prsu, kolorektálního karcinomu a karcinomu prostaty a dalších onemocnění.

Jaká zjištění tedy studie přinesla? Jaké jsou konkrétní dopady nových terapií na české zdravotnictví a českou ekonomiku?

V zásadě studie potvrdila přínos ve všech oblastech, které jsme sledovali. Máme tu obrovský benefit pro pacienty, ať již v podobě prodlouženého přežití, zkrácení pobytu v nemocnici, nebo lepší kvality života.

Ze studie vyplynuly i jasně pozitivní dopady v podobě úspor v sociální oblasti – zejména díky snižování počtu invalidních důchodů, brzkému návratu pacientů do pracovního procesu a zvýšené produktivity práce. Z pohledu zdravotnického rozpočtu se investice do inovací vrací například v podobě zkrácené doby hospitalizace, investicemi do vzdělání i spoluprací s nemocnicemi nejen na klinickém hodnocení.

Z pohledu ekonomického multiplikátoru je pak přínos inovativního farmaceutického průmyslu srovnatelný z oblastí informačních technologií či automobilového průmyslu. Jde tedy o průmysl s vysokou přidanou hodnotou v rámci českého hospodářství.

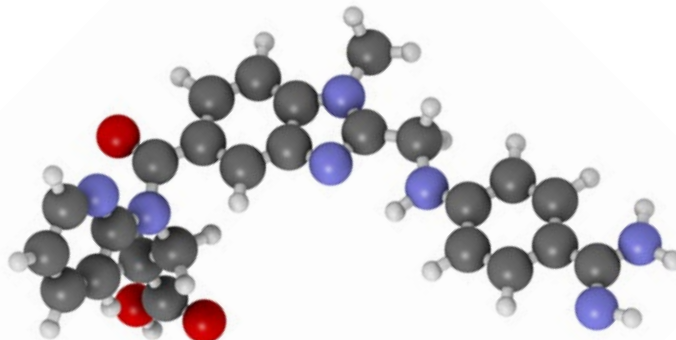
MUDr. Andrea Skálová

Studie RE-LY znamenala přelom v prevenci CMP

Desetileté výročí zásadní klinické studie RE-LY připomíná desetiletí inovací v oblasti prevence cévní mozkové příhody u pacientů s fibrilací síní.

Fibrilace síní je nejčastější setrvalou poruchou srdečního rytmu a může vést k až pětinasobnému zvýšení rizika ischemické cévní mozkové příhody (CMP). Celosvětově zasáhne CMP 15 milionů lidí ročně. Jedna třetina z nich v jejím důsledku zemře. V předchozích padesáti letech byl warfarin standardem péče o pacienty s fibrilací síní při prevenci CMP. I přes svou účinnost má ale warfarin řadu známých interakcí, které si žádají důsledné monitorování stavu pacienta.

Randomizovaná studie RE-LY, zveřejněná v časopise New England Journal of Medicine v září 2009, poprvé poukázala na to, že nová generace perorálních antikoagulancií (NOAC) je pro prevenci CMP u pacientů s fibrilací



síní bezpečnější a zároveň minimálně stejně účinná jako warfarin. Jednalo se o první významný vědecký pokrok v antikoagulační léčbě za více než padesát let. Studie srovnávala dabigatran etexilát s warfarinem v prevenci CMP u pacientů s fibrilací síní. Do programu klinických studií RE-VOLUTION bylo zařazeno více než 100 000 pacientů z celého světa.

Studie RE-LY však byla jen začátkem dlouhé cesty. Následné schválení prvního antidota (idarucizumab) v roce 2015 ujistilo lékaře i pacienty, že účinky dabigatranu lze rychle a účinně zvrátit při urgentních chirurgických zákrocích i při život ohrožujícím krvácení.

Zdroj: Boehringer Ingelheim (asa)

Foto: Shutterstock

Inzerce ▼ M191000099



Radost z jízdy

LIMITOVANÁ
NABÍDKA BMW X5

BMW X5 30d NYNÍ POUZE ZA 1.350.000 Kč BEZ DPH

Více informací získáte na e-mailu lekarum@renocar.cz nebo na telefonu 548 141 599.

RENOCAR Brno-Slatina
Řípská 5c, 627 00 Brno-Slatina
+420 548 141 548, info@renocar.cz
www.renocar.cz

RENOCAR Praha-Čestlice
Lipová 280, 251 01 Praha-Čestlice
+420 261 393 600, info@renocar.cz
www.renocar.cz

RENOCAR Praha – Kongresové centrum
5. května 1640/65, 140 00 Praha 4 – Nusle
+420 261 393 690, bmwpraha@renocar.cz
www.renocar.cz

Je třeba zlepšit dostupnost moderních antidiabetik

V souvislosti se Světovým dnem srdce (29. září) upozornili odborníci na nedostatečné nasazování moderních léků, které mohou významně přispět ke snížení kardiovaskulárního rizika u diabetu mellitu 2. typu. Za Českou kardiologickou společnost se k problematice vyjádřil mimo jiné **prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.**, z II. interní kliniky – kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Počet pacientů s diabetem mellitem 2. typu (DM) narůstá. V České republice jím trpí každý desátý člověk. Lidé s diabetem jsou přitom oproti ostatním více ohroženi kardiovaskulárními chorobami. Jejich prognózu však mohou zlepšovat moderní léky, mezi něž patří skupina gliflozinů.



Nebezpečné spojení – diabetes a srdeční selhání

Úmrtí z kardiovaskulárních příčin zaujímá stále prvenství v žebříčku mortality. Ačkoliv Česká republika stojí na špičce v péči o pacienty s infarktem myokardu, řada z těchto pacientů paradoxně díky tomu dospěje do stavu chronického srdečního selhání. Mnozí z nich navíc trpí diabetem. A kombinace obou onemocnění významně zvyšuje riziko úmrtí na kardiovaskulární komplikace.

Diabetes mellitus s sebou přináší řadu přidružených komplikací. Mezi nejzávažnější patří postižení srdce a cév, které je diagnostikováno téměř u 70 % pacientů s diabetem. I proto se dnes už běžně používá termín „kardiabetes“. V péči kardiologů se pacienti s DM objevují běžně – z pacientů se srdečním selháním jich trpí diabetem mellitem třetina až polovina. „Infarkt myokardu u pacienta s diabetem znamená ztrátu

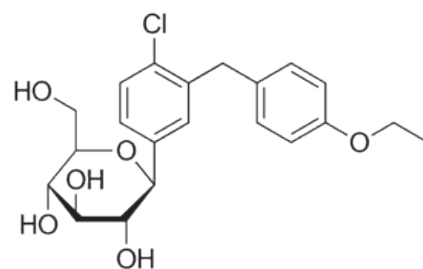
12 let života. Každé opatření, které zlepšuje prognózu pacientů s diabetem, je proto zásadní,“ vyzdvihl prof. Linhart.

Glifloziny – přelomová data

Výsledky velkých klinických studií přinesly před několika lety důkazy o významném snížení kardiovaskulární mortality u pacientů užívajících glifloziny. Podle dostupných dat snižují glifloziny riziko kardiovaskulárních komplikací až o 38 %.

„Původní antidiabetická léčiva, například metformin či inzulin, řešila léčbou zvýšené hladiny cukru v krvi prevenci mikrovaskulárních poškození, léky však nedokázaly účinně snížit riziko makrovaskulárních obtíží, tedy poškození větších cév, tepen a srdce. Některé starší přípravky nejenže v tomto ohledu nepomáhaly, ale dokonce měly přímo negativní dopad. Díky gliflozinům dochází u pacienta k úbytku hmotnosti pomocí odbourávání tukové tkáně, nikoli pomocí odvodňování nebo redukce svalové hmoty. Tím dochází také k důležitému poklesu krevního tlaku,“ vysvětlil Aleš Linhart.

Preskripce gliflozinů je zatím omezena pro diabetology. Snahou odborníků je však zlepšit dostupnost těchto léků pro pacienty. Podle prof. Linharta



Illustrace: Shutterstock

jsou dosavadní jednání s pojišťovnami o úhradě moderních antidiabetik nadějná.

Sezení zabíjí

I když jsou k dispozici účinné léky, nelze se spoléhat jen na ně a zapomínat na prevenci. Významnou roli v rozvoji kardiovaskulárních onemocnění a diabetu mellitu hraje životní styl. Pacient s diabetem by měl dodržovat zdravou životosprávu, omezit případné kouření a mít pravidelný pohyb. To vše je zárukou zvýšení kvality života a snížení mortality. Negativně se uplatňuje zejména sedavý způsob života. „Na chůzi se občas pohlížej jako na nevýznamnou fyzickou aktivitu, avšak opak je pravdou. Pro snížení rizika kardiovaskulárních komplikací stačí ujit denně šest tisíc kroků,“ řekl profesor Linhart. Bez nadsázky lze podle něj říci, že sezení zabíjí.

(asa), foto: archiv Aleše Linharta

Inzerce ▼ M191000332



Boehringer Ingelheim

Letecké záchranáře čekají nové výzvy

Ministerstvo zdravotnictví vypsal v říjnu tendr na nové provozovatele letecké záchranné služby. Nově mají soukromé společnosti zajišťovat dvě střediska, na kterých dosud operoval stát. Jedním ze zájemců je společnost Air-Transport Europe (ATE), která letos obhájila provoz všech středisek letecké záchrany na Slovensku a úspěšně funguje už dva roky v Olomouckém kraji. O tom, co může ATE českému zdravotnictví nabídnout, jsme si povídali s jejím jednatelem Milanem Hoholíkem, který stál u založení letecké záchrany v bývalém Československu.

Co vás vedlo k založení letecké záchrany?

Jako horský záchranář jsem měl denně před očima utrpení lidí, kteří se v Tatrách zranili, a my jsme je na nosítkách nesli terénem i několik hodin. Než se dostali do nemocnice, uběhlo několik hodin a nejednou se stalo, že během náročného a dlouhého transportu svým zraněním podlehli. Věděl jsem, že rychlý transport do nemocnice by mohl mnohdy zachránit život či alespoň zmírnit následky jejich zranění.

Můžete zavzpomínat, jaké byly začátky jedné z prvních soukromých leteckých společností v tehdejší Československu?

Leteckou záchranku jsem založil v roce 1991 a potýkal jsem se s podobnými obtížemi jako všichni soukromí podnikatelé v tomto období. Naráželi jsme zejména na problémy s legislativou, která nebyla pro soukromé podnikání v letectví dotažena. V zákonech byly dlouho mezery, které nás omezovaly, změny v legislativě se dělaly za pochodu a někteří státní úředníci jen velmi těžko chápali, jak vlastně soukromý letecký provoz funguje.

Jaké typy vrtulníků jste tehdy používali?

Začínali jsme s typy, které byly v té době již zavedeny. Šlo o ruské vrtulníky Mi-2 a Mi-8. Je třeba si připomenout, že na začátku devadesátých let se západní technika teprve začínala dovážet, takže jsme neměli zkušenosti s jejím provozem a údržbou. Zmiňované ruské vrtulníky byly velmi spolehlivé, ovšem nevyhovovaly podmínkám pro leteckou záchrannou službu. Největší problém pro nás představovaly hornaté oblasti, kde tyto stroje narážely na svá omezení. Jejich výkonové parametry zkrátka nedovolovaly bezpečný provoz ve Vysokých Tatrách. Proto jsme se začali rozhlížet po

západních typech vrtulníků, které umožňovaly bezpečné zásahy i ve vyšších nadmořských výškách.

Naše společnost se výrazně posunula, když jsme si pořídili sice již používaný, ale na tu dobu stále velmi výkonný a vhodný vrtulník francouzské značky Alouette AS 316B. Ten se s velkým úspěchem využíval v Alpách, ovšem byl jednomotorový, zatímco všeobecným trendem bylo pro větší bezpečnost využívat dvoumotorové stroje. Postupně jsme proto do naší flotily začali zařazovat typy Ecureuil AS 355 ve verzích F1, F2 a N, které splňovaly požadavky kategorie 1A, a následně se nám podařilo uzavřít smlouvu se světově uznávanou leteckou záchrannou službou REGA a postupně opatřit osm vrtulníků Agusta A 109 K2, jež byly vyvinuty speciálně pro potřeby letecké záchranné služby v horských oblastech. V posledních letech jsme do naší letky přidali ještě vrtulníky Bell 429.

Čím se ATE odlišuje od ostatních provozovatelů záchranné letecké služby?

Odlišujeme se hlavně tím, že nejsme jen odborníky v letectví, ale vlastníme zároveň licenci na poskytování zdravotní péče. Na Slovensku totiž funguje systém letecké záchranné služby způsobem, že poskytovatel zajišťuje jak letecký transport, tak zdravotní péči. V řadách našich zaměstnanců jsou tedy piloti, lékaři, záchranáři i mechanici a my se staráme, abychom udrželi a zvyšovali jejich kvalifikaci, pořizovali zdravotnické přístroje, materiál, léky, abychom zajišťovali jejich uskladnění, a spoustu dalších věcí. Na Slovensku jsme také ze zákona povinni mít k dispozici sanitní letadlo pro případ repatriace pacientů ze zahraničí nebo pro účely transplantčního programu.

Pokud bych to měl srovnat se situací v České republice, tak na Slovensku toho musíme zvládat mnohem víc – zajistit si vlastní hangár, zázemí pro posádky



Foto: 2x archiv ATE

i palivové hospodářství. Toto všechno dostane v Česku provozovatel, který vyhraje tendr na poskytování letecké záchranné služby, k dispozici.

Dají se v leteckém záchranářství vysledovat nějaké trendy?

V západní Evropě je aktuálním trendem zavádět létání podle přístrojů, tedy IFR. Zatím se létá takzvaně podle vidu, pro což se používá označení VFR. Dalším trendem je používat vrtulníky větší váhové kategorie s prostornější kabinou. V říjnu se konala v polském městě Zakopané každoroční konference International Commission for Alpine Rescue, které jsme se jako členi zúčastnili. Tři výrobci vrtulníků zde prezentovali své stroje pro leteckou záchranu v horách – Airbus EC 145, AgustaWestland 169, a Bell 429. Právě ony jsou prototypem stroje s větší a prostornější kabinou a vyšší maximální vzletovou hmotností oproti například stroji EC 135, který létá v Čechách. Z trendů pak musím určitě zmínit i neustálé zvyšování bezpečnosti leteckého provozu, v rámci něhož se klade velký důraz na povinné a pravidelné výcviky.

Vrtulníky se využívají hlavně při záchraně lidí v nepřehledném terénu. Máte pro ně ještě další uplatnění?

V terénu zasahujeme nejčastěji při dopravních nehodách, úrazech lesních pracovníků v nedostupném terénu a také při úrazech turistů, horolezců a lyžařů. Vrtulníky však zajišťují i sekundární převozy pacientů mezi nemocnicemi, specializované převozy novorozenců dětí v inkubátoru nebo převozy pro účely transplantčního programu. Intenzivně také spolupracujeme s horskou záchrannou službou při přepravě jejich týmů nebo lavinových psů a s hasičským záchranným sborem při monitorování požárů.

Jste spokojeni se spoluprací se spádovými nemocnicemi na Slovensku?

Čas od času se sice vyskytnou drobné nedostatky, obecně jsme však spokojeni. Naší výhodou je, že už máme díky dlouhodobé spolupráci zaběhnuté vztahy, vřdyť už s nemocnicemi spolupracujeme téměř osmadvacet let.

Air-Transport Europe (ATE) má své hlavní sídlo v Popradě, jeho operační střediska se dále nacházejí i v Bratislavě, Nitře, Trenčíně, Žilině, Banské Bystrici, Košicích a od roku 2017 také v Olomouci.

Milan Hoholík

Milan Hoholík (68 let) je spoluzakladatelem a jednatelem společnosti Air-Transport Europe (ATE), kterou letos dovedl k obhajobě provozu všech sedmi středisek letecké záchranné služby na Slovensku.

V prostředí záchranné služby se pohyboval nejprve čtrnáct let jako záchranář slovenské horské záchranné služby, poté jako záchranář vrtulníkové služby. Po získání pilotního průkazu a potřebných zkušenostech sloužil pět let jako pilot záchranářského vrtulníku ATE. Od roku 2011 se plně věnuje vedení společnosti.

Je členem Spolku horských vůdců ve Vysokých Tatrách a držitelem licence nejvyššího vzdělání horského vůdce UIAGM, která ho opravňuje vést horolezecké, ledovcové a skialpinistické túry po celém světě. V rámci návštěvy papeže Jana Pavla II na Slovensku měl tu čest doprovázet ho při vyhlídkovém letu nad Vysokými Tatrami.



A jak se povedlo nastavit vztahy s českými zdravotníky?

Konkurence soukromých provozovatelů letecké záchranné služby je v Česku velmi silná a jako nováček jsme to zpočátku neměli vždy jednoduché. Museli jsme si zvyknout na nový systém, navázat spolupráci s lokální záchrannou službou a také jsme museli lékaře a záchranáře posadit do nového vrtulníku. Důvěru si bylo nezbytné postupně vybudovat, nic jsme nedostali zadarmo.

ATE pořádá také záchranářské výcviky.

Kdo je může absolvovat?

Výcviky děláme zejména pro vlastní potřeby, ale poskytujeme i cvičení pro jiné složky integrovaného záchranného systému, se kterými v praxi spolupracujeme. Nejčastěji jde o příslušníky horské záchranné služby, kteří se potřebují zdokonalovat v technických akcích ve Vysokých Tatrách. Naše společnost má rovněž schváleno výcvikové středisko pro piloty a mechaniky, kde poskytujeme typové výcviky pro vrtulníky Augusta A 109 K2, Bell 429 a Eurocopter AS 355. Školíme tu jak vlastní piloty, tak piloty ze zahraničí. Školními lavicemi ATE prošli v posledních letech například piloti z Velké Británie, Turecka či Ruska.

Práce ve zdravotnictví bývá pro zaměstnance velmi náročná. Jak o ně pečujete, abyste předešli syndromu vyhoření?

Naše aktivity zasahují do mnoha oblastí. Soustředíme se na výcviky a školení, které rozšiřujeme i nad rámec zákonných

povinností. Jako příklad můžu uvést lavinový kurz, který jsme realizovali ve Slezském domě, protože jsme věděli, že je toto téma pro záchranáře zajímavé. Součástí školení bývají „teambuildingy“, během nichž se lidé odreagují od běžných povinností. V našem týmu máme mnoho zaměstnanců, kteří se ve svém volném čase věnují sportu, a pokud se rozhodnou společně se účastnit některých závodů nebo akcí, firma je v tom ráda podpoří.

Cílem každé větší společnosti je co nejvíce expandovat, ale zároveň udržet vysokou kvalitu služeb. Jaké jsou vaše cíle?

To samozřejmě hodně závisí na možnostech a příležitostech, které se nám naskytnou. V nejbližší době bychom rádi expandovali v Čechách a bedlivě sledujeme třeba zavedení systému letecké záchranné služby v balkánských zemích. Na Slovensku už si naše firma svou pozici upevnila – získali jsme povolení na provozování všech středisek vrtulníkové záchranné služby na dalších šest let.

Ministerstvo zdravotnictví nedávno vypsaló výběrové řízení na provozovatele osmi krajských leteckých záchranných a dvou dalších středisek, které doposud zajišťovaly policejní a armádní vrtulníky. Zúčastníte se ho?

Zatím můžu potvrdit, že máme zájem se do výběrového řízení zapojit, a už jsme se zúčastnili nebo se ještě zúčastníme prohlídek jednotlivých středisek letecké záchranné služby. Na základě toho se pak rozhodneme, v jakém rozsahu se do výběrového řízení zapojíme. (red)



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner
v hematologii-onkologii

Gilead Sciences s.r.o.
Empiria (Regus), Na Strži 1702/65
140 00 Praha 4, Česká republika

Kongres završil Týden sociálních služeb ČR

Od 7. do 13. října probíhal již tradiční Týden sociálních služeb ČR pořádaný Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Po celé České republice se konaly konference, kongresy, workshopy, veletrhy sociálních služeb, výstavy, ale i celostátní dny otevřených dveří poskytovatelů sociálních služeb.

První den Týdne sociálních služeb ČR byly v prostorách opatství Emauz v Praze vyhlášeny výsledky výtvarné soutěže Šťastné stáří očima dětí. Cílem soutěže je symbolicky propojit obě generace, pomoci odstranit předsudky o stáří a navázat spolupráci mezi školami a domovy pro seniory. Ceny dětským výhercům, kteří nejlépe ztvárnili svůj pohled na stáří, předala náměstkyně ministryně práce a sociálních věcí Zuzana Jentschke Stöckelová, prezident APSS ČR Jiří Horecký a akademický malíř Kristian Kodet. Hostem byl také velvyslanec Státu Izrael v České republice Daniel Meron, který převzal ceny pro děti v rámci nové mezinárodní kategorie.

Hlavní událostí celého „Týdne“ byl dvoudenní XI. výroční kongres poskytovatelů sociálních služeb, který odstartoval ve čtvrtek 10. října v Táboře. V rámci čtvrtletního bohatého programu, kterého se zúčastnilo více než 700 lidí, vystoupili například ministryně práce a sociálních věcí Jana Maláčová, senátor Parlamentu ČR Marek Hilšer, emeritní přednosta III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol Pavel Pafko, náměstek pro zdravotní péči MZ ČR Roman Prymula či herečka a dabérka Ilona Svobodová. Dopoledního programu se zúčastnil



i velvyslanec Státu Izrael Daniel Meron, za jehož přítomnosti bylo slavnostně představeno Sociální centrum česko-izraelské spolupráce, jež vzniklo pod hlavičkou APSS ČR. Páteční kongresový program byl rozdělen do odborných sekcí, a to sekce ekonomicko-provozní, sociální a zdravotní. Součástí programu tvořily i dva workshopy, a to Reforma psychiatrické péče – mýty a skutečnosti; a workshop Terapie agresivity zážitkem.

V průběhu galavečera, jenž byl předělem dvou kongresových dní, byly slavnostně předány certifikáty Značky kvality v sociálních službách (certifikát

obdrželo 14 zařízení sociálních služeb, z toho poprvé v historii i dvě slovenská zařízení) a diplomy Certifikovaný manažer v sociálních službách. Udělena byla i Cena APSS ČR za dlouhodobý přínos sociálním službám, kterou v tomto roce obdržela Andrea Tajanovská, zakladatelka organizace STROOM DUB, specialistka na komunitní plánování, spoluzakladatelka Institutu vzdělávání, lektorka, vývojářka vzdělávacích programů, členka redakčních rad časopisů Sociální služby a Listy sociální práce a předsedkyně Profesionálního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách APSS ČR.

Zdroj a foto: APSS ČR (red)

Inzerce ▼ M19100012



APSS ČR vás zve na konferenci

ZDRAVOTNÍ PÉČE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V ROCE 2020

12.–13. 2. 2020 | Hotel Palcát, Tábor

V rámci dvou konferenčních dní proběhne i galavečer.
Program a přihlášení: www.apsscr.cz, sekce Konference & Kongresy & Semináře



Konference je akreditována
Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.



Úloha dialyzačních sester

Role dialyzačních sester ve sdíleném rozhodnutí o léčbě pacienta je zásadní, zaznělo na 48. mezinárodní nefrologické konferenci EDTNA/ERCA, která se konala v polovině září v Praze.

Peritoneální dialýzou, kterou pacient provádí sám v pohodlí domova, je v České republice léčeno jen asi 6–8 procent pacientů. A právě tato forma léčby byla mimo jiné tématem letošního 48. ročníku mezinárodní konference EDTNA/ERCA (Evropská asociace dialyzačních a transplantačních sester / Evropská asociace renální péče), která proběhla v září v Praze.

Dostatečná edukace dává pacientovi větší prostor pro rozhodnutí o léčbě, což ukazují například data z průzkumu mezi dánskými pacienty, kde 72 procent dobře poučených pacientů preferuje domácí dialýzu. „Při peritoneální dialýze je velký podíl zodpovědnosti za léčbu na samotném pacientovi. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že pokud pacient spolupracuje, komunikuje a naslouchá, má tato metoda nesporné výhody a dokáže zachovat velmi dobrou kvalitu života pacienta,“ říká Diallo Fatou, zdravotní sestra ze strahovského Interního oddělení VFN Praha, která se specializuje na peritoneální dialýzu.

Ideální péče o dialyzované pacienty by měla být multidisciplinární. V České republice trpí selháním ledvin, které vyžaduje dialyzační léčbu, asi sedm tisíc osob. Většina z nich skončí na hemodialýze. Moderní medicína přitom nabízí i komfortnější a šetrnější variantu léčby v podobě peritoneální dialýzy, kdy se pacient v domácím prostředí dialyzuje sám. „I přesto, že je peritoneální dialýza u nás dostupná už čtyřicet let, její potenciál není stále dostatečně využíván a pacientů léčených touto metodou je mizivý podíl,“ říká Vladimíra Bednářová, vedoucí Ambulance peritoneální dialýzy na Klinice nefrologie VFN v Praze a dodává: „Pacienti na peritoneální dialýze mají minimální omezení a díky neustálému vývoji máme nyní k dispozici i moderní zařízení s telemedicínskou platformou, díky němuž máme proces léčby pacienta pod každodenní kontrolou a můžeme na případné výkyvy okamžitě reagovat.“ (red)

Vzdělávací kurzy a programy

Přinášíme výběr z připravovaných vzdělávacích akcí pro ošetrovatelský personál, které se budou konat v listopadu a v prosinci.

Interní auditor v zařízeních poskytujících zdravotní služby

Téma: Základní charakteristika systémů managementu kvality ve zdravotnictví. Charakteristika a cíle interního auditu, základní pojmy a požadavky založené na normě ČSN EN ISO 19 011. Role zainteresovaných osob v procesu interního auditu. Fáze interního auditu. Tvorbě kontrolního listu, plánu interního auditu, protokolu o neshodě/zjištění a zprávy o interním auditu – praktické návky.

Určeno pro obory: Všeobecná sestra, Dětská sestra, Porodní asistentka, Ergoterapeut, Radiologický asistent, Zdravotní laborant, Zdravotně-sociální pracovník, Optometrista, Ortoptista, Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, Nutriční terapeut, Zubní technik, Dentální hygienistka, Zdravotnický záchranář, Farmaceutický asistent, Biomedicínský technik, Radiologický technik, Adiktolog, Behaviorální analytik, Fyzioterapeut, Klinický psycholog, Klinický logoped, Zrakový terapeut, Radiologický fyzik, Odborný pracovník v laboratorních metodách a přípravě LP, Biomedicínský inženýr, Odborný pracovník v ochraně a podpoře VZ, Ortoticko-protetický technik

Termín: 8.-11. listopadu

Místo: NCO NZO, Vinařská 963/6, Brno

Pořadatel akce: Katedra managementu, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů

Registrace na akci: <https://www.nconzo.cz>

Sympozium intenzivní péče

Téma: Intenzivní péče 21. století z pohledu sestry. Specifika klinických oborů intenzivní péče. Aplikovaný klinický výzkum v intenzivní péči.

Termín: 28. listopadu, od 9.00 do 17.30

Místo: Best Western Hotel Vista Ostrava, Kpt. Vajdy 2, Ostrava

Pořadatel akce: Fakultní nemocnice Ostrava KARIM, Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Aesculap Akademie

Registrace na akci: <https://czsk.aesculap-academy.com/>

6. podzimní pracovní den

Téma: Emoce a psychosomatické symptomy IBD, partnerský a sexuální život. Specifika perorálního podávání léčiv u pacientů se stomií.

Termín: 3. prosince, od 9.00 do 16.00

Místo: Vondráčkova posluchárna Psychiatrické kliniky, Ke Karlovu 11, Praha 2

Přednášející: MUDr. Radkin Honzák, CSc., Doc. PhDr. Laura Janáčková, CSc., PharmDr. Irena Štenglová Netíková, Ph.D. Registrace na akci www.cnaa.cz

Pořadatel akce: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve spolupráci s Traumatologicko-ortopedickou sekci ČAS

(red)



Krajská zdravotní podpoří deset projektů

Deset z jedenácti přihlášených projektů uspělo v interní grantové soutěži Krajské zdravotní pro rok 2019. Soutěž vyhlásil generální ředitel společnosti po předchozím schválení představenstvem 29. 3. 2019, na podání žádosti měli zájemci rovný měsíc. Zhodnocení návrhů projektů provedla grantová komise Krajské zdravotní ve spolupráci s pracovišti odpovědnými za hodnocení formálních náležitostí projektů a ekonomické hodnocení žádostí.

„Předpokladem pro zařazení do soutěže bylo předložení maximálně dvouletého grantového projektu. Bylo možné předkládat žádosti na nové i probíhající projekty. Financování šestého kola interní grantové soutěže je dle schváleného finančního plánu zajištěno z vlastních zdrojů společnosti. Ukončení projektů je naplánováno nejpozději na 21. červenec 2021. Alokace výzvy byla tři miliony korun, maximální výše rozpočtu jednoho projektu 500 000 korun.

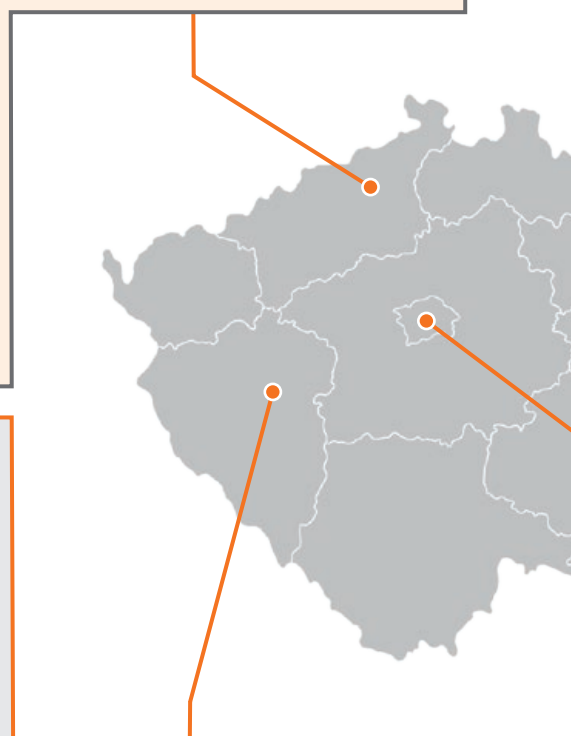
Souhrnný rozpočet projektů doporučených komisí k podpoře dosahuje výše 2 978 142 korun.

Vědecko-výzkumné práce doporučené k podpoře jsou zaměřeny na vybraná, badatelsky a společensky závažná témata z neurochirurgie, neurologie, ORL a chirurgie hlavy a krku, úrazové chirurgie, dětského lékařství, neonatologie, lékařské genetiky, infekčního lékařství, ošetrovatelství a dalších oborů.

Stěžejní aktivity se týkají mimo jiné výzkumu efektu chirurgické terapie syndromu spánkové apnoe u pacientů léčených neinvazivní ventilací, nefarmakologického tlumení bolesti při odběru krve ze žíly u předškolních a školních dětí v ambulantní praxi, identifikace faktorů ovlivňujících klinický výsledek u pacientů s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou léčených mechanickou trombektomií, využití cíleného sekvencování nové generace u pacientů s mentální retardací a vrozenými vývo-

jovými vadami, nové metody laboratorní diagnostiky lymeské boreliózy, objektivní kinetické a 3D kinematické analýzy změn pohybových vzorců chůze po spondylochirurgických výkonech, cirkulujících endometriálních buněk v diagnostice a léčbě hrudní endometriózy, endoskopické laváže intraventrikulárního krvácení novorozenců, auxetického humerálního hřebu, experimentálního modelu studia zánětlivých změn u intrakraniálních aneurysmat.

Zdroj: KZ (red)



Nový urgentní příjem ve Fakultní nemocnici Plzeň

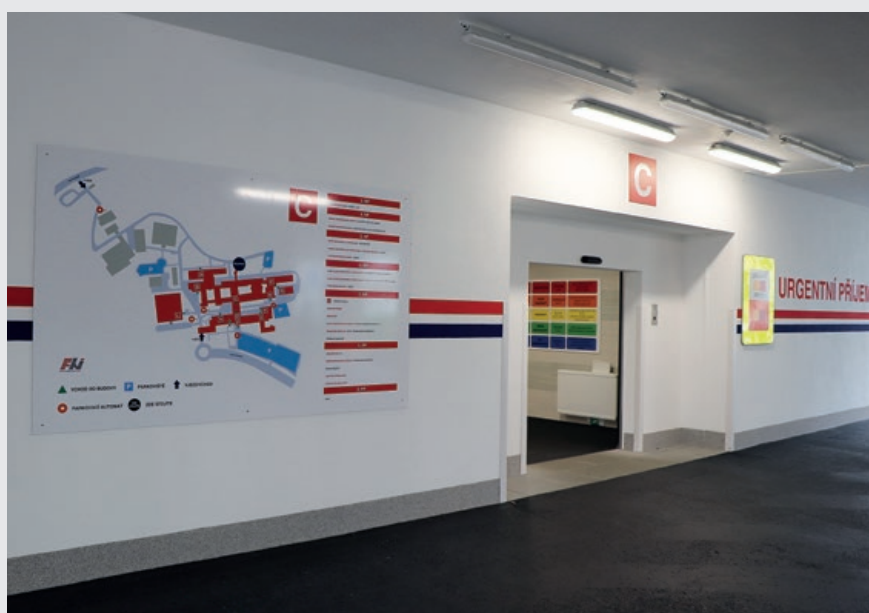
Ve středu 9. října byl slavnostně otevřen nový urgentní příjem Fakultní nemocnice Plzeň. Téměř stomilionová investice je jedním z největších projektů FN Plzeň v tomto roce. Rekonstrukce původního centrálního příjmu započala v listopadu 2017 a probíhala v plném provozu. Díky novému urgentnímu příjmu byl navýšen počet ambulancí, zvětšily se čekárny, rozšířily se chodby, k dispozici je zcela nový observační sál s 13 akutními lůžky.

Slavnostního otevření se zúčastnili předseda vlády České republiky Andrej Babiš, ministr zdravotnictví Adam Vojtěch a ministryně pro místní rozvoj ČR Klára Dostálová.

Urgentní příjem FN Plzeň je jediným svého druhu v Plzeňském kraji. V nepřetržitém provozu je zde poskytována akutní zdravotnická péče pacientům s interním, kardiologickým, chirurgickým a neurologickým onemocněním,

samozřejmě součástí je také traumatologická ambulance. Ročně je zde ošetřeno více než 55 000 pacientů.

Zdroj a foto: FN Plzeň (red)



Elektronické lékařské zprávy v Náchodě

Už více než osm desítek praktických a odborných lékařů z Náchodska využívá elektronický systém eZpráva, další lékaři se do systému v těchto týdnech přihlašují. Na Náchodsku tak již funguje třetí největší síť v ČR. Projekt představil během října zájemcům z řad odborné veřejnosti primář dialyzačního střediska v Mostě Petr Machek.

Žádanky na vyšetření, laboratorní výsledky nebo závěry odborných vyšetření putují díky eZprávě mezi lékaři, nemocnicí a laboratoři v reálném

čase, podobně jako například u e-mailu. Lékař, který například propouští pacienta z nemocnice při sepisování zprávy, pouze klikne, že kopii dokumentu má dostat pacientův praktický lékař, kterému ihned zpráva přijde do jeho počítače. Stejně tak funguje systém elektronické komunikace mezi ordinacemi a nemocničními laboratoři. Náchodská nemocnice do eZprávy připojila také svá lůžková oddělení. „Projekt eZprávy je skvělým způsobem, jak více chránit citlivá data pacientů. Proto jsme elektronický přenos lékařských zpráv začali v našem regionu rozvíjet už před rokem. Pro nemocnici je výhodný i ekonomicky,“ vysvětluje ředitelka Oblastní nemocnice Náchod Ivana Urešová.

Elektronické předávání informací o zdravotním stavu pacienta ulehčuje práci jak praktikům a specialistům, tak i pacientům, kteří už nemusí přenášet papíry z jedné ordinace do druhé. Informace o výsledcích vyšetření proudí mezi lékaři spolehlivě a rychle. Lékařům díky eZprávě také ubyla administrativa – neustálé přepisování nálezů z lékařských zpráv do své kartotéky. Aktuálně je



připojeno více než 1800 zdravotnických organizací z celé ČR a lékaři si prostřednictvím eZprávy denně zasílají přibližně 6500 zpráv.

Do systému se v současnosti připravuje například také implementace e-neschopenek. Největším benefitem systému je podle jeho zakladatele odstranění nedorozumění mezi lékaři: „Stává se, že pacient nedoručí lékařskou zprávu od jednoho lékaře k druhému a pak nedokáže odpovědět na otázku, jaké mu odborný lékař předepsal léky. Díky eZprávě přijde praktickému lékaři tato informace dříve, než pacient opustí ordinaci specialisty,“ zdůrazňuje Petr Machek. .

Zdroj a foto: ONN (red)

První telerehabilitační kontejner na světě pokřtěn

Česká asociace robotiky, telemedicíny a kybernetiky ARTAK ve spolupráci s nadačním fondem REGI Base I. slavnostně předali historicky první mobilní telerehabilitační kontejner (MTJ) do užívání zraněnému hasiči nadstrážmistru Robertu Gyömbéroví.

Slavnostního předání dne se zúčastnili duchovní otcové projektu – prezident České asociace robotiky, telemedicíny a kybernetiky ARTAK Jakub Pětiočý a předseda správní rady nadačního fondu REGI Base I. Hynek Čech.

Premiérově instalovaný MTJ umožňuje telerehabilitační a distanční terapii v domácím prostředí klientů s potřebou dlouhodobé rehabilitační péče. Obsahuje několik specializovaných cvičebních míst zaměřených na podporu

vybraných funkcí. Vybavení kontejneru záleží na potřebných terapiích. Do připojených počítačů lze nainstalovat programy na trénink mozku, s pomocí senzorů i trénink pohybu a stability trupu. Získaná data ze cvičení se přenášejí na dálku do databáze a vzdáleně lze sledovat výkon pacienta nebo systém vzdáleně přenastavit. Klient přitom cvičí blízko svého domova a nemusí řešit dopravu do rehabilitačního pracoviště. Rehabilitační pracovník pracuje stále na svém pracovišti. Mobilní telerehabilitační jednotku vyvinula Česká asociace robotiky, telemedicíny a kybernetiky ARTAK ve spolupráci s nadačním fondem REGI Base I. Dalšími partnery celého projektu jsou dodavatel kontejneru Algeco, realizátor hardwarového a softwarového řešení



Robotsystem. Na vývoji se dále podílely „spin-off“ firma 1. LF UK Homebalance, Společné pracoviště biomedicínského inženýrství FBMI ČVUT a 1. LF UK, Cesta za snem a Rehamza.

Zdroj a foto: RB

10. kardiologický den Petra Niederleho

Už po desáté se letos konala odborná konference Kardiologický den Petra Niederleho. Novinkou letošního ročníku byla sekce přednášek pro pacienty. Zájemci z řad veřejnosti se na nich dozvěděli užitečné informace o tom, co dělat při potížích se srdcem, infarktu myokardu, vysokém krevním tlaku a dalších onemocněních srdce, jaký je život s kardiostimulátorem či defibrilátorem, jaké jsou možnosti výzkumu nebo jak funguje česká kardiologie v celorepublikovém zdravotnickém systému. Jedním z témat konference bylo srdeční selhání. Současnou terapii přibližují prof. Petr Neužil a doc. Filip Málek v následujícím článku.

Odhaduje se, že srdečním selháním trpí 2 % populace vyspělých zemí, a předpokládá se zvýšení výskytu do roku 2030 až o 50 %. Vzestup výskytu srdečního



selhání je dán stárnutím populace a paradoxně úspěchy moderní medicíny. V posledních 30 letech vedlo zdokonalování léčebných postupů a jejich uvádění do praxe k prodloužení přežití a snížení počtu hospitalizací až o 20 %. Více pacientů přežívá infarkt myokardu, který je stále hlavní příčinou pozdějšího rozvoje srdečního selhání. Vysokého věku se dožívá i stále více pacientů s arteriální hypertenzí a diabetem mellitem, což jsou další významné rizikové faktory pro rozvoj srdečního selhání. Zlepšuje se také diagnostika, proto nyní zjišťujeme srdeční selhání častěji, než tomu bylo například před 20 lety.

Až 5 % občanů ve věku nad 60 let trpí srdečním selháním a přitom má na první pohled dobrou srdeční stažlivost. Odhalit srdeční selhání jako příčinu dušnosti u těchto nemocných není snadné, neboť jde o nemocné s celou řadou přidružených nekarardiálních onemocnění, včetně plicních. Pacienti mohou mít další důvody pro námahovou dušnost nebo horší toleranci zátěže. Evropská odborná společnost pro srdeční selhání vydala v letošním roce revizi doporučených diagnostických postupů, která by měla napomoci lépe identifikovat tyto jedince.

Diagnóza srdečního selhání spočívá v rozboru příznaků a v průkazu poškození srdečních struktur a funkce. K rozvoji srdečního selhání může dojít následkem

řady srdečních onemocnění, proto je nezbytné při diagnostice stanovit i příčinu. Mezi moderní diagnostické metody patří echokardiografie, která je nejdostupnější a slouží k vyšetření srdeční struktury i funkce. Používá se dvourozměrná, nově i trojrozměrná echokardiografie a dopplerovské metody při hodnocení pohybu krevních elementů v srdci a pohybu srdečních tkání. Mezi další nezbytné vyšetřovací metody patří počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance a srdeční katetrizace s vyšetřením koronárních tepen (selektivní koronarografie) a pro vyšetření tlaků v srdečních oddílech (pravostranná srdeční katetrizace).

Výzkum v posledních letech přinesl řadu novinek jak v oblasti farmakologické léčby srdečního selhání, tak v oblasti nefarmakologických metod. Mezi novinky ve farmakoterapii patří takzvaná duální inhibice nadměrné neurohumorální aktivity souběžně s inhibicí degradace prospěšných vazoaktivních peptidů. Zcela aktuální jsou výsledky klinického výzkumu s novými léky ze skupiny antidiabetik, které rovněž příznivě ovlivňují průběh srdečního selhání.

Nefarmakologické metody ovlivňují takzvaný proces srdeční remodelace. Remodelace (zejména levé komory) je v podstatě ztráta ušlechtilého tvaru srdeční komory. Srdeční komora se následkem různých chorobných procesů rozšiřuje a zhoršuje se její vypuzovací funkce. Nepříznivá remodelace vzniká například při hojení velkého infarktu myokardu. Tento proces je možné zmírnit pomocí léků, ovlivnit ho lze i mechanicky.

Ve výzkumu jsou méně invazivní a katetrizační metody, které se provádějí na bijícím srdci – tedy bez nutnosti otevření



kardiologické operace. Jako příklad je možné uvést systém Revivent, kterým se šetrně odstraňuje nefunkční část jizvy po srdečním infarktu. Tento

hybridní výkon provádí kardiolog spolu s kardiochirurgem. Cílem je zmenšit objem levé komory, a tím zabránit srdeční remodelaci. Další novinkou je pak tzv. katetrizační ventrikuloplastika u pacientů s dilatací levé srdeční komory nebo u pacientů s dilatační kardiomyopatií, kteří mají zároveň určitý podíl nedomykavosti dvojčípé chlopně. Principem je mechanické stažení dilatované srdeční dutiny pod úrovní prstence dvoučípé chlopně speciálním vlascem, který se provléká kotvičkami fixovanými v srdečním svalu. Další možností je provedení mechanické fenestrace síňové přepážky a uvolnění přetlaku, který vzniká v levostranných srdečních oddílech a způsobuje stagnaci proudění krve v plicích.

Do skupiny experimentálních metod můžeme zařadit i postupy, jejichž cílem je ovlivnit nervovou regulaci činnosti srdce a cév. Jako příklad můžeme uvést tzv. splachnickou blokádu. Jedná se o ovlivnění nepříznivě rychlé redistribuce žilní krve z břišní oblasti do centrální žilní oblasti se zvýšením žilního návratu a vzestupem plicních tlaků srdečních komor. Byla testována jednostranná resekce velkého splachnického nervu pomocí chirurgické torakoskopie, v plánu je méně invazivní postup s využitím radiofrekvenční energie při katetrizaci.

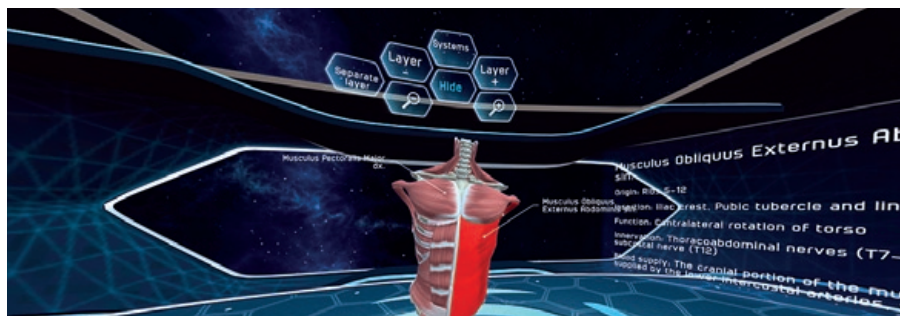
prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., FESC,
doc. MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA

Virtuální realita pomůže studentům

Od nového školního roku se studentům Střední zdravotnické školy a vyšší odborné zdravotnické školy Karlovy Vary zpestří studium anatomie. Po pozitivních ohlasech mezi studenty zdravotnických oborů v Mladé Boleslavi a Šumperku se projekt VAU (virtuální anatomická učebna) nyní rozšiřuje do dalšího českého města. Speciální sety pro virtuální realitu pomohou studentům vizualizovat, a tím i lépe pochopit, jak funguje lidské tělo.

Celkem 16 setů složených z chytrého telefonu a brýlí na virtuální realitu doplněných o obrazovku a zařízení pro zrcadlení obrazu studentům lépe přiblíží učivo jednoho z nejnáročnějších předmětů – anatomie lidského těla. Do nehlubších svalových vrstev, cévního systému či na detail kostry člověka umožní nahlédnout aplikace VAU, která je přizpůsobena úrovni učiva studentů středních škol.

„Inovativní přístup k výuce vzbuzuje zájem nejen u našich studentů, ale i u návštěvníků během dne otevřených dveří nebo u okolních škol, které nás kontaktují, aby si mohly tuto moderní metodu také vyzkoušet,“ komentuje ohlasy na výuku Radka Benešová ze Střední zdravotnické



školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Mladá Boleslav.

„Studenti si kromě podrobného prozkoumání lidského těla ze všech možných úhlů mohou nastudovat i učební texty přímo ve virtuální realitě. Věřím, že

takto pojaté hodiny budou pro studenty motivací k jinak velmi náročnému předmětu,“ dodává Hana Švejstilová, ředitelka Střední zdravotnické školy a vyšší odborné zdravotnické školy Karlovy Vary.

(red), foto: Virtual Medicine

Inzerce ▼ M191000046



ÚZKOST, EMOČNÍ NAPĚTÍ, LEHKÉ PORUCHY SPÁNKU

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



SÉDATIF PC PRO KLIDNÝ DEN I NOC!



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

Vinohradské kolečko se možná stane minulostí

48 hodin po nástupu do funkce oznámil nový ředitel Fakultní nemocnice Královské Vinohrady prof. Petr Arenberger spolu s prof. Petrem Widimským, děkanem 3. LF UK, ministrem zdravotnictví Adamem Vojtěchem a premiérem Andrejem Babišem znovuoživení projektu výstavby nového traumacentra. „Pojďme učinit Vinohrady opět královské,“ prohlásil ředitel Arenberger.

„Logistika této nemocnice je katastrofální. Pacienti hovoří o tzv. vinohradském kolečku, protože jsou převáženi z pavilonu do pavilonu, a náklady jenom na tuto přepravu jsou 35 milionů korun ročně. Místní heliport není žádný heliport, není tam žádné osvětlení, je to normální pole. FNKV je ale renomovaná nemocnice, pracuje tu spousta kapacit v oboru – je tady také unikátní popáleninové centrum. Je potřeba, aby byl projekt nového traumacentra zrealizován,“ vyhlásil Andrej Babiš.

Ministr Adam Vojtěch informoval, že ve vinohradské nemocnici zdravotníci ošetří více než 20 % všech případů s traumaty v Praze, což z ní dělá největší traumacentrum v České republice. „Patří k nemocnicím, které mají největší příjem ze záchranky spolu s Nemocnicí Na Bulovce a Thomayerovou nemocnicí,“ podotkl ministr Vojtěch.

„FNKV poskytuje s relativně malým množstvím lůžek špičkovou velkoobjemovou akutní péči. Přijímá nejvíce akutních pacientů ze všech pražských fakultních nemocnic. Do bezprostřední spádové oblasti v Praze spadá 330 tisíc lidí, ale přijímáme i pacienty ze Středočeského kraje, takže celkově máme ve spádové oblasti téměř 800 tisíc lidí,“



Foto: archiv FNKV

doplnil ministra nový ředitel nemocnice Petr Arenberger.

Projekt nového traumacentra je připravený od roku 2009. Původní náklady byly odhadnuty ve výši 4, miliard korun. Podle premiéra je třeba odhad aktualizovat, protože po deseti letech budou náklady podstatně vyšší – v současnosti by se mohly pohybovat okolo 7 miliard korun. „Budeme zvažovat možnosti financování ze strany státu, v budoucnu by projekt mohl být financován z Národního rozvojového fondu,“ řekl k problematice financování Babiš. Podle něj by výstavba mohla trvat

čtyři roky a začít by se mohlo za rok až rok a půl.

Do nové budovy by se přesunulo 770 lůžek – celá akutní část nemocnice. „Kromě lůžek JIP, ARO, operačních sálů a vyšetřoven by tam byl i heliport. Pacient by mohl být výtahem přesunut rovnou na oddělení. Tak jako teď bychom poskytovali specializovanou a superspecializovanou péči, ale v jednom komplexu. Další výhodou by byla možnost lepší praktické výuky mediků a dalších zdravotníků,“ přiblížil výhody nového traumacentra ředitel Arenberger. Mgr. Lukáš Malý

Inzerce ▼ M191000359

CORTUSA GROUP

Dostupné byty a domy pro každou rodinu

www.cortusa-group.cz

V Hradci Králové vzniklo centrum simulační medicíny

Lékařská fakulta v Hradci Králové otevřela nové simulační centrum, které je umístěno v budově teoretických ústavů. Centrum umožní praktický nácvik vyšetřovacích a terapeutických medicínských technik s pomocí nejmodernějších simulátorů a sofistikovaných fantomů.

Praktický nácvik vyšetřovacích a terapeutických technik je základní a nezbytnou součástí výuky medicíny, bohužel vinou legislativních a logistických omezení je nácvik v klinickém provozu stále náročnější. Některé výkony vzhledem k nízké četnosti výskytu prakticky vylučují možnost nácviku v praxi. Simulační centrum je interaktivní výukové centrum, které využívá simulátory a fantomy, tedy sofistikované učební pomůcky a přístroje nahrazující živého pacienta. „Nejdokonalejší z nich simulují vedle základních vitálních funkcí například i bolestivou reakci, pláč, pocení a podobně. Řada fantomů a simulátorů je již nyní využívána při výuce mediků – například na oční, stomatologické a gynekologické klinice,“ uvedl děkan Lékařské fakulty v Hradci Králové Jiří Mandáček.

Nácvik na modelech a fantomech simulačního centra umožní studentům získávat praktické zkušenosti již v průběhu studia bez rizika pro pacienta. Modely simulují reálné podmínky tak, že dovolují jak nácvik jednotlivých úkonů, tak i simulaci kompletního postupu od vyšetření přes stanovení diagnózy po léčbu pacienta. „Vybavení centra umožní nacvičovat nejen základní úkony typu resuscitace, aplikace léčiv

injekční formou, odběru tělních tekutin nebo šicí techniky na jednoduchých fantomech, ale v pokročilejší verzi, po zvládnutí základních úkonů, si budou studenti moci vyzkoušet i simulovaný urgentní příjem, budou moci stanovit diagnózu a samozřejmě provést i léčbu na velmi sofistikovaném patientském simulátoru SimMan 3G,“ sdělil proděkan pro technický rozvoj a informatiku Josef Hanuš.

Simulátor SimMan 3G je složité softwarově řízené zařízení, které je schopné věrně simulovat typické příznaky různých onemocnění včetně odpovídajících biosignálů,

poskytuje i zpětnou vazbu o úspěšnosti zvolené léčby, a to vše i formou hlasové reakce. Další, neméně důležitou součástí centra jsou výukové simulátory či v praxi používané přístroje, jako jsou například ultrazvuk, výpočetní tomografie (CT), magnetické rezonanční zobrazování (MRI), které v kombinaci s fantomy slouží k nácviku vyšetřovacích a zobrazovacích metod. Simulační centrum budou k názorné výuce a praktickému nácviku využívat klinická i teoretická pracoviště Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Zdroj a foto: LF HK (red)



Inzerce ▼ M191000153

XXVIII. ČESKÁ UROGYNEKOLOGIE 2019

Workshop na aktuální téma
a Celostátní konference s mezinárodní účastí

Pořadatel: Urogynologická společnost ČR Organizace: Congress Prague



UROGYNEKOLOGICKÁ
SPOLEČNOST



4.–5. prosince 2019

Clarion Congress Hotel Prague | Freyova 33, Praha 9

www.congressprague.cz/urogyn2019



V transplantacích jsme na špičce

Česká transplantáční společnost (ČTS) v říjnu uspořádala první ročník Edukačního symposia – s podtitulem *Cesta do čekací listiny k transplantaci*. Přednášející se dotkli screeningu, indikačních kritérií, čekacích lhůt i chirurgie. Dvoudenní symposium, které bylo zároveň příležitostí k setkání nefrologů, urologů a chirurgů z celé republiky, se konalo v Plzni – zúčastnilo se jich přes dvě stě.

„Patříme k deseti nejlepším zemím v Evropě, a to nejen v dárcovském programu, kde jsme na šestém místě a předstihli jsme třeba Rakousko – které je Mekkou oboru –, ale i v počtu transplantovaných ledvin,“ pochválil na úvod transplantáční praxi v ČR předseda ČTS prof. Vladislav Třeška, jenž působí ve FN Plzeň.

Spolu s doc. Tomášem Reischigem vyzdvihli příznivou čekací lhůtu, která se u nás pohybuje do jednoho roku, v některých centrech se čeká dokonce pouze tři až čtyři měsíce. „V zahraničí nám takovou čekací dobu závidějí. V Německu se čeká i pět let, přitom rizika každým rokem rostou. U nás na čekací listině nikdo neumře,“ zdůrazňoval doc. Reischig z Biomedicínského centra při plzeňské lékařské fakultě.

Pokud dojde u pacienta k transplantaci dříve, než je potřeba nasadit dialýzu, jsou výsledky transplantace a dlouhodobá prognóza lepší. Díky krátké čekací době se pacienti mohou dialýze vyhnout. Prodlouží se jim tak délka i kvalita života. „Pacienti s transplantovanou ledvinou nemusí trávit půl den na dialýze a žijí normální život – fungují jako zdraví lidé,“ říká prof. Třeška.

Kromě toho zástupci ČTS připomenuli, že transplantace ledvin šetří státu peníze. Zatímco pacient na dialýze stojí zdravotnický systém zhruba milion korun ročně, pacient s transplantací odhadem 300–400 tisíc. „Jde o neobvyklý případ, kdy lepší léčba stojí zároveň méně peněz. Nabádáme proto nefrology, aby posílali pacienty včas,“ řekl Tomáš Reischig.

Na čekací listině pro transplantaci ledviny je přibližně 600 pacientů. Někteří z nich se nakonec k transplantaci nedostanou, protože z různých důvodů už nejsou vhodní. V ČR žije přes 5000 lidí s transplantovanou ledvinou a mají dobrou prognózu na dlouhé přežití. 90 % z nich žije 5 let po náhradě orgánu, deset a více let přežívá zhruba 70 % pacientů.

Na druhé straně procesu stojí dárci. Podle prof. Třešky má v tomto český zdravotnický systém ještě mezery. „Je třeba na dárcovských pracovištích vytvořit funkci koordinátora, jako to třeba mají ve Španělsku. Zatím to dělají spíše nadšenci. Kromě toho by také pomohla větší finanční motivace.“ Dnes dostávají dárcovská pracoviště zhruba 10 000 korun „za orgán“.

(mal)

Češi spolupracují s nobelistou

Letošní Nobelovu cenu za fyziologii a lékařství získali američtí vědci **William Kaelin**, **Gregg Semenza** a Brit **Peter Ratcliffe** za objev molekulárních mechanismů, jejichž prostřednictvím buňky vnímají přítomnost kyslíku. Jejich výzkum podle Karolínského institutu otevírá cestu pro nové strategie v boji s chudokrevností, rakovinou a řadou dalších onemocnění.

S vědcem Greggem Semenzou oceněným letošní Nobelovou cenou za fyziologii a lékařství spolupracuje několik českých vědců. Publikovali s ním například Češi působící na amerických výzkumných pracovištích, je ale také spoluautorem práce Ústavu biotechnologií Akademie věd ČR. Na facebooku o tom informoval předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně prof. Štěpán Svačina.

Semenza působící na John Hopkins University dostal cenu spolu s Peterem Ratcliffem a Williamem Kaelinem za objev způsobu, jakým buňky vnímají a přizpůsobují se dostupnosti kyslíku. Semenza identifikoval látku (HIF-1), kterou buňky při nedostatku kyslíku tvoří.



Semenza s českými vědci pracoval na projektech publikovaných v letech 2013 a 2019. Spolu s Romanou Bohuslavovou a Gabrielou Pavlínkovou zkoumal vliv HIF-1 a vrozené vývojové vady u dětí diabetiček.

„V tomto výzkumu jako první ukázali roli HIF-1 při vývoji neuronů sympatických

ganglií a srdeční sympatické inervace,“ uvedl na webu Biocev. Ganglia jsou součástí nervového systému zodpovědného za okamžité reakce organismu, který hraje rozhodující úlohu při stimulaci srdeční frekvence. Tím zajišťuje dostatečné zásobení tkání kyslíkem, a jeho špatná funkce může vést až k náhlé srdeční smrti nebo srdečnímu selhání.

Objevy letos oceněných vědců mají význam mimo jiné pro studium genetických mutací, které kvůli snížené hladině kyslíku vedou ke zhoubnému nádorovému bujení. Otevírá tak nové možnosti v boji s chudokrevností, rakovinou, infekcemi nebo srdečními infarkty. Právě nemoci srdce a rakovina patří v rozvinutých zemích mezi nejčastější příčiny úmrtí.

Zdroj: ČTK (red), ilustrace: Nobel Prize

Nový management Linetu



Výrobce zdravotnických lůžek Linet povedou výhradně **Tomáš Kolář** a Michael Rosada, zakladatel a hlavní akcionář Linet Group Zbyněk Frolík přechází z exekutivních pozic do dozorčí rady.

Plní tak plán, který oznámil před pěti lety. Společnost se chce dál rozvíjet, v budoucnu hodlá mít více než polovinu tržeb z mimoevropského trhu, hlavně ve Spojených státech. Nyní z Evropy pochází 70 % tržeb společnosti, sdělila za Linet Daniela Benešová.

„Ambice společnosti zůstávají ty nejvyšší: tedy do pěti let zdvojnásobit svou velikost. Je zřejmé, že nebude stačit organický růst, byť Linet dlouhodobě předbíhá výkon konkurence. Nebudeme se tedy vyhýbat ani akvizicím, naopak je tato cesta pravděpodobná,“ uvedl Frolík. Tomáš Kolář je v čele Linetu spolu s Frolíkem už pět let, Linet expandoval na americkém trhu a výrazně posílil na dalších trzích, především na Blízkém východě, v Austrálii, Kanadě, ale také v Asii. „Z pozice šéfa společnosti Linet holding, která spravuje podíly tuzemských akcionářů Linet Group, budu samozřejmě management úkolovat i kontrolovat. Z náročných cílů ani na okamžik neslevujeme. Jsme hlavním a v zásadě jediným vyzyvatelem dvou největších světových výrobců lůžek,“ dodal Frolík.

Linet Group je největším evropským dodavatelem zdravotnických lůžek, matrací bránících proleženinám, nábytku i kompletních řešení pro nemocnice a pečovatelská zařízení. Sídlí v nizozemském Dordrechtu a zaměstnává 1680 lidí v 15 společnostech a různých lokalitách včetně Želevců u Slaného a ve Slaném. Vyrábí mimo jiné i porodní lůžka, gynekologická, transportní a dialyzační

křesla. Tržby Linetu vzrostly v obchodním roce 2018/2019 meziročně o 14 % na 7,4 miliardy korun. Plán tržeb na aktuální obchodní rok přesahuje osm miliard korun.

Letos v létě akcionáři odmítli vstup finančních investorů do firmy. Společnost dostala v posledních dvou letech nabídky na prodej podílu.

Zdroj a foto: Linet (red)

Ředitelka pardubické nemocnice končí

O odvolání ředitelky Štěpánky Fraňkové informoval hejtmán Pardubického kraje Martin Netolický, který uvedl, že další opatření budou následovat tak, aby se situace urychleně normalizovala. Ministerstvo zdravotnictví oznámilo, že do pardubické nemocnice pošle kontrolu. „Jako zástupcům vlastníka, tedy Pardubického kraje, a zástupcům občanů kraje nám záleží na poskytování kvalitní, dostupné zdravotní péče lege artis. Proto již není možné dále váhat, je třeba provést srozumitelné kroky, které pomohou vrátit důvěru veřejnosti v největší zdravotnické zařízení kraje,“ uvedl Netolický.

Pardubická nemocnice také čelí obvinění kvůli pooperačním komplikacím malého chlapce v roce 2017, který následně zůstal v takzvaném bdělém komatu. Obviněny jsou i lékařka a dvě zdravotní sestry z těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti.

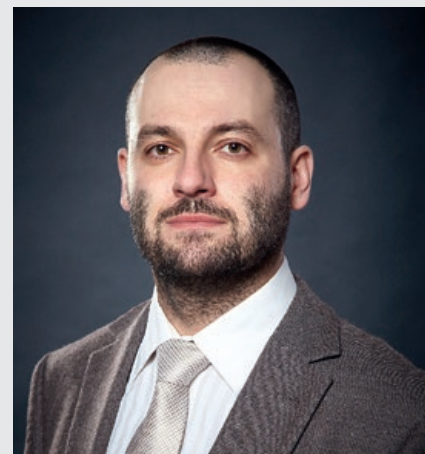
Děvčátko narozené v červnu v pardubické nemocnici zřejmě nedostalo včas antibiotika proti nákaze streptokokem a ponese si trvalé následky.

Ženu, které se děvče narodilo, před porodem odmítly přijmout nemocnice v Rychnově nad Kněžnou a Hradci Králové. Podle společnosti Nemocnice Pardubického kraje by zdravotní komplikace nemusely nastat v případě normálního transportu a včasného podání antibiotik před porodem. Žena trpěla streptokokovou infekcí, která se přenesla i na dítě.

Podle vyjádření společnosti Nemocnice Pardubického kraje byla důvodem odvolání Fraňkové nespokojenost s manažerským řízením a snižující se kredibilita pardubické nemocnice. Kompetence odvolané ředitelky si rozdělili členové představenstva Tomáš Gottvald a Vladimír Ninger.

Zdroj: ČTK

Změna ve vedení NCONZO



Novým ředitelem vzdělávacího Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně bude od 1. listopadu farmaceut Jan Šaloun. Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch Šalouna jmenoval na doporučení výběrové komise. Jeho předchůdkyně Jana Mikulková rezignovala v červenci z osobních důvodů.

„Národní centrum je respektovanou vzdělávací platformou pro nelékařská zdravotnická povolání,“ uvedl Vojtěch. Centrum se věnuje specializačnímu a celoživotnímu vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, pro které je vzdělávání ze zákona povinné. Zároveň organizuje rekvalifikační kurzy nebo vzdělávací akce pro veřejnost. Podle ministra má Šaloun s vedením vzdělávací instituce letité zkušenosti. Šaloun vystudoval farmacii na Farmaceutické fakultě Veterinární a farmaceutické univerzity Brno (VFU) a získal atestaci z oboru veřejné lékárenství. V období let 2014 až 2018 byl pověřen vedením Ústavu aplikované farmacie VFU Brno, kde zastával také funkci proděkana pro pedagogickou činnost. V letech 2015 až 2019 byl pověřen vedením Vzdělávacího institutu Farmaceutické fakulty VFU Brno.

V poslední době působil jako akademický pracovník Ústavu aplikované farmacie stejné fakulty a zároveň pracoval jako odborný pracovník Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. V roce 2017 byl jmenován členem vzdělávací rady farmaceutů a členem akreditační komise pro obor praktické lékárenství. Podílel se na výuce specializačního vzdělávání farmaceutických asistentů v rámci Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Je také členem vědecké rady Farmaceutické fakulty VFU Brno.

Zdroj: ČTK (red), foto: archiv J. Šalouna

Pozvánka na konferenci



Vzdělávání na jedno kliknutí

- **Kdy:** 20. 11. 2019, 9–11 hod. (registrace od 8.30 hod.)
- **Kde:** Art restaurant Mánes, Masarykovo nábřeží 250/1, Praha 1

Hlavní témata:

- Vzdělávání lékařů v komunikaci s pacienty
- Digitální komunikace – cesta vzdělávání mladé generace?
- Jak účinně využít edukační zdroje ve zdravotnictví

Řečníci:

- Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA – ministr zdravotnictví ČR
- prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA
- Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA – prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR
- PharmDr. Martin Dočkal – Apatykář

Vstup na akci je možný po registraci. Kapacita míst omezena.

Bližší informace a registrace: Jan Minát, event specialist, e-mail: minat@mf.cz, telefon: 725 069 069

Pořadatelé:



Partneři:





MLADÁ FRONTA

ODBORNÁ KONFERENCE

pod záštitou předsedy vlády Andreje Babiše
a ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha

ZDRAVOTNICTVÍ 2020

7.–8. LISTOPADU 2019

HOTEL GRANDIOR NA POŘÍČÍ 42, PRAHA 1

Hlavní témata:

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

Registrační poplatek:

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

uvedené ceny jsou včetně DPH

Bližší informace a registrace:

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

Generální partner



Hlavní partneři



Vystavovatelé



Partner odborné sekce



Mediální partneři

