



## Sestra roku – jubilejní ročník opět na výbornou

str. 21

# 10<sup>2020</sup>

Katastrofa může  
mít i přínosy –  
známe je?

str. 2

Těhotenství a porod  
covid-positivní  
pacientky

str. 32

Jak dlouho roste  
kolorektální  
karcinom?

str. 34

# Předplatte si časopis ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

**ZAM**  
Zdravotnictví a medicína



**Roční předplatné za 435 Kč.  
Platí do 22. 11. 2020.**



## Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou adresu **mf@send.cz**, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM1020**. 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 **ZM1020** Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

## Musíme to vydržet

Vážení čtenáři,

hledat teď, uprostřed průšvihů, aspoň nějaká pozitiva pro budoucnost společnosti, je úkol hodný Járy Cimrmana, ale budí: „Globální šíření dosud neznámého koronaviru je dobrou případovou studií, na níž je leccos podstatného viditelné, takže si každý z nás může daleko lépe srovnat v hlavě, v jakém světě vlastně žije, a podle toho se do budoucna zařadit,“ říká Petr Fischer v článku Covidové plusy. Není idealista, a tak ani jeho text nevyznívá příliš optimisticky, ale nějaké plusy přece jen našel. Teď jde o to, jestli právě vy vidíte sklenici napůl plnou, nebo napůl prázdnou.

Nadšení a nezlomná energie číší z rozhovoru s profesorem Neužilem, nestěžuje si prakticky na nic, stěžovat si ho netěší. Co mu kolem něj vadí, to se aktivně snaží měnit. V Nemocnici Na Homolce se mu to daří už desítky let. Ale nechce

se ve veřejném prostoru vyjadřovat k věcem, kterým on sám nerozumí, nelíbí se mu „eminence medicine“ namísto „evidence medicine“.

Na světě jsou i jiné infekty než c...d, ale právě on jim nadměru úspěšně rozšiřuje pole působnosti. Při zahlcení laické veřejnosti údaji o pandemii dochází zcela nepochybně k potlačení informovanosti o jiných nemocech, sezónní chřipku, infekce HCV a HIV nevyjímaje. Lidé k lékaři nechodí, natož aby se aktivně zajímali o jiná možná testování či onemocnění. Důsledky tohoto opomíjení budeme zcela nepochybně vnímat v následujících letech. „Pokud jde o hepatitidu typu C, ta zdaleka není problémem jen tzv. rizikových skupin, například uživatelů drog. HCV se vyskytuje i mimo ně. Tyto osoby, jejichž počet v ČR odhadujeme na zhruba čtyřicet až šedesát tisíc, jsou skryty v běžné populaci a jejich odhalení je pro specialisty největším oříškem,“ upozorňuje

profesor Urbánek v jednom z příspěvků tohoto čísla ZaM.

Ještě stále se ale dějí i dobré věci. Díky obrovskému nasazení všech účastníků, sponzorů i patronů soutěže se nám podařilo dokončit 20. ročník Sestry roku. I galavečer byl povedený, dojemný a krásný. Jednu z vítězek, sestru Veroniku Petrášovou, inspiroval ke vzkazu nám všem: „Člověk, ať je mladý či starý, zdravý nebo nemocný, potřebuje lidi, které má rád. Všichni potřebujeme cítit, že jsme pro někoho důležití. Nezapomínejme si dávat tuto lásku najevo. Pohlazení, obejmutí, vlídné slovo i čas strávený spolu. Objímejte své nejbližší a přikládejte si je jako hojivou náplast.“

My dodáváme, že vlídné slovo najde cestu i respirátorem. Bez něj teď raději i venku objímejte jen stromy.

*Vaše redakce Zdravotnictví a medicíny*

### OBSAH

## ZAM

Zdravotnictví a medicína

### OBSAH

#### ZDRAVOTNICTVÍ

- Esej: Covidové plusy 2
- Mimořádné odměny vyjednaly odbory, budou v listopadu 6
- Rozhovor: Ambice k medicíně rozhodně patří 8

- Pohled právníka: Registrace léku a vakcíny proti koronaviru 12
- Farmabyznys 14
- Zprávy z regionů 16
- LDN není zkratka pro konečnou stanici 18
- Ceny v soutěži Sestra roku 2019 uděleny 21
- Rozhovory s vítěžkami Sestry roku 2019 25
- Anketa ze slavnostního galavečera 28

#### MEDICÍNA

- Covid-19 a těhotenství 32
- Jak dlouho roste kolorektální karcinom 34
- Závažné průběhy chřipky u dětí a dospívajících 40
- Koronavirus drtí obězní pacienty 44
- Nachlazení, nebo podezření na coronavirus? Odpoví COVID-bot. 45
- Za objev viru hepatitidy C byla udělena Nobelova cena 46
- Hepatitida C a HIV ve stínu PR koronaviru 46
- Nabídka zaměstnání 47



Ilustrační foto: Shutterstock

# Covidové plusy

## Co dobrého může přinést celosvětová katastrofa?

Všechno špatné je k něčemu dobré. Je možné tuto lidovou moudrost, ověřenou staletími, přijmout jako platnou i ve vztahu k pandemii nemoci, která už zabila statisíce lidí po celém světě a další statisíce ještě zabije?

Karel Stöhr, odborník na šíření chřipky, který vedl „chřipkový“ odbor Světové zdravotnické organizace (WHO) a podílel se na vývoji léků proti chřipkám ve světovém farmaceutickém gigantu Novartis, svého času prohlásil, že „jednou z nejtěžších věcí, která se dá veřejnosti po jakémkoliv pandemii vysvětlit, je to, proč jsme nebyli připraveni, když bylo k dispozici tolik varování“. Když se pokusíme na pandemii podívat pozitivně, jako na zprávu o tom, co do budoucna musíme udělat jinak, pak je Stöhrůva věta důležitým vodítkem. Šok z toho, že se něco takového vůbec mohlo stát, vystřídají přirozené otázky, proč jsme jako lidstvo a jednotlivé státy nedbaly varování, která byla k dispozici nejen na úrovni mezinárodních institucí. Katastrofa tak odhaluje skutečný stav fungování světa v době všemožných globálních rizik, která rozhodně neodejdou s covidem-19 a nebudou omezena na šíření infekčních nemocí.

### Masové maso

Globální šíření dosud neznámého koronaviru je dobrou případovou studií, na níž je leccos podstatného viditelné, takže si každý z nás může daleko lépe srovnat v hlavě, v jakém světě vlastně žije, a podle toho se do budoucna zařadit. Americký publicista Mike Davis si dal velkou práci se shrnutím situace před koronakrizí, která byla plná stöhrůvských varování. Svá zjištění shrnul do knihy *The Monster Enters* (Obluda vstupuje na scénu), v níž se podrobně probírají předchozí epidemie ptačích chřipek a infekčních nemocí, jako je SARS nebo MERS. Davis spolu s odborníky došel

k závěru, že za zvýšenou virulencí a mutacemi virů stojí industrializace výroby masa v Asii, při níž došlo k obrovské koncentraci chovů, v nichž se lidské životy tak silně prolínají s těmi ptačími, že bylo jen otázkou času, kdy se vzájemně „obohátí“ i o novou virovou nálož.

K podobné industrializaci výroby masa došlo i v části Afriky, zejména v zemích, které vlivem globálního rybolovu ztratily tradiční zdroj bílkovin v rybách a lidé se museli přeorientovat na proteiny v mase divokých zvířat v buších a pralesích, které dříve lovili v daleko menší míře. Masovost lovu vedla k masovému kontaktu s divočinou, v níž se kumulují viry, s nimiž se lidé, dříve bezpečně oddělení od divokých zvířat lesní bariérou, nesetkávali. Všude tady se vaří možné budoucí pandemie, které mohou být daleko horší než ta právě probíhající, jakkoliv o jejím vývoji a konci zatím nevíme nic.

*Místní lidé, kteří byli nemocí přímo zasaženi, pak byli uklidňováni tím, že ptačí chřipky zná tradice čínského drůbežního chovu po dlouhá staletí a nikdy se potenciálně nakažená zvířata nelikvidovala, nýbrž prostě snědla.*

Davisova kniha je poučná pro budoucnost mimo jiné v tom, jak velmi přesvědčivě dokládá byznysově-politické okolnosti vzniku a šíření nových vzduchových infekcí. Vydělat co nejvíce peněz na masových chovech drůbeže je nejen v zájmu velkých asijských oligarchů, ale například i v zájmu čínského komunistického režimu, který, jak dokládá pečlivá Davisova analýza, již několikrát v minulosti přikryl nebezpečně se šířící epidemie, protože ve hře

bylo příliš mnoho peněz, než aby se nákaza mohla přiznat. Jedním z nejděsivějších míst knihy je pasáž, v níž Davis popisuje, jak čínské úřady nechaly projít do oběhu miliony kusů drůbeže, které již byly napadeny ptačí chřipkou, jen to kvůli výdělkům politici zatajovali. Místní lidé, kteří byli nemocí přímo zasaženi, pak byli uklidňováni tím, že ptačí chřipky zná tradice čínského drůbežního chovu po dlouhá staletí a nikdy se potenciálně nakažená zvířata nelikvidovala, nýbrž prostě snědla.

Masová jatka drůbeže a prasečího masa, která se v globálně největší míře koncentrují v Asii, je i podle odborníků, které Davis cituje, časovanou bombou dalších pandemií, které dříve nebo později mohou vypuknout, pokud se v organizaci „výroby masa“, řízené čistě tlakem na zisk a výnosy z rozsahu, něco podstatného nezmění. A protože jde o velké peníze, velké změny se čekat nedají. Money First má přednost před Health First. Díky propuknutí pandemie covid-19 je na tyto souvislosti najednou mnohem lépe vidět, takže i nepřilíši informovaní voliči mohou nyní na své politiky tlačit, aby industrializaci chovu zvířat přibrzdili a dali si násobně větší pozor před globálním obchodem s drůbežím a prasečím masem (ostatně momentálně probíhající prasečí chřipka na jatkách v Německu, přinesená pravděpodobně z Číny, je důkazem relevantnosti a aktuálnosti Davisovy analýzy). Pokud svět něco neudělá s průmyslem masa a podmínkami, za kterých se maso pro konzumenty připravuje, je další pandemie jen otázkou času.

### USA, náš vzor

Díky koronakrizi je také lépe vidět na dysfunkci státních systémů, které mají na starosti předběžné varování před nákazami a organizují akce na jejich zastavení. Davis se samozřejmě



nevěnuje České republice, ale probírá systém, který má nejlíže na očích, a to je státní struktura USA. Zatímco prezident George Bush junior a Barack Obama ještě dokázali dávat peníze na přípravu státu na epidemické hrozby, Donald Trump, ostře nabroušený proti vědě jako takové, zejména pak jde-li o vědce, kteří dokládají globální změny klimatu, všechny tyto staré fondy radikálně omezil. Ironií dějin se stalo, že poslední obrovský škrť provedla Trumpova administrativa měsíc před vypuknutím pandemie covidu-19.

Americké Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí zasáhla i personální pohroma. Řada lidí, kteří se prevencí infekčních nemocí věnovali a jezdili pravidelně na místa velkých nákaz SARS, MERS nebo eboly, z agentury odešla. Trumpův útok na „deep state“ (administrativní struktura, kterou prezident může přímo ovlivnit, čítá šest tisíc lidí), paranoidně považovaný za semeniště podvrtných demokratů, tak vážně ovlivnil počáteční chabou reakci na pandemii covid-19.

Podfinancovanost a ležerní přístup k jakýmkoliv přípravám na epidemii jakéhokoliv druhu charakterizuje i český přístup k potenciálním epidemiím. Český „deep state“ je evidentně ve stejně špatném stavu jako ten americký, jakkoliv příčiny zanedbávání systémů státní správy mají jinou příčinu než narcismus jednoho prezidenta. Rekonstrukce této životně důležité sítě je něco, co by nyní mělo mít prvořadou prioritu, protože bez tohoto společenského tkaniva se stát promění ve více méně volné sdružení politiků a jejich osobních zájmů, které nemají nic společného s hlavním úkolem státu, kterým je ochrana vnější i vnitřní bezpečnosti.

Koronakrizе nám tedy pomohla nahlédnout do propastných hlubin státních systémů, které vzdor modernímu technologickému pokroku povážlivě selhávají. Nemá to primárně technologický či finanční důvod, nýbrž důvod lidský: mezi politiky prakticky není nikdo, kdo by si svou odpovědnost za celek připouštěl natolik, že by se staral o možnost donedávna pro běžnou českou představitost tak vzdálenou, jakou je pandemická rána. V českých souvislostech covid-19 bohužel odhalil i nepřipravenost technologickou. Je vskutku šokující, že

teprve v průběhu pandemie se deset minut po dvanácté vybavují hygienické stanice příslušnou výpočetní technikou, kterou ještě nemá kdo obsluhovat. Podobná „digitální debilita“ prostupuje celý systém veřejné správy. Sen o e-governance, jak na dřevě odhalila koronakrizе, je v Česku pořád jen snem.

## Vstup do století robotiky

O to víc by po této tristní až trapné zkušenosti mohla vláda nyní urychlit digitalizaci státní správy, a to nejen proto, aby všechny příští krizové situace byly snadněji zvladatelné, ale i pro celkovou větší efektivitu a snadnost komunikace mezi občany a vládou. Píše se rok 2020, z hlediska designu komunikačního rozhraní mezi úřady a občany to však stále vypadá, že žijeme před dvaceti lety. Tlak na rychlou digitalizaci roste díky pandemii i ve vzdělávání. Ministr školství Robert Plaga posílá každému učitelu dvacet tisíc korun na pořízení počítače. Pokud se tyto peníze skutečně podaří využít, bude to skok vpřed.

*Je vskutku šokující, že teprve v průběhu pandemie se deset minut po dvanácté vybavují hygienické stanice příslušnou výpočetní technikou, kterou ještě nemá kdo obsluhovat. Podobná „digitální debilita“ prostupuje celý systém veřejné správy.*

Covidové plus ve vzdělávání bude zřejmě ještě větší, než je pouhá distribuce počítačů mezi kantory. Mnoho rodičů, žáků i učitelů si během uzávěry společnosti na vlastní kůži ověřilo, že velkou část výuky lze dnes zvládnout virtuálně a že je to v řadě případů mnohem efektivnější než běžná výuka ve škole. Některé děti jsou schopné látku u počítače lépe pochopit a vyhovuje jim i to, že nejsou vystaveny konkurenčnímu stresu. Dnes už to ví i ministr Plaga. Není to zdaleka jen zkušenost česká, totéž se potvrzuje i v sousedních zemích,

v Polsku, v Rakousku, v Německu. Pandemie a strach z jejího dalšího nástupu by mohly paradoxně urychlit potřebnou proměnu školy, která se musí přizpůsobit podmínkám začátku 21. století, jež bude stoletím robotiky a umělé inteligence.

Výukové programy, tedy čisté učení a získávání vědomostí, lze z velké části svěřit algoritmům či prezentačním videoprogramům, pobyt ve škole, který bude zcela jistě ještě nepravidelně přerušován karanténou nebo uzávěrou, by měl být využíván k socializačním cvičením, která rozšíří sociální imaginaci žáků a pomůže jim vyzkoušet si, jak probíhá rozhodování o společných věcech a spolupráce na jejich uskutečňování. Výuka přes počítač nesmí být dalším extrémem, který by zcela vymazal lidský kontakt, který je součástí názorného učení i pevnějšího, protože emocionálně prožitého zápisu vědomostí do paměti. Všechny tyto školní sociální dovednosti, které zahrnují i techniky a postupy kritického myšlení a vytváření vlastního relevantního úsudku, nechybí jen v českých školách, ale v celé české společnosti.

Covidových plusů může být mnohem víc. Politikům by třeba mohlo dojít – a některým v zahraničí to opravdu dochází – že žijeme v době radikálnějších změn, než jsme si doposud připouštěli, a že politika betonu, železa a starého průmyslu musí být nahrazena digitální vizí budoucnosti, která zahrnuje i novou ekologickou a sociální politiku. Už se dnes někdo stará strategicky a koncepčně o to, co bude se všemi těmi lidmi, kteří kvůli robotizaci a další automatizaci výroby i služeb vypadnou z produkčního řetězce?

Koronakrizе ukázala, že rizika, která si lidstvo ani nepřipouštělo, jsou reálná a že i doposud z dějinného hlediska vlastně velmi malá pandemie jednoho neznámého viru dokáže ochromit celou jednu civilizaci, která byla tak hrdá na své bohatství a sílu. Tuto sílu teď může udržet jedině tím, že využije maximum možností nutné změny, které řádění nemoci najednou otevřelo a s novou životní intenzitou navštílo. Všechno zlé opravdu může být k něčemu dobré, ale jen když se lidem bude chtít něco pro to udělat.

Petr Fischer



# Odbory prosadily od 1. 1. 2021 zvýšení platových tarifů v sociálních službách i ve zdravotnictví o 10 %

*Situace ve zdravotnictví a sociálních službách byla složitá vždy. Nedostatek zaměstnanců v nemocnicích, v zařízeních sociálních služeb, v hygienické službě, na záchrankách, jejich přetěžování, špatně nastavené systémy úhrad. Léta se Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR snaží dávat návrhy na zlepšení situace. Léta jsme obviňováni z toho, že přeháníme a situace je vlastně dobrá. Epidemie koronaviru obnažila problémy až na dřevě. Vyčerpaní zaměstnanci zvládají jen s vypětím posledních sil.*

V poslední době si často kladu otázku: Jak dlouho lze vydržet? Nevím, člověk unese víc, než si myslí. Odbory ani v této vypjaté době nepolevují. Problémy zaměstnanců se snažíme řešit denně, a to jak na celostátní úrovni, tak v konkrétních zařízeních.

## Úspěšné jednání o zvýšení tarifů v sociálních službách

- Ve vládě je shoda na zvýšení tarifů pro zaměstnance sociálních služeb o 10 %. Ministryně práce a sociálních věcí Janu Maláčovou odbory považují za dobrého sociálního partnera, dokáže se domluvit.
- Odbory oceňují také přístup ministryně financí Aleny Schillerové, která chápe problémy v sociálních službách a podpořila zvýšení platových tarifů těchto zaměstnanců.
- Odbory jsou rády, že prosadily zvýšení platových tarifů zaměstnanců sociálních služeb o 10 % a za úspěšné jednání děkují ministryním Janě Maláčové a Aleně Schillerové i celé vládě.

## Neúspěšné jednání s ministrem Adamem Vojtěchem

A zdravotnictví?

- Bývalý ministr Adam Vojtěch připravil úhradovou vyhlášku na rok 2021. Celko-

vě naplánoval zvýšit úhrady pro příští rok o 13,5 mld. Kč oproti letošnímu roku. Paradoxem je, že do systému jen za státní pojištění přijde navíc 30 mld. Kč. Co chtěl dělat se zbytkem peněz? Proč nerefletoval současný stav a koronavirovou epidemii?

- S minimálním navýšením financí pro nemocnice chtěl navíc změnit systém úhrad. Při přípravě na zavedení systému úhrad CZ-DRG odhad hovořil o potřebě navýšit úhrady do zdravotnictví o 30 mld. Kč. Ministr Vojtěch ale vyčlenil pro nemocnice asi 4,5 mld. Kč. Ministerští úředníci odborům při jednání tvrdili, že při celkovém navýšení úhrad o necelé 3 procenta vzroste 80 procentům nemocnic příjem z veřejného zdravotního pojištění mezi 14 až 17 procenty. Na skutečných číslech a objemech ovšem procenta vysvětlit nedokázali.

Pro představu: Ministerstvo zdravotnictví plánovalo navýšit úhrady nemocnicím o 8,5 mld. Kč oproti 21 mld. Kč letošního roku. Ministerská čísla neodpovídají realitě.

- Na zvýšení platů zaměstnanců zdravotnictví nebyla v návrhu úhradové vyhlášky ani koruna! Nutnost změnit úhradovou vyhlášku a zvýšit zaměstnancům ve zdravotnictví platy ministr Vojtěch a jeho úředníci odmítali. Při dnešním personálním nedostatku! Při současně vypjaté situaci v nemocnicích!



Při epidemii COVID-19 s nejhorším průběhem v Evropě!

## Úspěšná dohoda s ministrem Romanem Prymulou

- S novým ministrem zdravotnictví Romanem Prymulou zvítězil zdravý rozum. Za odbory jsme mu dodali podklady a požádali jsme ho o změnu předloženého návrhu úhradové vyhlášky a zvýšení platových tarifů a základních mezd o 15 %. Slíbil, že možnosti prověří a vyjádří se.
- V pátek 9. října ráno jsme se dohodli. Platové tarify a základní mzdy se zaměstnancům ve zdravotnictví zvýší o 10 %.
- O 10 % se zvýší také platové tarify zdravotníkům v sociálních službách.
- Ministerstvo kvůli zvýšení platů a mezd pro zaměstnance nemocnic upravilo úhradovou vyhlášku.
- Pro ostatní zaměstnance veřejných služeb a veřejné správy ve shodě s partnerskými odborovými svazy požadujeme zvýšit platové tarify o 7 % a v hygienické službě navíc o další 3 %.

Bc. Dagmar ŽITNÍKOVÁ,  
předsedkyně Odborového svazu  
zdravotnictví a sociální péče ČR



ilustrační foto: Shutterstock

# PRAVIDLO

## Ruce Roušky Rozestupy



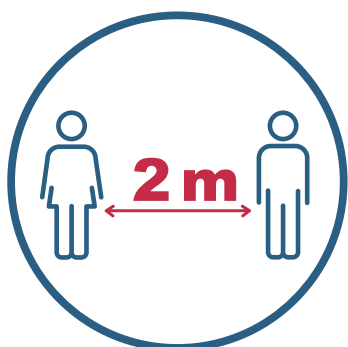
## RUCE

Pravidelně si myjte ruce teplou vodou a mýdlem nebo používejte dezinfekci.



## ROUŠKY

Při pohybu v uzavřených prostorách s vyšší koncentrací osob je neúčinnější prevencí nosit roušku.



## ROZESTUPY

Dodržujte bezpečné rozestupy alespoň 2 metry od ostatních osob.

Mimořádná opatření a více informací na [koronavirus.mzcr.cz](https://koronavirus.mzcr.cz)



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



LINKA 1221



eRouška



# Mimořádné odměny vyjednaly odbory, budou v listopadu

*Ve výplatě za říjen, tedy v listopadu, by měli všichni zaměstnanci nemocnic konečně obdržet odměny za to, jak na jaře s nedostatečným vybavením ochrannými prostředky jen díky osobnímu mimořádnému nasazení a riskování svého zdraví zvládli epidemii COVID-19.*

## Pro všechny zaměstnance nemocnic

Je třeba připomenout, že odměny pro všechny zaměstnance nemocnic prosazovaly především odbory, konkrétně Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR a Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů, a to několik měsíců.

Bohužel proti ministrovi: Mimořádné odměny odbory prosazovaly zcela paradoxně proti nepochopitelnému vytrvalému odporu tehdejšího ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha. Pokud byl ochoten zabývat se záležitostmi zaměstnanců, myslel buď jen na ty ze „svých“ přímo řízených organizací nebo pouze na ty zdravotníky, kteří pracovali na covidových jednotkách. Nebylo to, bohužel, ve zdravotnictví poprvé, kdy se odbory musely starat o to, co by měl pro zaměstnance resortu správně řešit příslušný resortní ministr.

## Naštěstí úspěšně u premiéra

Odbory mají už letité zkušenosti a nevzdávají se ani po opakovaných neúspěšných jednáních. Naštěstí! Také tentokrát odbory díky neúnavnému vysvětlování a vyjednávání nakonec spravedlivou věc prosadily, a to až u premiéra Andreje Babiše.

## Slib i peníze pohlídali

V podstatě celé léto potom strávili představitelé odborů tím, že při dalších a dalších jednáních propočítávali, hlídali, zajišťovali a pečlivě sledovali, aby premiérův slib ze 7. července někde v úřednické mašinerii nepoztrácel obsah a potřebné peníze. Také s tím mají odbory z minulosti dost smutných zkušeností.

## Jde o celkové pracovní podmínky

Odbory ale samozřejmě neřeší jen odměňování zaměstnanců, zabývají se komplexně pracovními podmínkami. Právě odbory



Mimořádné odměny pro zaměstnance nemocnic byly jedním z témat tiskové konference 18. 9. 2020. Zleva předsedkyně odborového svazu Bc. Dagmar Žitníková, předseda LOK-SČL MUDr. Martin Engel a místopředseda odborového svazu Mgr. Lubomír Francil

dlouhodobě požadují řešení personální krize ve zdravotnictví, s níž souvisí neúměrně množství přesčasů a dlouhodobě neúnosné přetěžování zaměstnanců. Nyní znovu intenzivně jednají o dostatku osobních ochranných prostředků, o tom, aby práce ve zdravotnictví a sociálních službách byla pro zaměstnance bezpečná.

## Epidemie přináší nové problémy

V dnešní epidemiologické situaci se problémy ještě více vyhrocují. Odborový svaz již od jarního začátku epidemie řeší nové konkrétní situace, při nichž jsou zaměstnanci nuceni k porušování zákonů a k ohrožování svého zdraví. Posledním naprosto nepřijatelným trendem je postup některých zaměstnavatelů, kteří mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví ke karanténě svým zaměstnancům vykládají tak, že do práce může i zaměstnanec, který je COVID pozitivní. Toto je naprosto nepřijatelné! Pozitivní zdravotníci ohrožují sebe i pacienty.

## Nákaza v práci = nemoc z povolání

Odborový svaz opakovaně řeší situace při nákaze zaměstnance od pacienta nebo spolupracovníka. Odborový svaz znovu připomíná zaměstnavatelům, že vyhláška vykládá nákazu COVID-19 v případě nákazy zaměstnance v práci jako nemoc z povolání. Zaměstnanec má nárok na doplacení výdělku do průměrné mzdy.

## Úspěšné, protože schopné a silné

Prosazení mimořádných odměn za jarní zvládnutí epidemie i účinnou pomoc při řešení konkrétních problémů na pracovištích odbory zvládají proto, že jsou schopné, silné a respektované.

**Proto stojí za to být jejich členem, přispět k jejich síle v budoucnu.**

**Všechny potřebné informace jsou k mání na [www.zdravotnickeodbory.cz](http://www.zdravotnickeodbory.cz)**





# Dobře víme, že i hlava se může někdy porouchat

Proto nyní s FLEXI nabízíme **2x víc** v případě mozkové příhody, které lze ve více než polovině případů předcházet prevencí.



Mimořádná akce platí  
od 1. 10. do 31. 12. 2020.

[www.flexi.cz/akce](http://www.flexi.cz/akce)

  
**Kooperativa**  
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život, jaký je



„Ambice k medicíně rozhodně patří.“

Petr Neužil

„Lidé, se kterými jsem tu před dvaceti lety začínal, tu jsou vlastně většinou dosud. Samozřejmě je to i otázka jakési osobní motivace stejně jako finanční, protože pak mohou daleko spravedlivěji svůj tým lidí zaplatit, a nad tím není třeba se ušklíbat. Musíte ale vidět všechnu tu práci za tím, dvacet let dřiny, nejen ten efekt,“ říká profesor Petr Neužil, primář kardiologie Nemocnice Na Homolce.

**Kardiologie je velmi dynamický obor. Viděl jste to tak, už když jste začínal, nebo i vás dynamika jejího rozvoje překvapila?**

Překvapilo mě to. Už v době mých studií se mi líbilo, že v kardiologii nejde jen o samotné srdce, do hry vstupuje celý kardiovaskulární systém se všemi faktory, které ho ovlivňují. Na konci pregraduálního studia jsem ale spíše směřoval na chirurgické obory, proto jsem toužil pracovat na kardiologii v IKEM.

**Proč právě kardiologie se v rámci medicíny rozvíjí rychleji než řada jiných oborů?**

Je to dáno především obrovskou případovostí kardiovaskulárních chorob, právě pacientů s nimi je velmi mnoho. Obecně přece platí, že velké množství klientů dává silný potenciál byznysu rozvíjet lukrativní aktivity. To není nic nelegitimního. Když je hodně pacientů, hodně klientů, tedy silný potenciál, vytváří se zároveň i velký prostor pro rozvoj lukrativních byznys plánů. Nebýt byznysu, nezlepšila by se ani u nás ekonomická situace po roce 1989. Byznys se ale v podmínkách české kardiologie nedělá ve smyslu, mám hodně pacientů, a proto vydělám peníze. Tady jsme bohužel spíše svázaní regulací a je to vázáno na každoroční rozpočty tak, že se každý snaží ukrojit co nejvíc z budgetu od zdravotních pojišťoven. Daleko volnější trh je především v USA. Všechny procesy v podmínkách amerického modelu kardiologie směřují k tomu, aby pacient méně stonal, byl co nejkratší dobu hospitalizovaný – to vše stojí obrovské peníze. Ovšem lékař, který pacienty ošetří, je za to skutečně zaplacen, tedy především pokud je ošetří kvalitně. U nás rozhodně není určen výdělek počtem ošetřených pacientů.

**Není proti kardiologii třeba interna popelka?**

Technologické inovace nevznikají jenom proto, že je to skvělé, vznikají především účelově. Je to multiplex daný jak atraktivností metod, tak i charakteristikou a množstvím pacientů, u kterých se uplatní. Prospěch z nich musí mít pacient i pojišťovna. Pokud jste pacient a nemusíte být po inva-

zivním kardiologickém zákroku dlouho hospitalizován a pak ještě „mimo provoz“ kvůli rekonvalescenci, protože jste měl rozříznuté sternum, je to pro vás rozhodně příjemnější a komfortnější situace.

**Proč se většina aplikací v kardiologii vyvine v USA a ne v Evropě? Jsou tam lepší podmínky?**

Principiálně je to proto, že v USA je velký potenciál pro rizikové investování. Je tam úplně jiný způsob finančně-ekonomického uvažování. A nejde jen o USA, ale například i o Izrael. Technologické firmy tam vznikají díky tomu, že je někdo zainvestuje. A velkých investorů je v Evropě velmi málo. V USA do těchto firem investují i lékaři, do dobrých byznys plánů ve svém oboru investují i jako soukromé osoby.

**Velké množství klientů dává silný potenciál byznysu rozvíjet lukrativní aktivity. To není nic nelegitimního.**

**S americkým kolegou Vivekem Reddym v současnosti pracujete na nové technice katetrizační ablace – ablace pulzní vlnou (polem). Můžete objasnit, o co jde, jaké jsou výhody oproti radiofrekvenční ablací a kryoablaci?**

My s Vivekem Reddym spolupracujeme letos právě dvacet let a je možná lichá představa, že představuji nějakého šileného inovátora. Podařilo se mi možná jen to, že v rámci České republiky, a to v prostředí Nemocnice Na Homolce, jsme vytvořili výkonnostně-produktivní systém, který je atraktivní k provádění vývoje nových technologií. Je to i díky tomu, že máme velmi flexibilní a improvizace schopný personál, schopný přijít dělat kdykoliv. Lidé, se kterými jsem tu před dvaceti lety začínal, tu jsou vlastně většinou dosud. Samozřejmě je to i otázka jakési osobní motivace stejně jako finanční, protože pak mohou daleko spravedlivěji svůj tým lidí zaplatit, a nad tím není třeba se ušklíbat. Musíte ale vidět všechnu tu práci za tím, dvacet let dřiny, nejen ten efekt. My pracujeme třeba od sedmi ráno do dvou tří do rána, ty probdělé noci nikdo nespočítá a může jich být i hodně za sebou.

**A co tedy ta pulzní vlna?**

Je to potenciálně revoluční metoda. Jde totiž o jednu z prvních technologií, které jsou

„netermické“, nevytvářejí tepelný efekt. Ničí buňky jinak než ostatní energie. Ty ostatní energie, jako je radiofrekvenční energie, která se používá v 60–80 % případů, jako je kryoterapie – mrazení, které se používá v Evropě ve 20 %, v USA dokonce v 30–40 %, dále je to laser, ultrazvuk, mikrovlny – všechny způsobují koagulační nekrózu pomocí účinku tepla, tedy termickým efektem. Při zákroku, který nazýváme katetrizační ablace, totiž potřebujeme zničit buňku, která se nepřiměřeně elektricky aktivuje. Koagulační nekróze ale podlehnou i jiné buňky, než vlastní myokard, zničíte i okolní podpůrné tkáň – pojivovou tkáň, cévy, dochází k destrukci krevních elementů atd. Ablaci ale jde provádět i ultrakrátkým pulzem, fakticky jejich sdružením do řady ultrakrátkých kmitů, které mají nano až mikrosekundové trvání, ale vysokou voltáž. Svou energií naruší integritu membrány buňky (nazýváme to elektroporací, vytváření mikrootvorů v buněčné membráně), a tím dojde k apoptóze buňky. Další výhodou je vysoce selektivní účinek právě k buňkám myokardu. Za určité, ještě ne plně definované voltáže, dojde účinkem pulzního pole k destrukci buněk myocytu, ale nikoli jiné struktury, jako je pojivo, nervy, cévy, erythrocyty a tak dále. Největší penzum pacientů operujeme pro fibrilaci síní. Za zadní stěnou levé síně probíhá jícnem, pulzní vlnou dokonce ani nemůžeme narušit integritu jeho stěny. Vytvoření píštěle mezi levou síní a jícnem v důsledku narušení integrity stěny levé síně a jícnu je sice velmi raritní, ale vysoce mortalitní komplikací.

**Vzdušnou čarou ne příliš daleko od Homolky je neméně progresivní kardiologická klinika v IKEM....**

Překvapivě: my hodně spolupracujeme. Obecně vzato, česká pracoviště si spíše konkurují, ale pokud se na to díváte z pohledu mezinárodní úrovně, je vynikající, pokud je někdo v České republice na stejné úrovni, prostě partner ve stejné lize. I ve sportu znamená špatná kvalita národní ligy mizernou reprezentaci. Například pražský IKEM prošel úplně jiným vývojem než Nemocnice Na Homolce. Ale je důležité, že tam mají kolegové vysoký odborný potenciál, stejně tak i další česká pracoviště. Na rozdíl od klasických fakultních nemocnic je ale v NNH jakýsi genius loci. Určitě tady vždy převládal větší liberalismus v řízení medicínských procesů. Myslím, že kreativní lidé u nás mají větší prostor ve srovnání s jinými pracovišti, a to i v rámci evropského měřítko.



### Všeobecně úbytek prostoru přinesla koronavirová krize. Připadá vám v pořádku každodenní informační masáž?

Tato krize probíhá globálně. Víte, já si o koronaviru mohu myslet, co chci, ale nezdá se mi dobré, abych se já vyjadřoval k tomu, v čem zatím tápou i sami epidemiologové. Není s tím ještě zkušenost a teprve se přibližujeme i k informačnímu know-how. Průšvih je odborník v nějaké oblasti, kde je sice opravdovou a uznávanou autoritou, ale teď se veřejně vyjadřuje k něčemu, čemu rozumět ani nemůže. Profesor Holub z ÚVN pro to recentně použil pojem „eminence based medicine“ – tedy namísto „evidence based medicine“, tedy principy medicíny ověřené důkazy, kterými bychom se měli řídit. Můj úkol je jiný: za daných podmínek nám umožnit, abychom se v alespoň v nějakých mezích mohli chovat tak, že budeme schopni dál rozvíjet svoji odbornost. Co jsme dělali doposud, máme ztížené z personálních důvodů, z důvodů reorganizace péče. Ale můj úkol je udržet co nejdéle chod kardiologie v co nejlepší kvalitě, i za existence pandemie covidu naši pacienti musí být a budou ošetřeni.

**Kardiologie je velmi namáhavý obor. Máte pro ni dostatek mladých adeptů?**

Ono se hodně mluví o tom, že se mladým nechce dělat. Já s nimi rozhodně nemám problém. Možná mám magnet nebo aspoň kliku, ale osobnosti mladých lékařů, které na našem oddělení jsou, mají velký potenciál, ale jak doufám, u nás mají snad i dobré podmínky. Nejde jen o lékaře, ale i o sestry. Je to i tím, že máme hodně liberální systém řízení. A ještě jednou zásadou se řídím: dobrou organizaci oddělení, a to jakéhokoliv, většinou neurčuje vedoucí lékař, ale vedoucí sestra, tedy vrchní, staniční, úseková... Ty rozhodují o sociální struktuře pracoviště. Když jsou dobré ony, bude dobré i jejich oddělení, a tomu u nás tak je.

*Pulzní vlna je potenciálně revoluční metoda. Jde totiž o jednu z prvních technologií, které nevytvářejí tepelný efekt.*

**V kardiologii se zabýváte aktuálně jenom arytmiologií?**

Já osobně se necítím být přísně zaměřen pouze na svůj obor, za který skutečně považuji arytmiologii. Lákají mě i jiné směry v kardiologii. Například právě s Vivekem

Reddym jsme v roce 2009 provedli jako první v ČR intervenční léčbu hypertenze, tedy konkrétně renální denervaci, a dále rozvíjeli další a další aplikace, například i stimulační léčbu k ovlivnění vysokého krevního tlaku. Tyto nefarmakologické postupy teď po delší odmlce prožívají, právě ve formě renální denervace, určitý refreshment. Potřeba podílet se na inovacích je asi genetiky determinována, protože řada členů mé širší rodiny působila a působí ve vědeckých oborech, od chemie přes biologii po geologii, takže jsem od malička zvyklý probírat nejrůznější oblasti lidského poznání, a to je důležité právě pro určité pochopení vědeckého principu poznání. Cítil bych se sám příliš svázaný, pokud bych se věnoval pouze zmíněným poruchám rytmu: zajímají mě intervenční postupy u léčby chlopenních vad, dysfunkce levé komory srdeční a srdeční selhání vůbec, zmíněná hypertenze a prevence tromboembolických komplikací, tedy zvláště mozkové cévní příhody. Velmi nadějně vypadá i intervenční – tedy katetry prováděný výkon s cílem ovlivnit obezitu.

**Jste také vysokoškolský učitel. Jak se vám učí za covidu?**

Je to problém, můžeme učit zatím maximálně 15 studentů. Na cvičení k nám na

kardiologii chodí studenti ze všech tří pražských lékařských fakult. Ale máme i hodně stážístů z ostatních zdravotnických zařízení. A před zhruba 7 lety jsme navázali spolupráci s japonskou arytmiologickou společností, takže jsou tady na dlouhodobých stážích i japonsští lékaři.

Obecně jsou naši lékaři staří. Je na tom s věkovým průměrem bledně v tomto směru i kardiologie?

Ne. Potenciál mladých kardiologů je velký a máme jich relativně dost. Baví je to, zájem o tuto práci je, jak doufám, velký.

Kardiologií se zabýváte od roku 1989. Teď jste vydal knihu „V zákulisí srdce“, to je bilanční záležitost? O čem je?

Já nemám potřebu ani bilancovat, ani psát knihy. K tomu, že bych právě tuto knihu měl napsat, mě přesvědčil Karel Pacner. V první rovině jsem zmapoval vývoj kardiologie v posledních dvou desetiletích a je to zároveň i zčásti moje autobiografie. Druhá rovina knihy jsou moje ryze literární texty, povídky, kterými jsem se snažil proniknout do zákulisí onoho srdce. Je totiž univerzálním symbolem samotného našeho „já“.

## Prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., FESC,

primář kardiologie Nemocnice Na Homolce

- Vystudoval Fakultu všeobecného lékařství UK v Praze. Získal atestaci 1. stupně v oboru všeobecné lékařství a specializační atestaci v oboru kardiologie, v roce 2001 obhájil titul CSc., habilitoval v roce 2008, profesorem byl jmenován v roce 2012.
- Celý život zasvětil klinické práci a výzkumu v oboru srdeční elektrofyziologie se specializací na problematiku katetrizačních ablací srdečních arytmií.
- V roce 2007 založil první robotizační katetrizační oddělení v ČR v Nemocnici Na Homolce a experimentální laboratoř pro srdeční elektrofyziologii.
- Podílí se na řadě výzkumných projektů v rámci intervenční kardiologie a intervenční elektrofyziologie, je členem nejvýznamnějších kardiologických organizací: European Heart Rhythm Association, American Heart Rhythm Society, European Cardiac Arrhythmia Society, Fellow of European Society of Cardiology. Je předsedou Asociace pro srdeční rytmus při České kardiologické společnosti a Robotic Navigation Catheterisation při American Heart Rhythm Society.
- Od roku 2009 vede kardiologické oddělení Nemocnice Na Homolce.
- Podílí se na organizaci lokálních i mezinárodních odborných akcí věnovaných srdeční elektrofyziologii, pravidelně přednáší, věnuje se pedagogické činnosti a aktivně publikuje v mezinárodních časopisech.

Inzerce ▼ M201000031

**LINET** Group

# LINET Akademie

Získejte praktické dovednosti a klinické informace



Interaktivní školení a tréninky pro efektivní využití moderní zdravotnické techniky.

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

PRO VÍCE INFORMACÍ:  
tel.: 312 576 400  
e-mail: info@linet.cz

www.linet.cz

# Registrace léku a vakcíny proti koronaviru

*V předchozím čísle Zdravotnictví a medicíny jsem nastínil situaci klinického hodnocení nových léčivých přípravků v boji proti koronaviru z právního pohledu. Zde navazuji právními aspekty registrace nových léků.*

## Národní a nadnárodní registrace

Registrace nových léků, včetně protikoronavirových, je velmi komplikovaný a značně formalizovaný pochod, který v sobě má zabudovaných několik typů procesů. Prvním z nich je národní registrace. Jde o nejtradičtější formu a je vždy jen pro jeden konkrétní stát. Druhou formou je již nadnárodní úroveň, kterou je vzájemné uznávání členských registrací v jednotlivých členských státech v rámci Evropské unie.

V tomto přísném systému ovšem existují i výjimky, kdy jednotlivé léčivé přípravky nepodléhají žádné registraci. Mezi základní neregistrované skupiny patří například individuální léčivé přípravky v lékárnách, které jsou přímo lékárníky vyrobeny v prostorách lékáren, radionuklidy či lidská krev a plazma.

U národní registrace může být žadatelem fyzická osoba nebo právnická osoba. Nezbytnou podmínkou je, aby žadatel byl usazen a měl sídlo v některém z členských států Evropské unie. V době po brexitu se bude jednat již jen o 27 členských států EU.

V případě generických léčivých přípravků žadatel není povinen předkládat preklinické zkoušky, ale odkáže na klinický přípravek, který je po určenou dobu již řádně zaregistrován. Podobně u homeopatických přípravků je zjednodušený postup registrace.

Registrační řízení je zahájeno, a pokud byla žádost o registraci podána i u jiného státu, řízení se zastaví a žadatel je upozorněn, že musí využít institutu „vzájemného uznávání“ mezi jednotlivými členskými státy. Je-li žadatelé rozhodnutí o registraci vydáno, pak od nabytí právní moci rozhodnutí o registraci běží doba platnosti této registrace, která je 5 po sobě následujících let. Držitel registrace oznamuje v průběhu tohoto procesu započítání uvádění samotného léčivého přípravku na trh, stejně tak i jeho přerušování a případné ukončení. Standardním předpokladem pro průběžné držení procesu registrace je oznamovací povinnost držitele registrace při jakýchkoli změnách. Pokud by byl pro žadatele čas platnosti na překážku a byl nedostačující, může v posledních 9 měsících platnosti své registrace požádat o její další prodloužení.

## Pozastavení a zrušení registrace

Zahájení a trvání registrace nového léčivého přípravku ještě automaticky neznamená, že musí být vyčerpána celková doba. Registrace může být přechodně pozastavena s tím, že může být znovu obnovena, a to v případě, že zjištěné nedostatky mají odstranitelný charakter. Nastat může i druhá možnost, kdy dojde k celkovému a nenávratnému zruše-

ní, kdy lék v této podobě se musí kompletně a natrvalo stáhnout z lékového trhu.

Důvodem konkrétního pozastavení nebo zrušení registrace je v prvé řadě zjištění škodlivosti přípravku nebo absence léčebné účinnosti, nepříznivý poměr rizik nad přínosem a prospěšností nebo případy, kdy kvalitativní a kvantitativní složení přípravku neodpovídá dokumentaci, tedy nesplňuje původní předpoklady zahájené registrace. Dále pokud údaje předložené k registraci jsou nesprávné nebo chybné a zavádějící či pokud samotná výroba neprobíhá podle dříve již schválené dokumentace a odchyluje se podstatně od ní.

Registrace léčivého přípravku zaniká několika způsoby. Hlavním a nejpřirozenějším je zánik registrace uplynutím doby platnosti rozhodnutí o registraci. Subjektivním způsobem je zánik konkrétního držitele rozhodnutí o registraci. Zánik registrace může být i nedodržetím lhůty, kdy léčivý přípravek nebyl ve lhůtě 3 let od nabytí právní moci rozhodnutí o registraci ani částečně uveden na trh s léky.

## Remdesivir a Favirapivir

Nutnosti projít veškerým výše zmíněným a zejména velmi zdoluhavým procesům spojených s registrací nového léku lze předejít jen ve zcela ojedinělých a výjimečných případech. Mimořádným institutem pro mimořádné situace je tzv. specifický léčebný program, stanovený pro případ, že není léčivý přípravek registrován nebo nebylo provedeno klinické hodnocení. Schvalovací proces je nastavený tak, že prvotně vydává k takové nezvyklé situaci stanovisko Státní ústav pro kontrolu léčiv. Na toto stanovisko navazuje konečný souhlas, který vydává Ministerstvo zdravotnictví, kterému ovšem zůstává pravomoc svůj souhlas kdykoli odvolat. Lékovými přípravky, které byly touto cestou schvalovány, byly v jarních měsících tohoto roku v úvodu první vlny koronavirové pandemie, zahraniční léky Favirapivir a Remdesivir.

René Šifta  
Ústav práva a vědy





## CHRONICARE: SPECIALISTA NA NÁSLEDNOU INTENZIVNÍ PÉČI

- + FUNGUJEME VÍCE NEŽ 15 LET V SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ INTENZIVNÍ PÉČE
- + NAJDETE NÁS V PRAZE, NYMBURCE, BRNĚ A OSTRAVĚ.
- + ZARUČUJEME PŘÍJEMNÉ RODINNÉ PROSTŘEDÍ A VYSOKOU ÚROVEŇ POSKYTOVANÝCH SLUŽEB.
- + JSME SMLUVNÍM PARTNEREM VŠECH ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.
- + MÁME JEDNU Z NEJVYŠŠÍCH ÚSPĚŠNOSTÍ V ČR V NÁVRATNOSTI PACIENTŮ K PLNOHODNOTNÉMU ŽIVOTU I ZA POMOCI DUPV (DOMACÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE).



NAŠÍ  
VÝHODOU  
JE KOMBINACE  
ŠPIČKOVÉ MEDICÍNY  
A LIDSKÉHO  
PŘÍSTUPU

CELKEM  
5 ZAŘÍZENÍ  
+++++  
97 NIP/34 DIOP  
LŮŽEK

# Na pozici výkonného ředitele ČAFF končí Martin Mátl

*Vedení České asociace farmaceutických firem (ČAFF) se dohodlo s jejím dosavadním výkonným ředitelem Martinem Mátle na ukončení jeho působení ve vedení asociace ke konci letošního roku. Martin Mátl, který byl v čele asociace od roku 2015, byl v pořadí třetím výkonným ředitelem v historii ČAFF. Ta se za dobu 20 let rozrostla v jednu z nejvýznamnějších průmyslových asociací, sdružující bezmála dvě desítky farmaceutických firem, které na český trh dodávají téměř každý druhý lék.*

„Martin Mátl přinesl do vedení naší asociace vysokou profesionalitu a odbornost. Za dobu jeho působení se naše asociace stala respektovaným hráčem v celém systému veřejného zdravotnictví, které dnes, více než kdy jindy, potřebuje vytvářet strategická partnerství napříč celým farmaceutickým průmyslem. Věříme, že změnou na pozici výkonného ředitele tuto nezastupitelnou roli naší asociace zachováme. Vážíme si práce, kterou Martin pro asociaci za posledních pět let odvedl a doufáme, že v pravý čas oznámíme jeho nástupce,“ uvedl Juan Carlos Conde, předseda představenstva ČAFF a generální ředitel Teva Pharmaceuticals. „Osobně bych chtěl Martinu Mátlovi popřát mnoho úspěchů ve všech

jeho budoucích krocích,“ dodal Juan Carlos Conde.

Martin Mátl setrvá ve funkci výkonného ředitele ČAFF do 31. prosince 2020. Ve funkci bude nahrazen novým ředitelem, který vzejde z otevřeného výběrového řízení. „Jsem rád, že za poslední roky došlo k rozvoji generického průmyslu v ČR. Věřím, že asociace bude i nadále cenným partnerem pro státní instituce a význam generik a biosimilars bude v celé Evropě bezpochyby i nadále růst,“ řekl Martin Mátl.

Mátl byl třetím výkonným ředitelem ve dvacetileté historii ČAFF, která sdružuje výrobce a dodavatele generických léčiv a biosimilars.

Zdroj: ČAFF, MH



Foto: archiv MF

Inzerce ▼ XA201001156

## Zájem o služby zdravotní pojišťovny RBP roste

*Potvrdilo to poslední přeregistrační období, v jehož průběhu RBP zaevidovala nárůst pojištěnců od 1. ledna 2021 v řádu několika tisíc osob.*

„V akvizičním období, které skončilo 30. září 2020, jsme zaznamenali příchod více než 11 500 nových klientů. Za vedení RBP jim chci poděkovat, že nám projevíli svoji důvěru a přestoupili k Dvěstětrináctce. Poděkování ale rovněž patří i stávajícím klientům za jejich mnohaletou věrnost. Tato pozitivní bilance nás utvrzuje v tom, že naše práce spočívající nejenom v zajištění kvalitní zdravotní péče, ale i v přípravě a realizaci nových projektů a aktivit ve prospěch klientů má smysl a postupně přináší svoje ovoce,“ uvedl výkonný ředitel Antonín Klimša.

Vedle více než 200 leté tradice působení značky RBP v českých zemích a dlouhodobé finanční stability je pojišťovna na poli implementace distanční medicíny jedním z průkopníků moderních léčebných metod v České republice. Sama aktivně připravuje a realizuje nové telemedicínské a zdravotní programy, inovativní postupy. V neposlední řadě rovněž intenzivně pracuje na zkvalitňování indivi-



Antonín Klimša, výkonný ředitel RBP

duální spolupráce s jednotlivými poskytovateli zdravotní péče.

„Před dvěma lety jsme například odstarovali jeden z největších telemedicínských projektů v Česku (a možná i ve střední Evropě) s názvem Šance pro srdce. Jeho cílem je zkvalitnit možnosti léčby vysokého krevního tlaku a v maximální míře u takto diagnostikovaných pacientů snížit riziko infarktu a cévní mozkové příhody. Do projektu se už zapojilo bezmála 2,5 tisíce pacientů a několik desítek spolupracujících lékařů. Souběžně s ním máme ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Ostrava připravený další telemedicínský projekt zaměřený na diabetiky. Pokud se i tento způsob léčby ukáže jako efektivní, budeme usilovat o jeho rozšíření a postupné navazání spolupráce s příslušnými specialisty a zařízeními na celém území České republiky. Unikátním je i projekt MAGNET 213, v jehož rámci zdravotní pojišťovna RBP garantuje všem svým klientům vyšetření na magnetické rezonanci maximálně do 4 týdnů, tedy zkrácení čekací lhůty i o několik měsíců,“ dodal Klimša.



# Praha drží spolu!

## COVID-19

V tomto ročním období jsou časté rýmy, kašle a mírné teploty, což však neznamená, že musí jít o nákazu koronavirem. V první řadě příznaky konzultujte se svým praktickým lékařem, který Vám doporučí další postup.

### Důležité linky a kontakty pro veřejnost na území hl. m. Prahy

#### Informační linka ke koronaviru: 1221

Linka pomoci seniorům a potřebným zdarma: 800 160 166

Hygienická stanice hl. m. Prahy: 227 272 065

Celostátní informační linka pro podnikatele: 1212

Odběrová místa naleznete na: [covid.praha.eu](https://covid.praha.eu)

### Stále platí pravidlo 3R:



**noste Roušky**



**myjte si Ruce**



**dodržujte Rozestupy**

**Doporučujeme stáhnout si zdarma aplikaci eRouška.**  
Aplikace umožňuje včas a anonymně upozornit uživatele na rizikové setkání s nakaženým.



## Nový Urgentní interní příjem FN Plzeň

Nový Urgentní interní příjem zahájil svůj provoz v borském areálu FN Plzeň. Specializované pracoviště s nepřetržitým provozem zajišťuje příjem a poskytování ambulantní péče především pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví a nemocným se závažnou, náhlou změnou zdravotního stavu. Provoz popisuje vedoucí lékařka doc. MUDr. Jitka Mlíková Seidlerová, Ph.D.: „15. října jsme otevřeli nové pracoviště ošetřující všechny pacienty s interními či plicními

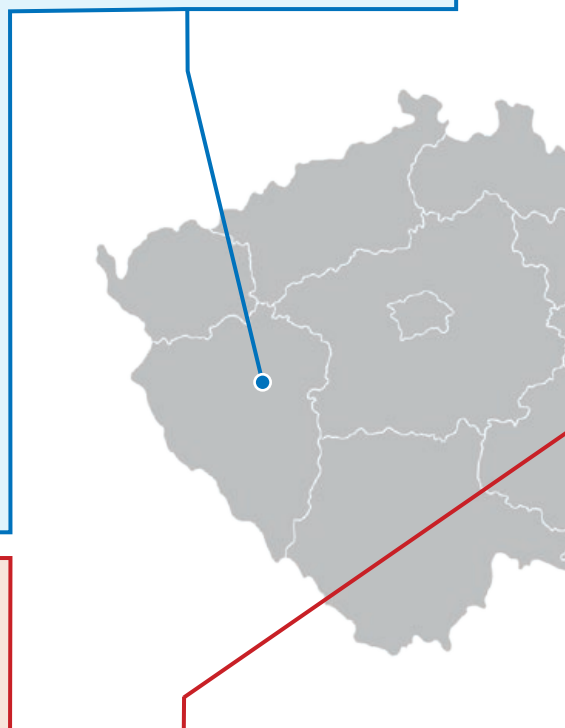


obtížemi nebo s podezřením na covidovou nákazu. Denně naši zdravotníci ošetří stovky pacientů, proto jsme prostory členili na tzv. čistou část a na trakt pro pacienty s podezřením na covidovou nákazu. V čisté části jsou 2 ambulance, 4 jsou v tzv. covidové. V nových prostorech bude v jedné směně pracovat 5 lékařů, minimálně 10 sester a další personál. Při vstupu do prostor příjmu provede triážový pracovník s pacientem rozhovor, změří mu teplotu, dechovou frekvenci, tlak a nasměruje jej do čisté nebo covidové části, kde je přijat na příslušnou oborovou ambulanci. V případě méně závažných stavů je pacient, po provedení nezbytných vyšetření a ošetření, propuštěn do domácího ošetřování a předán do péče praktického lékaře či ambulantního specialisty. K péči o pacienty, u kterých je zapotřebí delší doba pro rozhodnutí o případném přijetí k hospitalizaci či propuštění, jsou využívána observační lůžka.“

Rozsáhlá přeměna původních prostor trvala pouhé 3 týdny a náklady byly ve výši cca 1 milion korun. Byly zavedeny nové rozvody kyslíku, přípojky elektřiny, nové technologie pro komunikaci, kamery, počítače a monitory, vyšetřovací

lůžka. Na místě jsou dostupné základní diagnostické technologie (mobilní RTG, sonograf) a k CT vyšetření budou pacienti převáženi do vedlejšího pavilonu podzemní spojovací chodbou. Nový Urgentní interní příjem se nachází v prostoru bývalé vojenské nemocnice, v pavilonu 54 (interní pavilon), společně se dvěma covidovými pracovišti s kapacitou 50 standardních lůžek. Pro případné zvýšení kapacity se připravuje otevření třetí covidové stanice v tomto pavilonu.

Zdroj a foto: FN Plzeň



## Kogenerační jednotka dodá teplo celé nemocnici

Veřejnou soutěží se podařilo nemocnici najít spolehlivého partnera a vytvořit výhodné podmínky pro dodávky tepla. Firma ČEZ Energo vybraná ve veřejné soutěži realizuje instalaci kogenerační jednotky na vlastní náklady. Jejím hlavním záměrem je výroba elektrické energie pro podporu rozvodné sítě. Kogenerace je kombinovaná výroba elektrické energie, při které vzniká teplo jako vedlejší produkt a to bude využívat nemocnice. Kogenerační jednotku si lze představit jako mini-elektřárnu a mini-teplárnu v jednom. Jde o vysoce efektivní způsob výroby energie.

„Tímto způsobem jsme si zajistili část spotřeby tepla nemocnice z moderního zdroje. Navíc jsme si také stabilizovali cenu tepla do budoucna. Tím uspoříme finance, které budeme moci využít na péči o naše

pacienty,“ zhodnotil výhody projektu ředitel Nemocnice Havlíčkův Brod Mgr. David Rezníčenko, MBA.

Do nemocnice bude ČEZ Energo dodávat teplo vyrobené při výrobě elektrické energie, kterou bude distribuovat do rozvodné sítě. Nemocnice mu proto se souhlasem zřizovatele, Kraje Vysočina, pronajala prostor na 15 let a ve veřejné zakázce vysoutěžila ekonomicky výhodné podmínky.

„Teplo bude nemocnice odebírat pouze v případě, že jeho systém měření a regulace v energetice zaznamená potřebu dodávky tepla do nemocničního systému. Pokud nebude nemocnice teplo potřebovat, bude si ho dodavatel uskláňovat v akumulační nádrži,“ dodal Josef Tvrď. Systém bude regulovat odběry přes fakturační měřidlo, čímž bude zaručena i

maximální hospodárnost v odběru tepla. Kogenerační jednotky o výkonu 1 MWe byla umístěna v prostorách nemocniční kotelny. Vedle objektu byla nainstalována akumulační nádrž.

Dosud nemocnice využívala centrální plynovou kotelnu s dvěma nízkotlakými teplovodními kotli a jedním středotlakým parním kotlem s plynovými hořáky a automatickou regulací výkonu. Topná voda je dále pomocí kotlových čerpadel rozváděna z teplovodních kotlů přes rozdělovač a sběrač do jednotlivých objektů nemocnice, kde také dochází k přípravě teplé vody.

Dokončení realizace díla je plánováno na prosinec tohoto roku. Uvedení do provozu je ještě závislé na připojení do rozvodné elektrické sítě.

(red)

## Šance funguje na Dětské klinice Fakultní nemocnice Olomouc už deset let

Při příchodu na Dětskou kliniku Fakultní nemocnice Olomouc to místo rozhodně nemůžete minout. Hned od vstupu totiž zahlédnete nabídku dekorativních drobností a upomínkových předmětů a zářící výlohy. Vše patří k Dětské galerii provozované sdružením Šance Olomouc a láká k její návštěvě. Letos v květnu to bylo přesně deset let, co organizace, jejímž posláním je humanizovat náročnou protinádorovou léčbu dětí a usnadňovat jejich návrat do běžného

života, útulný obchůdek otevřela a využívá pro dobrou věc. Výtěžek z prodeje věnuje na nákup výtvarného materiálu, podporu dětských pacientů, jejich rodin, ale také na vybavení galerie nebo výzdobu kliniky.

S nápadem přišel tehdejší lékař Dětské kliniky a nyní šéf Ústavu molekulární a translační medicíny Marian Hajdúch. A samotné realizace včetně výběru místa se pak ujal Vladimír Mihál, který tehdy byl přednostou kliniky. Nabídka obchůdku je nyní skutečně pestrá, od malých ozdob v podobě andílků, přáníček, mýdélků, zápchů do květináčů, nebo zásobníků na toaletní papír přes drátkované předměty a květináčky s obrázky až po polštářky, keramiku, dětské knížky nebo ručně barvené hedvábné šátky. Na tomto rozvoji Šance mají výrazný podíl učitelky základní školy při Fakultní nemocnici Olomouc a také výtvarnice připravující pro malé pacienty tvůrčí dílny. Ty mají pro děti i terapeutický význam. Nejen že při tvůrčí práci můžou aspoň na chvíli zapomenout na své bolístky, ale rozvíjí se tak i jejich jemná motorika. „A také mě velmi těší, že tu pravidelně potkávám i zaměstnance kliniky, kteří se dokonce účastní keramických dílen nebo se jednoduše přijdou odreagovat tvořením,“ pochvaluje si spolupráci Herta Mihálová, ředitelka Šance. Do tvoření se podle ní někdy zapojují i maminky, některé z nich dokonce s Dětskou galerií spolupracují



i dlouhodobě. Dětské výrobky tady většinou nezůstávají, děti si je berou s sebou domů, ale ozývají se maminky i babičky, které nám věnují své výrobky do obchůdku, například polštářky, pletené ponožky nebo šátky.

Dětská galerie je podle Herty Mihálové celorepublikovým unikátem a za deset let svého působení se stala finančně soběstačnou a vyhledávaným cílem zaměstnanců FN Olomouc i veřejnosti. „Už se například všeobecně ví, že právě u nás se prodávají každý rok vánoční hvězdy nebo adventní věnce a ozdoby z Věncování. Ale sledujeme, že se k nám lidé vracejí, když chtějí své blízké potěšit nějakou milou drobností, jejíž prodej pomůže dobré věci. A to nás velmi těší,“ má radost ředitelka Šance.

(red), foto: Vladimír Janek

## Nadační fond NEUROSMART spolupracuje i s FN Brno

Naděje na zlepšení života pacientů s neurodegenerativními onemocněními nabízejí i moderní technologie, například tzv. chytré náramky, které monitorují aktuální zdravotní stav pacienta. Projekt Nadačního fondu NEUROSMART je nyní ve fázi testování. Chytré náramky nabízejí nepřetržitý dohled nad zdravotním stavem pacienta. Díky nošení tohoto náramku tak může pacient předcházet některým krizovým situacím. Pokud taková nastane, náramek pak okamžitě zalarmuje pečující členy rodiny či přímo zdravotnickou záchrannou službu.

Na nedávném zasedání nadačního fondu vystoupily i dvě lékařky FN Brno. Prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc., která je současně zřizovatelkou a zakladatelkou Nadačního fondu NEUROSMART, oceňuje přínos chytrého náramku pro své pacienty: „Při lehkém a středním stádiu se pacienti s Alzheimerovou nemocí často potýkají s chybami v užívání léků, nedodržováním dietních a režimových opatření, což samozřejmě běžné populaci unikne, náramek však na toto upozorní.“

Náramky ale nejsou určeny jen pro pacienty vyššího věku, ale i pro děti od

12 let. Dětské a adolescentní epilepsii se věnuje ve FN Brno doc. MUDr. Hana Ošlejšková, Ph.D. Na základě spolupráce s Nadačním fondem NEUROSMART rekapitulovala základní fakta o dětské epilepsii. Především zdůraznila psychologický stres, který aktivní epilepsie vyvolává u nemocných i jejich rodin a sourozenců. Až 6x více než zdraví mají děti s epilepsií např. depresi.

Nadační fond NEUROSMART chce do konce roku darovat 15 chytrých náramků FN Brno.

(red)

# LDN není zkratka pro konečnou stanici

*Tu situaci zná ve zdravotnictví každý a netýká se jen našich nejstarších pacientů: úžasná, heroická akutní medicína odvede perfektní práci, ale sehnat pak pro ně odpovídající následnou péči, pokud ji potřebují, to vůbec není jen tak... Pohled „zevnitř“ přibližují naše rozhovory s ředitelem a se šéflékařem pražské Nemocnice Bubeneč.*

## Dnes už je situace jiná

„Už sama zkratka LDN v lidech asociuje konečnou stanici. Možná to i odpovídalo realitě, ale snad před třiceti lety. Dnes je situace úplně jiná. Máme spoustu pacientů, kteří se po rehabilitaci, po doléčení vrací zpět k plnohodnotnému životu ve stavu před onemocněním nebo úrazem,“ říká MUDr. Petr Werbik, výkonný ředitel Nemocnice Bubeneč.



MUDr. Petr Werbik, ředitel Nemocnice Bubeneč

## Jakou péči vaše zdravotnické zařízení poskytuje?

Jde o komplexní následnou péči. Zdravotní péči poskytujeme na 80 lůžkách, kromě zdravotních máme ještě 20 sociálních. Zdravotní lůžka se podle druhu péče dělí na 40 lůžek následné péče, 20 lůžek rehabilitačních a 20 lůžek ošetrovatelských. Součástí nemocnice je také interní ambulance a ordinace praktického lékaře. Za velký bonus pokládám našich dvacet rehabilitačních lůžek a početný tým kvalitních fyzioterapeutů.

## To je celkem 100 lůžek. Odpovídá to poptávce po nich?

Už teď máme obloženost okolo 90 % a byla by ještě vyšší, zájem je veliký, ale vznikla určitá omezení související s pandemií Covid 19. Zájem o lůžka následné a dlouhodobé péče je samozřejmě mnohem větší, než je nabídka, nejen u nás, ale obecně v celé republice.

Není tu dostatečný počet zařízení, kterými bychom poptávku pokryli.

## Má Nemocnice Bubeneč šanci navýšit počet lůžek?

V této budově určitě ne, máme omezenou kapacitu, počet pokojů je tu už daný a konečný. Tady se rozšiřovat není kam. Ale snad v průběhu několika let zařízení přestěhujeme do jiné, větší budovy, pak by se i tato možnost nabízela.

## Hovoříme o následné lůžkové péči. Zákon ji definuje jako péči poskytované pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit. Je to tak?

S takovou definicí následné péče úplně nesouhlasím. Víím, že už sama zkratka LDN v lidech asociuje konečnou stanici. Možná to i odpovídalo realitě, ale před třiceti lety. Dnes je situace úplně jiná. Máme spoustu pacientů, kteří se po rehabilitaci vrací zpět k plnohodnotnému životu ve stavu před onemocněním nebo úrazem. A jako našeho pacienta si nepředstavujte pouze seniora. Jde obecně o pacienty, kteří již nevyžadují pobyt na akutním lůžku, nicméně stále potřebují odbornou péči lékařů a zdravot-

níků, zejména z důvodů imobility a ztráty soběstačnosti. Spektrum je velmi široké. Hlavně jde o doléčování pacientů z interních oborů, chirurgických oborů, neurologie. Velmi často bývají polymorbidní. Všechny tyto faktory se setkávají samozřejmě nejčastěji ve stáří, proto i většinu našich pacientů tvoří senioři.

## Medicína prodloužila lidský život, ale ne život ve zdraví. Jak vy sám hodnotíte péči o ty křehké u nás v ČR?

Dlouhou dobu byla ze strany státu tato otázka poněkud podceňována. Až v posledních několika letech se situace napravuje, díky novým státním i soukromým zdravotnickým zařízením. Nám se podařilo vybudovat kvalitní tým odborníků – jak lékařů, tak nelékařského zdravotnického personálu. Máme specialisty na geriatrii, paliativní léčbu, na rehabilitaci. To z nás dělá i ve smyslu komplexnosti poskytované péče výjimečné zařízení.

## Jedním z bonusů péče u vás je velmi kvalitní rehabilitace a fyzioterapie. Máte tu dokonce i canisterapii. Jak na ni pacienti reagují?

Je to vítané a nepříliš často vídané zpestření. Pejsek chodí ke každému pacientovi, který



Rehabilitace v Nemocnici Bubeneč

si to přeje. Je velice přátelský, nechá se hladit. Ale ne každý má rád psy, nikomu canisterapii nevnucujeme.

**Situace kolem pandemie koronaviru je náročná i pro vaše pacienty. Jak situaci vnímají?** Určitě vidíme negativní dopad ztráty osobního kontaktu s blízkými, prakticky všichni mají mobily, ale osobní setkání jim velmi chybí. Setkáváme se i s narůstající apatií, ztrátou chuti k jídlu, chřadnou nám před očima. Právě jim se teď věnujeme ve zvýšené míře, snažíme se s nimi častěji mluvit, pozitivně je naladit. Těm, kteří mají zájem, nabízíme tablety připojené na internet, aby se během rozhovoru mohli se svými blízkými i vidět.

#### Jak situaci vnímají vaši zaměstnanci?

Naše zaměstnance musím pochválit. Samozřejmě mají obavy z nákazy koronavirem sebe i svých blízkých. Stres je tu stále přítomen, i když už ho ani nevnímají, v podprahové hladině zůstává. Ale v práci jsou profici a chovají se odpovědně i mimo naše zařízení. O tom svědčí i nulový výskyt pozitivních testů při našem testování. A co je důležité, i v této nelehké situaci mají vždy úsměv pro naše pacienty a klienty.

#### Teď ještě vhodnou budovu a víc sestřiček

Primář Nemocnice Bubeneč MUDr. Matěj Voskovec-Vaksman, je právě s Bubenečí spjatý doslova od narození – na svět přišel v bývalé nedaleké porodnici. O mnoho let později pak jako medik stážoval na interně ve stejné budově, kde nyní, po dalších desítkách let, zastává funkci vedoucího lékaře.



MUDr. Matěj Voskovec-Vaksman,  
primář Nemocnice Bubeneč

**Na začátku letošního roku jste nastoupil do Nemocnice Bubeneč, a to na pozici primáře. Nelitujete svého rozhodnutí?**

Nelituji ho. Je to mé třetí působiště ve zdravotnickém zařízení typu lůžek následné



Nemocnice Bubeneč

péče, získával jsem s touto péčí zkušenosti na různých místech, mohu tedy jak porovnávat, tak i zkoušet aplikovat, co se osvědčilo jinde. A musím konstatovat, že tady jsem ze všech svých dosavadních působišť nejspokojenější. Jsem tu rád i proto, že si maximálně vycházíme vstříc s ředitelem nemocnice, doktorem Werbikem. Vidím, že změny k lepšímu, které chceme, můžeme realizovat. Tam, kde jsem působil dříve, jsem s nimi prorážel mnohem obtížněji, pokud vůbec. Já jsem nastoupil v lednu, náš ředitel, MUDr. Petr Werbik, v únoru, a pokroky jsou tady i za tu krátkou dobu patrné.

#### Čím se už teď vaše nabídka liší od obdobných zdravotnických zařízení?

Rozhodně se lišíme pestrostí nabídky lůžek, máme jak LDN (lůžka dlouhodobě nemocných), tak rehabilitační lůžka, tak i lůžka ošetrovatelská. Do našeho konceptu péče výborně zapadají i lůžka sociální. Ta pro nás nejsou klíčová, ale máme možnost umístit na ně alespoň dočasně jinak obtížně umístitelné „problémové“ pacienty v těžké sociální situaci. Vyzvednout ale musím naše rehabilitace, jsme v nich velmi úspěšní, kromě radosti z výsledků nám to přináší i značnou prestiž v rámci oboru. Mrzí nás, že rehabilitační lůžka můžeme poskytovat jen pro pojištěnce VZP. Je jich sice většina, ale jsou tu i klienti jiných zdravotních pojišťoven.

#### Rehabilitujete ale všechny pacienty, nebo ne?

Ano, rehabilitujeme samozřejmě všechny naše pacienty, ale v různé míře a různými způsoby, to je třeba správně zvolit. Pacienty přijmeme nejprve na lůžka následné péče. Tam zjistíme i jejich možný profit a perspektivy i z hlediska fyzioterapeutické práce s nimi. Ti, pro které by přinášela největší benefit, jsou adepty pro rehabilitační lůžka.

Výborné je, že tam pak provádíme rehabilitaci velmi intenzivně. Výsledek je vidět, ti lidé se opravdu výrazně zlepšují, což i nám dělá velkou radost.

#### Co vám naopak radost z práce nejvíc kazí?

Náš největší limit je budova, ve které se nacházíme. Je to velmi starý dům, jeho koncepce a dispozice naprosto neodpovídají současným standardům pro zdravotnické zařízení. Například pacienti tu mají společné koupelny a sociální zařízení. Potřebovali bychom vhodnější prostory. Tíží nás také doslova boj o kvalitní personál. Pokud jde o lékaře, jsme na tom nyní velmi dobře. Lékařský tým je na počet lůžek dostačující a velmi kvalifikovaný – a kvalitní. Tíživý moment je nedostatek středního zdravotního personálu, sesterského i ošetrovatelského.

#### Máte nějaké přání pro svůj obor, kromě dostatku sestřiček?

Jak ubývá akutních lůžek, tlak na následná lůžka se zvyšuje, narůstá jejich potřeba. Pacienti se na ně dostávají nedoléčení. Pacienti překládaní z akutních na následná lůžka, a jejich rodiny, bývají někdy neúplně informovaní a mají velká očekávání, v duchu „tam už se to doléčí“ i ve stavech, kdy to není reálné. Zároveň ale ještě stále laická a mnohdy i odborná veřejnost chápe LDN jako místo, odkud není cesty domů. To je opravdu chybné chápání. Moje přání je, aby se prestiž LDN zvedla a hlavně aby byla jinak prezentována veřejnosti. Svoji službu děláme kvalitně a spouště lidí pomáháme překrýt dobu, kdy v důsledku nemoci nebo úrazu nejsou soběstační a vracíme je zpět do samostatného života. Nebo, pokud to nejde, alespoň jejich rodiny získají čas pro řešení jejich sociální situace.

(JJ), foto: Nemocnice Bubeneč

# Sestra roku



## Děkujeme partnerům soutěže!

Generální partner:



Hlavní partneři:



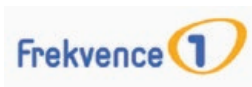
Partneři:



Partner galavečera:



Mediální partneři:



Záštity:



Sestru roku podpořili:



Pořadatelé:



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

# Časopis Zdravotnictví a medicína udělil ceny v soutěži Sestra roku 2019

30. září 2020 se v Kině Lucerna v Praze uskutečnilo finále soutěže Sestra roku 2019. Dokončen tak byl již 20. ročník soutěže, kterou letos pořádal Medical Services vydavatelství Mladá fronta ve spolupráci s Centrem rozvojových aktivit Unie zaměstnavatelských svazů ČR. Redakce časopisu Zdravotnictví a medicína měla tu čest s odbornou porotou vybrat do finále sestry, které svému povolání zasvětily celý život, dělají ho rády a svým pozitivním a lidským přístupem jsou skvělým příkladem pro své mladé kolegyně.

Soutěž Sestra roku je tradiční událostí koncipovanou jako poděkování sestrám a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům za jejich mimořádnou a zodpovědnou práci. Záštitu nad touto prestižní soutěží již tradičně převzala Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Magistrát hlavního města Prahy, Česká asociace sester (ČAS) a Asociace zdravotnických škol ČR. Odborným garantem soutěže je ČAS.

O vítězích v jednotlivých kategoriích rozhodovala v rámci galavečera druhá odborná

porota, jejíž předsedkyní byla PhDr. Martina Šochmanová, MBA, prezidentka ČAS.

Vítězkou v kategorii **Sestra v přímé ošetrovatelské péči** se stala Veronika Petrášová, dětská sestra oddělení neonatologie ve Fakultní nemocnici Ostrava. Druhé místo obsadil Martin Šulc, všeobecná sestra specialista v oddělení akutní kardiologie, koronární jednotka, Nemocnice Na Homolce v Praze.

Třetí místo získala Bc. Kateřina Pernická, všeobecná sestra, metabolická jednotka Interní kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole v Praze.

Vítězkou v kategorii **Sestra v managementu a vzdělávání** se stala Mgr. Dana Vaňková, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, Fakultní nemocnice Hradec Králové. Druhé místo v této kategorii získala Mgr. Ilona Lálová, staniční sestra II. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, koronární jednotka. Třetí byla PhDr. Andrea Polanská, náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči, Fakultní nemocnice Ostrava.

Redakce časopisu Zdravotnictví a medicína udělila mimořádnou cenu **Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství**.



Soutěžící společně s porotci: (zleva) Andrea Polanská, Ilona Lálová, Bronislava Kunová, Dana Vaňková, Roman Prymula, Veronika Petrášová, Karel Novotný, Martin Šulc, Hynek Steska, Martina Šochmanová, Petr Neužil, Hana Slámová

Držitele této ceny vybírá redakce ze všech došlých přihlášek s cílem ocenit celoživotní práci nominované, jež představuje významný kvalitativní přínos pro rozvoj oboru ošetrovatelství. Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství bylo uděleno paní Bronislavě Kunové, úsekové sestře Domova seniorů Břeclav.

Nejvíce hlasů v online **anketě Sestra mého srdce** obdržela Veronika Petrášová, dětská sestra, oddělení neonatologie Fakultní nemocnice Ostrava.

Již počtvrté v historii soutěže proběhlo vyhlášení vítěze kategorie **Nejlepší zdravotnická škola roku**. Podporou středoškolského

zdravotnického vzdělávání chce vydavatelství Mladá fronta připomenout jeho celospolečenský význam a motivovat budoucí nelékařské zdravotníky, aby se pro studium na zdravotnických školách rozhodli. Vítězem této kategorie se stala Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Zlín.

Generálním partnerem soutěže byl HARTMANN Česká republika. Tato společnost podporuje soutěž Sestra roku již šestnáctým rokem. Jak v závěrečném poděkování sestrám připomněl Ing. Tomáš Groh, člen představenstva HARTMANN ČR, výzvou dneška je covid, ale výzvou budoucnosti zů-

stává ošetrovatelská péče a právě díky sestrám bude i tato, trvalá výzva, naplňována.

Hlavními partnery soutěže byla společnost AGEL a Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR 211, partnery Magistrát hlavního města Prahy a společnost SATUM. Partnerem galavečera byla společnost CHRONICARE.

Galavečer moderoval Libor Bouček, v programu vystoupilo hudební uskupení Prague Film Orchestra Sexteto. Vyhlášení výsledků se letos poprvé uskutečnilo i prostřednictvím streamovací služby přes online prostředí.

Jana Jílková

Foto z galavečera Sestra roku: Jiří Kořátko



Prague film orchestra Sexteto s moderátorem večera Liborem Boučkem







Karel Novotný a Roman Prymula



Jiří Horecký, Jan Cívín a Martina Šochmanová



Tomáš Groh (uprostřed) s doprovodem



Petr Neužil, Karel Novotný, Martina Šochmannová a Jan Cívín



Veronika Petrášová, Martin Šulc a Kateřina Pernická



Ilona Lálová, Dana Vaňková a Andrea Polanská



Libor Bouček, Martina Šochmanová a Veronika Petrášová



Ilona Lálová a Petr Neužil



Hynek Steska a Karel Novotný



Bronislava Kunová a Dagmar Havlová



Roman Prymula a Veronika Petrášová



Tomáš Groh a Martina Šochmanová

# Člověk potřebuje lidi, které má rád

*Ve dvou kategoriích zvítězila **Mgr. Veronika Petrášová**, staniční sestra z Jednotky intenzivní a resuscitační péče (JIRP) pro novorozence oddělení neonatologie Fakultní nemocnice Ostrava. Získala nejvyšší ocenění v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči a dostala i nejvíce hlasů v on-line anketě Sestra mého srdce.*

**Co pro vás ta ocenění znamenají? Máte z nich radost?**

Z ocenění mám opravdu velikou radost a moc si jich vážím. Chápu je jako ocenění pro celou neonatologii ve Fakultní nemocnici Ostrava. Vnímám, že ocenění v přímé ošetrovatelské péči jsme získali za všechny ty drobnosti, kterými jako tým podporujeme rodiče v jejich nelehké situaci. Není možné, aby šlo toto ocenění jen za jednotlivcem, protože i kdybych chtěla něco dělat jinak, tak pokud mě v tom nepodpoří všichni ostatní, tak to fungovat nebude. A u nás to funguje a já jsem za to velice vděčná. Ocenění Sestra mého srdce mě těší dvojnásob, jelikož naši práci, laskavost a ochotu ocenili i lidé, kteří sami naši péči prošli. A to jsou například rodiče. Opravdu moc děkuji.

**Ve zdravotnictví pracujete již dvacet let, nyní na pozici staniční sestry JIRP pro novorozence. Jaké jsou pilíře právě této práce? Má nějaká profesní či lidská specifika?**

Ano, tato práce má svá specifika a je docela odlišná od práce sestry u lůžka. A přesto, že se snažím stále zůstat i sestrou u lůžka a být v přímém kontaktu s dětmi i jejich rodiči, mnohem víc časového rozvrhu mi zabírá práce manažerská. Není to ale jen o tom, že je potřeba zajistit materiální chod oddělení a obsadit služby, i když toto je nedílnou součástí mé práce. Staniční sestra musí stále sledovat, co se na oddělení děje a umět na to zareagovat. Musí znát osobnostní předpoklady nejen všech svých sester, ale i lékařů a nadřízených. Jelikož právě tyto skupiny určitým způsobem spojuje a se všemi spolupracuje. Snažím se stát pevně nohama na zemi a vím, že není na světě člověk ten, který by se zavděčil lidem všem. Přesto chci, aby změny, které jsou přirozenou součástí chodu každého oddělení, byly přínosné a dobře podané. V rámci komunikace preferuji klidný rozhovor a upřímnost. Nejvíce oceňuji laskavost a ochotu. Jako sestra u lůžka se cítím mnohem příjemněji a je to práce mému srdci bližší. Přesto vnímám, že jako staniční sestra mám vliv na to, co nového se u nás na oddělení prosadí. Mohu se tedy zasadit o změny, ze kterých mám radost. Naštěstí díky skvělému vedení našeho od-



dělení i týmu sester a sanitářek mám svou práci ráda.

**Po předání ocenění Sestra mého srdce jste pronesla krásný vzkaz nám všem. Mohla byste ho shrnout i pro čtenáře Zdravotnictví a medicíny?**

Ano, velmi ráda. Chtěla bych říct všem, že nesmíme zapomínat na to, že člověk má své potřeby a jejich naplňování je nesmírně důležité. Poslední dobou se zabýváme hlavně

potřebami biologickými, ale nesmíme zapomínat ani na ty psychosociální. Člověk, ať je mladý či starý, zdravý nebo nemocný, potřebuje lidi, které má rád. Všichni potřebujeme cítit, že jsme pro někoho důležití. Nezapomínejme si dávat tuto lásku najevo. Pohlazení, obejmutí, vlídné slovo i čas strávený spolu. Objímejte své nejbližší a přikládejte si je jako hojivou náplast. Dopřejme si být šťastný. Milovat a být milován.

(J)

# Nastavený systém vzdělávání bych neměnila

Vítězkou v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání se stala **Mgr. Dana Vaňková**, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Hradec Králové.

**Kromě ošetrovatelské a manažerské práce se věnujete i výuce studentů zdravotnických oborů, vzdělávání se věnujete celoživotně. Mění se v čase vztah studentů k oboru a poslání, které si zvolili?**

Za své více než desetileté působení ve výuce bakalářského oboru Ošetrovatelství na

LF UK v Hradci Králové i ve výuce na VOŠZ a SZŠ Hradec Králové mohu říci, že se studenti v letech opravdu mění. Ani ne tak ve vztahu k povolání sestry, ale v tom, jaké mají představy o jeho výkonu a skloubení se svým soukromým životem. Pozitivní je, že mnozí z nich mají

poměrně velký zájem o další vzdělávání, zajímají se především o možnosti specializačního vzdělávání nebo certifikovaných kurzů.

**Co se z vašeho pohledu změnilo ve vašem oboru za posledních dvacet let?**

Tak jako se dynamicky vyvíjí celá medicína, tak se vyvíjí i ošetrovatelství a práce všech nelékařských zdravotnických pracovníků. Nové metody a nové poznatky přinášejí větší nároky na zdravotnický personál. S tím je úzce spjata i potřeba celoživotního vzdělávání pro všechny profese. Určitě je daleko větší technická náročnost napříč všemi obory, neustále se rozšiřuje a mění spektrum například používaných léčivých přípravků, jejichž podávání musí sestry ovládat. Dalo by se uvést i více příkladů.

**Stalo se celoživotní vzdělávání sester stejnou nezbytností, jako je tomu u lékařů?**

Celoživotní vzdělávání se stalo v oboru Ošetrovatelství naprostou nutností. Celý obor se rychle vyvíjí, a pokud bychom se dostatečně nevzdělávali, tak není možné zajistit kvalitu a bezpečnost poskytované péče. Jako příklad mohu uvést přístup k hojení ran, kdy před dvaceti lety bylo výrazně méně možností volby v oblasti léčiv a obvazových materiálů, než je nyní a pro sestru je naprosto nezbytné se v tom dobře orientovat.

**Jakým směrem by se měl systém vzdělávání v budoucnu ubírat?**

Současný systém vzdělávání bych neměnila, diskutabilní je dvojkolejnost vzdělávání všeobecných sester, ale to je téma na širší odbornou diskusi. Současně nastavený systém vzdělávání bych ponechala i s ohledem na to, že časté změny kvalifikačních požadavků vedou k tomu, že veřejnost se přestává orientovat v tom, jaké nároky jsou kladeny na vzdělávání sester. To může i ovlivnit rozhodování rodičů a žáků při výběru střední školy.



# Naučit se přehodit výhybku

Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství bylo uděleno paní **Bronislavě Kunové**, úsekové sestře Domova seniorů Břeclav.

Ve vašem medailonku zaznělo, že se už pomalu chystáte do penze. Vraťme se na opačný konec vaší práce. Jak vzpomínáte na její začátek?

Nastoupila jsem tenkrát do břevlavského Domova do kanceláře, začínala jsem tu jako sociální pracovnice a zaučovala mě výborná starší kolegyně. Měla jsem docela širokou agendu, v Domově bylo přes sto lidí. Na práci v kanceláři sociálního pracovníka jsem si zvykla, ale vnitřně jsem toužila po práci zdravotní sestry. Po dvou letech se naskytla příležitost a přešla jsem tu na místo zdravotní sestry. To je pro mě to pravé a jsem tu na něm doposud.

V dnešní době je trend často měnit zaměstnání. Nelitujete někdy, že jste tu zůstala po celou profesní kariéru?

Nelituji! Je pravda, že práce je někdy opravdu psychicky i fyzicky velmi náročná a byly chvíle, kdy jsem si říkala, že už to nedám a zkusím něco jiného. Takové myšlenky jsem někdy měla, byly dny, jsem toho měla v práci „plné zuby“. Někdy se vám i chce brečet, ale překonáte to. Nechci si fandit, ale ono to všechno jde, když cítíte, že vás lidé, o které se staráte, mají opravdu rádi, že za vámi přijdou a potřebují vás.

Vám se to nestalo, ale právě pro empatického člověka jako jste vy, je těžké nevyhořet. Jak se tomu bráníte?

Mně hodně podporovala rodina. Mám skvělé děti, nikdy mi nevyčítaly, že musím tolik času být v práci a ne tolik s nimi, jak by si přály, naopak mi ochotně nabýzely pomoc. Už jsou dávno dospělé a výborný vztah máme pořád. Už mám i pět vnoučat, nejstaršímu je dvanáct. Dost často bývají u nás doma, a tak mám jak úplně i duševně vypnout od práce se seniory. Pěkně se to vyrovnává. Myslím si, že právě to „přepínání“ je hodně důležité.

Ale ono to úlevné „přepínání“ asi funguje i v protisměru, nebo ne?

Určitě ano, ani doma se přece nevyhnete starostem a problémům, i doma vám třeba někdo stůně. Víte, já jezdím do práce na kole. A naučila jsem se cestou přehodit i tu pomyslnou výhybku: Jedeš do práce? Vy-



pneš myšlenky na „doma“! A cestou z práce domů to platí naopak. Teď jedeš domů, tak koukej přehodit výhybku... Zní to možná banálně, ale pomáhá to. Fakt je, že naučit se to chvilku trvá, nejde to zvládnout den ze dne. Úplně se ale ani doma myšlenkám na práci neubráním, to je pravda. Snažím se práci si domů nenosit, ale ono to tak úplně nejde. Telefon mi zvoní svátek nesyvatek, problémy v naší práci vznikají kdykoli.

Pro koho je práce v zařízení vašeho typu dobrá volba?

Určitě to není práce pro každého. Přicházejí k nám i lidé, na nichž brzy poznáte, že to u nás nezvládnou. Možná fyzicky ano, ale po duševní stránce ne. Potřebujete mít schopnost porozumět těm, o které se staráte, umět je pochopit. Vědět, že oni už třeba i myslí trochu jinak, přijmout například i fakt, že demence s sebou často nese i zvýšenou podezřavost, a ke každému klientovi si musíte vytvořit individuální přístup. Spoustu věcí se můžete naučit, ale ten základ je stejně už ve vás.

(J)

# Anketa ze slavnostního galavečera

Některým z významných hostů a členům odborné poroty jsme v rámci slavnostního galavečera jubilejního 20. ročníku Sestra roku položili následující anketní otázky:

- 1) Proč jste se rozhodla/rozhodl svou účastí podpořit ocenění Sestra roku? V čem shledáváte přínos soutěže?
- 2) V poslední době výrazně vzrůstá význam u povolání všeobecná sestra. Co by mohlo ještě přispět ke zvýšení této prestiže?

**PhDr. Martina Šochmanová, MBA**  
prezidentka ČAS, náměstkyně  
ředitelky pro ošetrovatelskou péči  
a kvalitu IKEM



1) Sestra roku je poděkování sestřám za jejich aktivní přístup k profesi, je to většinou ocenění celoživotní práce. Jsou zde oceněni ti, kteří jsou profesi věrní a snaží o zvýšení prestiže tohoto náročného povolání. Jako prezidentka ČAS jsem tradičně předsedkyní odborné poroty.

2) Neustálé představování laické veřejnosti, jaká skutečně tato profese je. Zdůraznění toho, že je to práce náročná, ale krásná a nezastupitelná, že každý nemá ten dar, vykonávat právě toto povolání. Je to práce, která má velký smysl a zaslouží si, aby každý, kdo ji vykonává, cítil velkou profesní hrdost.

**Dipl.-Pol. Jana Maláčová, MSc.**  
ministryně práce a sociálních věcí

1) Všichni víme, že zdravotnictví v současné době prochází obrovskou bouří, jsou to ale právě sestry, které svým nasazením přispívají k tomu, že se zdravotnictví drží na



hladině, a koronakrise to ještě více ukázala. Je asi zbytečné opakovat, že ošetrovatelská sesterská péče je stejně důležitá pro pacienty jako pro lékaře. Vykonávat fyzicky a psychicky náročné povolání je opravdu hodno úcty. Ani sociální služby se bez sester neobejdou, dnes v této oblasti pracuje 7 200 všeobecných a praktických sester. Velmi mě proto těší, že Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství putuje právě do sociálních služeb. Tato společenská akce je tedy alespoň malým poděkováním a zviditelněním náročné profese.

2) Lidé si stále více uvědomují, jak je zdraví důležité a v souvislosti se stárnutím populace roste potřeba zajistit například prarodičům dobrou zdravotní péči. Právě tam je nejen odborná, ale i empatická role ošetrovatelů zcela zásadní. Ale řekla bych, že lidé stále sestry vnímají jako „pomocnou ruku“ lékaře. Přitom všeobecná sestra je odborník na ošetrovatelskou péči, a tak by k ní mělo být přistupováno. Nejen přímo v zaměstnání, ale celospolečensky – na veřejnosti i v médiích. Já mohu k lepšímu postavení ošetrovatelských profesí a jako ministryně práce a sociálních věcí přispět úsilím o zlepšení jejich pracovních a finančních podmínek. My všichni si musíme připomínat, jak je toto povolání výjimečné.

Ošetrovatelství není pro slabé lidi a prázdná srdce.

**Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA**  
prezident Asociace poskytovatelů  
sociálních služeb ČR



1) Celostátní soutěže Sestra roku se účastním každoročně již několik let, a to nejen z důvodu, že jde o velmi milé setkání osob a osobností ze zdravotnictví a tedy profesionálů, pro něž je výkon jejich práce něco víc než jen zaměstnání. Věřím, že je nutné vzdát pravidelně hold těm nejlepším, těm nominovaným, tedy těm, které nominuje jejich okolí, a tím jim vyjadřuje úctu a respekt. Je to důležitý signál nejen pro všechny zdravotní sestry, které se denně starají o potřebné, ale je to i signál pro všechny budoucí zdravotníky.

2) Prestiž povolání všeobecná sestra zvyšuje vždy větší potřeba a nepostradatelnost této profese. Například právě pandemie COVID-19 ukázala nezbytnost role všeobecných sester, a tím i větší zájem o toto povolání, což potvrdili i zástupci vzdělavatelů. Prestiž této profese samozřejmě ovlivňuje i řada dalších věcí, jako je např. výše

odměn, tedy platu či mezd, podmínky pro výkon práce, její náročnost apod. A v poslední řadě je nutné zveřejňovat jednotlivé příběhy úspěšných zdravotních sester, ale i příběhy těch, pro které se staly „laskavými anděly“ v době, kdy bojovali s nemocí a potřebovali pomoc, podporu a jejich péči.

### PhDr. Hana Slámová, PhD. personální ředitel Chronicare

1) Soutěž Sestra roku je vnímána odbornou i laickou veřejností jako připomenutí a poděkování všeobecným sestřím za vykonávání náročné profese. Tato soutěž oceňuje nejen vybrané přihlášené kandidáty, ale oceňuje všechny všeobecné sestry, které vykonávají svoji práci rády, s chutí, dovedou se vžít do situace nemocných lidí a není jim na obtíž udělat i něco více, než jim stanovují jejich pracovní náplně.

Osobně jsem více než 35 let vykonávala práci všeobecné sestry, ať už v přímé péči na ARO, nebo jako sestra manažerka.



V současnosti působím jako personální ředitel a pedagog na vysoké škole a se všeobecnými sestrami nebo budoucími sestrami jsem v každodenním kontaktu. Mým přáním je, aby díky příkladu a ocenění náročné práce všeobecných sester vyrostla nová generace mladých lidí, jejímž přáním bude být „Sestrou“ a pomáhat tak svým odborným vzděláním všem potřebným ať ve zdravotnictví, v rodině či komunitě.

2) Prestiž profese všeobecné sestry se získává postupně, krůček po krůčku. Veřejnost oceňuje tuto profesi zpravidla na základě své osobní zkušenosti či mediálního obrazu všeobecné sestry a jejich přínosu společnosti. Zatímco lékařská profese vždy patřila, patří a zřejmě i bude patřit mezi jedno z nejprestižnějších povolání, profese všeobecné sestry o tuto prestiž po celou dobu své existence stále usiluje. Nejlepším prostředkem k vybudování silné pozice není jen současná výjimečná hygienicko-epidemiologická situace, ale vždy za všech okolností kvalitně odvedená práce, vysoké odborné znalosti, osobnostní růst, obětavost, lidský přístup a příkladné chování a vystupování.

### Prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., FESC primář kardiologie Nemocnice Na Homolce

1) Baví mě to! Ale vážně, je důležité, že soutěž Sestra roku má i emancipační roli pro tento obor a pomáhá sebevědomí lidí,

Inzerce ▼ S202005

**AGEL**  
VY A VAŠE ZDRAVÍ

Skupinu AGEL tvoří kromě 22 nemocnic, 8 poliklinik a síť 30 lékáren například i 36 odběrových míst laboratoří a další nejen zdravotnická zařízení.

- 12 NEMOCNIC v České republice + 10 NEMOCNIC na Slovensku
- 7 POLIKLINIKA x AGEL a další polikliniky  
Spíčková pracoviště, mnoho oborů pod jednou střechou
- ročně provedeno více než 5.5 milionů ambulantních ošetření
- 5 CENTER S AKREDITACÍ Ministerstva zdravotnictví (iktová centra, kardiocentra, onkologické centrum) + 13 SPECIALIZOVANÝCH CENTER
- ročně více než 220.000 HOSPITALIZACÍ ve zdravotnických zařízeních
- téměř 13.500 ZAMĚSTNANCŮ ve společnostech skupiny AGEL

www.agel.cz

f t i YouTube in

kteří v něm působí leckdy celý život. Doce-  
la mě potěšilo, že pomáhá i vyvracet někte-  
ré mýty: moderátor se zeptal soutěžícího,  
který pracuje na i technicky velmi nároč-  
ném pracovišti, zda pomýšlí vystudovat  
medicínu. Odpověděl, že se vzdělává neu-  
stále, ale na vysokou školu nemíří. V Čes-  
ké republice dnes vidíme fatální následky  
představy, že vysoká škola je pro sestru  
všelák a rázem se díky vysokoškolskému  
vzdělání stane partnerem lékaře. U nás se  
jednu dobu prosazovala dost nepovedená  
kopie amerického vzdělávání sester. Ano,  
většina sester v USA jsou bakalářky, ně-  
které mají i vyšší stupeň vysokoškolského  
vzdělání. Ale přebírají tím na sebe i pří-  
slušné odpovědnosti, díky tomu se šetří  
peníze za dražší práci lékařů. Sestra tam  
musí víc investovat do svého vzdělání, ale



pak se jí to i ekonomicky vrací – za svo-  
ji vyšší odpovědnost je patřičně placená.  
Třeba i jako rozvedená se tam slušně užívá

i s dětmi, zvládne jim i sama zaplatit dobré  
vzdělání.

2) Ke zvýšení prestiže? Nejdůležitější pro  
ně není prestiž, ale vytvořit sestřím pod-  
mínky, aby práce v oboru pro ně byla efek-  
tivní. Víte, kolik sester musí mít i druhé  
zaměstnání, aby se vůbec uživily? A ještě  
připomenu jeden docela podstatný rozdíl  
mezi zaměstnáním sester u nás a v USA:  
nejen, že ty naše mají nepoměrně nižší  
mzdy, ale jsou i mnohem víc vytížené. Po-  
čet pracovníků zdravotnického personálu  
různých stupňů nasazených na jednoho  
pacienta se stejnou diagnózou a stavem  
je totiž v USA mnohem vyšší. V České  
republice prostě musíte ošetřit mnohem  
víc pacientů, ať už jste lékař, sestra nebo  
sanitář.

»»»



Inzerce ▼ M20100021

**NOVINKA**

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vydává novou odbornou publikaci

## Management a kvalita sociálních služeb

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

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



Cena: 349 Kč  
Členové  
APSS ČR:  
269 Kč





# Medicína



# Covid-19 a těhotenství

*Data o nemoci covid-19 jsou stále nedostatečná a o viru samotném toho i v současné době hodně nevíme. Rizika onemocnění v těhotenství, průběh nemoci, možný vertikální přenos nebo správný management těhotných s covid-19 jsou stále diskutovanými tématy současného porodnictví.*

Covid-19 je závažné infekční onemocnění způsobené RNA virem SARS-CoV-2. Od prvního popsaného případu v čínském Wu-chanu v prosinci 2019 se počet postižených rapidně zvýšil a neustále roste, čímž představuje hrozbu i pro těhotné pacientky.

## Epidemiologie

Medián věku nakažených těhotných pacientek se pohybuje kolem 30 let. Podle posledních údajů jsou k infekci covid-19 náchylnější pacientky v pozdních stadiích gravidity. V souboru pacientek podle Rasmussena a kol. se všech 18 pacientek infikovalo ve třetím trimestru gravidity. Obdobné výsledky publikoval i kolektiv autorů z Itálie, kde z 51 případů infekce covid-19 v těhotenství nebyla žádná pacientka v čase stanovení diagnózy v 1. trimestru, 2 pacientky byly v 2. a 49 pacientek ve 3. trimestru. Důvodem jsou pravděpodobně preexistující fyziologické změny v těhotenství – bazální atelektázy plic způsobené gravidní dělohou, nižší plicní rezervy a zvýšená konzumpce kyslíku.

## Patofyziologie

SARS-CoV-2 je známý svojí schopností interagovat s receptory pro angiotenzin-konvertující enzym (ACE2). Dominantním orgánem s expresí ACE2 jsou plicní alveoly 2. typu. Tyto receptory jsou však exprimovány i v různých jiných orgánech lidského těla – v orální a nazální mukóze, nazofaryngu, v gastrointestinálním traktu, v játrech a slezině, v ledvinách, vaskulárním endotelu a v mozku. Neschopnost buněk vagíny a cervixu exprimovat receptor ACE2, a tím nemožnost šířit virus pohlavní cestou prokázaly studie Cui a kol. a Qui a kol. Žádná z pacientek s covid-19 neměla v těchto studiích pozitivní sěr z pochvy.

## Přenos

RNA částice SARS-CoV-2 byly nalezeny ve stěrech z hrtanu, v moči, análních stěrech i slzách infikovaných jedinců. Otázkou je tedy možnost přenosu mezi matkou a plo-

dem. Placenta je orgán schopný exprimovat potřebné ACE2 receptory, a tím umožnit transplacentární přenos. Tento fakt potvrzují 2 nedávno publikované studie. Zamaniyan a kol. publikovali kazuistiku pacientky ve 32. týdnu gravidity s těžkým průběhem onemocnění, u které byla za pomoci RT-PCR prokázána přítomnost SARS-CoV-2 v plodové vodě, přičemž vaginální sěr matky a pupečnicková krev byly negativní. Další studie potvrzující transplacentární přenos je studie publikovaná Dongem a kol. U novorozence covid-19 pozitivní matky byly prokázány IgM protilátky (které nejsou schopné procházet placentou) již 2 hodiny po porodu plodu. Koncem dubna 2020 se týmu amerických vědců z newyorské Winthrop Hospital povedlo elektronovým mikroskopem vizualizovat viriony SARS-CoV-2 invadující syncytiotrofoblast placenty, a tím prokázat transplacentární přenos.

## Klinické projevy a laboratorní nálezy

Klinické projevy covid-19 vyplývají z distribuce ACE2 receptorů v jednotlivých

orgánech. Následkem již zmiňované dominantní exprese ACE2 v plicních alveolech je covid-19 primárně respiračním onemocněním. K příznakům patří febrilie (< 38 °C), suchý dráždivý kašel, myalgie, malátnost, nauzea a zvracení, a dokonce i závažná pneumonie se syndromem ARDS, renálním selháním a multiorgánovým postižením. V laboratorním nálezu jsou typicky u dospělé populace popisované lymfopenie, trombocytopenie, elevace aminotransamináz a zánětlivých markerů (C-reaktivní protein, sedimentace erytrocytů). Při srovnání s běžnou populací s covid-19 se skupina těhotných pacientek odlišovala hlavně afebrilním průběhem a typickou leukocytózou. Důležité je zmínit, že jednou z manifestací infekce covid-19 může být kvůli interakci s ACE2 receptory i elevace krevního tlaku. Na tuto skutečnost je potřeba myslet při diferenciální diagnostice u gravidní pacientky s nauzeou, zvracením a elevací krevního tlaku.

## Diagnostika

Diagnóza covid-19 se stanovuje pomocí reverzní transkripční polymerázové řetězové



reakce (rRT-PCR) ze vzorků získaných ze stěrů z nosohltanu postižených. Výsledky mohou být dostupné v řádu několika hodin od odběru, limitací je rychlost transportu vzorků do nejbližší laboratoře a schopnost laboratoře daný vzorek vyšetřit. V případě podezření na covid-19 mohou být v diagnostice nápomocné zobrazovací metody, jejichž výsledek je možné získat již v řádu několika minut. Na rtg snímku hrudníku můžeme pozorovat různorodé infiltráty plic, na snímcích plic z počítačové tomografie zase obraz mléčného skla. V případě využití dané zobrazovací metody je nutné použít olověný štít na minimalizaci expozice plodu radioaktivnímu záření.

## Léčba v těhotenství

Hlavním cílem managementu léčby covid-19 v těhotenství je zajištění optimální saturace a perfuze tkání. Pacientky by měly být izolované, nejvhodnější jsou pokoje s podtlakovou ventilací. V první linii léčby je důležitá oxygenoterapie. Ta může být podávána nazálně nebo obličejovou maskou. Jako neinvazivní metody jsou vhodné i dobře utěsněné oronazální masky s kontinuálním pozitivním přetlakem (CPAP), dalším krokem je umělá plicní ventilace. V případě, že je pacientka refrakterní na umělou plicní ventilaci, je nutné zvážit napojení pacientky na extrakorporální membránovou oxygenaci (ECMO).

Data na cílenou antivirovou léčbu v těhotenství jsou vzhledem k rapidnímu průběhu onemocnění omezená. Jako léky s největším potenciálem se ukazují remdesivir, hydroxychlorochin a azitromycin. Je však nutné je aplikovat s obezřetností a podle aktuálních doporučených postupů, které se neustále mění s ohledem k novým poznatkům.

## Covid-19 a porod

V případě, že se na porodním sále objeví covid-19 pozitivní pacientka, je nutno strategii určovat podle aktuálního stavu matky a plodu.

Jestliže to aktuální stav matky a plodu dovoluje, je preferován spontánní vaginální porod. O pacientku by měl pečovat v průběhu porodu pouze jeden porodnický tým, který je separován a nepřichází do styku s jinými pacientkami nebo kolegy. Doporučována je epidurální analgezie, která snižuje bolest, a tím i následnou hyperventilaci matky. Naopak inhalace Entonoxu se nedoporučuje vzhledem ke zvýšenému riziku diseminace přes vydechované aerosoly.



V případě ohrožení matky nebo plodu je nutno provést akutní císařský řez. Optimální péče o matku a plod musí být multidisciplinární – je důležitá souhra týmu porodníků, anesteziologů a neonatologů. Císařský řez by měl být prováděn na operačním sále s podtlakovou ventilací. V případě, že je pacientka v celkově dobrém stavu a má optimální saturaci krve (> 94 %), je nejvhodnější spinální anestezie. Snižuje se tím riziko šíření infekce (které se intubací zvyšuje) a zlepšuje se outcome novorozenců. V případě, že má pacientka známky hypoxie – desaturace pod < 93 % – měla by podstoupit celkovou anestezii. Přítomnost systémových komplikací (diseminovaná intravaskulární koagulopatie, renální selhání) vyžaduje invazivní monitoring (zavedení centrálního venózního katétru nebo měření arteriálního tlaku). Zvýšenou obezřetnost vyžaduje ukončování celkové anestezie a extubace pacientky. Po akutních císařských řezech mohou být pacientky víc agitované, což vede k zvýšenému riziku virové diseminace onemocnění. Pozornost si zaslouží i transfer pacientek na pooperační oddělení. V případě podezření na infekci nebo při prokázání infekci covid-19 by měly být pacientky umístěné na izolovaném monitorovaném lůžku.

## Péče o novorozence

Po porodu novorozence covid-19 pozitivní matky je nutno zamezit možnos-

ti přenosu infekce na plod. Poporodní bonding a odložený podvaz pupečníku nejsou v těchto případech doporučované. Otázkou stále zůstává kojení. V případě, že je matka asymptomatická nebo má jen lehké projevy onemocnění, jsou podle studií italských autorů rooming-in a kojení s vysokými hygienickými opatřeními přípustné.

## Závěr

Péče o covid-19 pozitivní pacientky a další management v těhotenství je neustále diskutovaným tématem současného porodnictví. Mnohá doporučení jsou však čerpaná pouze z předešlých zkušeností s virem SARS a další výzkumy jsou nezbytné. Je důležité myslet na to, že mnoho těhotných pozitivních pacientek je zpočátku afebrilních a v úvodu může covid-19 imitovat i preeklampsii. Hlavním cílem péče o pozitivní matky je zajištění optimální saturace a perfuze tkání. Způsob vedení porodu závisí na aktuálním stavu matky a plodu. Péče o covid-19 pozitivní rodičky by měla být multidisciplinární, podstatná je souhra porodnického, anesteziologického a neonatologického týmu.

MUDr. Alexandra Šínská,  
prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.,  
MUDr. Eliška Hostinská

Porodnicko-gynekologická klinika  
Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské  
fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

# Jak dlouho roste kolorektální karcinom?

*Dostupné databáze jsou skoupé na údaje hodnotící, jak dlouho roste prokázaný karcinom. K dokumentovanému vývoji nádoru jsme získali příležitost u dvou nemocných, kteří byli kompletně vyšetřeni, u obou byl prokázán karcinom, ale k léčbě se přihlásili až s dlouhým odkladem. Referujeme o nich v krátkých kazuistikách se zamyšlením, jak dlouho a za jakých okolností roste kolorektální karcinom.*

Kolorektální karcinom je stále významnou příčinou morbidity a mortality. Prognóza úzce souvisí se stadiem v době diagnózy. Otázku, jak dlouho roste nádor, lze jen výjimečně zodpovědět snadno. Kladou ji nemocní, aby zjistili, jak dlouho mohli mít nádor před stanovením diagnózy, a lékaři, s potřebou stanovit, kdy je třeba vyšetřovat, jak dlouhý interval mezi diagnózou a léčbou je přijatelný, případně kdy a s jakými intervaly provádět screeningová vyšetření. Většina kolorektálních nádorů vzniká z adenomových polypů, sekvence adenom-karcinom je dlouhá, pravděpodobně delší než pět let, ne všechny adenomy se maligně transformují. Nejlepších léčebných výsledků, dokonce vyléčení, lze dosáhnout jen u časných nádorů. Ačkoli je růst nádoru zjevně poměrně dlouhý, je obava z lokální progresse nádoru, ze změny operabilního na inoperabilní nádor nebo změna z lokalizovaného onemocnění na metastastické důvodem k co nejčasnější léčbě. Registry, v případě České republiky ÚZIS nebo NOR, velmi podrobně uvádějí informace o nemocných s kolorektálním karcinomem ve všech stadiích, tedy také o nemocných, kteří z různých důvodů nebyli léčeni, nebo dokonce zcela minuli vyšetření a léčbu. Z celkového počtu je jejich podíl menší než deset procent. Právě o skupině nemocných, kteří nebyli léčeni, jsou data skoupá. K důvodům, proč nepod-

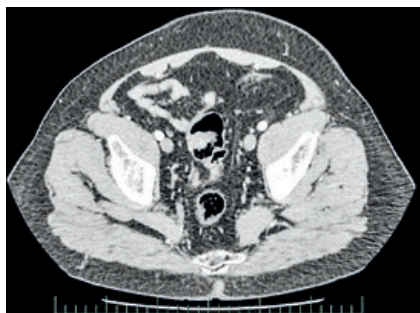
stoupili protinádorovou léčbu nebo nejsou vyšetřováni, patří věk, polymorbidita, možná velmi pokročilý nádor, podobně u nich nejsou k dispozici ani nálezy prokazující dynamiku nádorového onemocnění. Jen výjimečně se podaří zastihnout nemocného, který je léčbu schopen podstoupit a který se po stanovení diagnózy léčit nezačne. V krátkém sledu jsme se setkali se dvěma pacienty, kteří byli kompletně vyšetřeni, u obou byl prokázán karcinom, ale k léčbě se přihlásili až s dlouhým odkladem. Získanou zkušenost předkládáme formou dvou krátkých kazuistik se zamyšlením, jak dlouho roste kolorektální karcinom.

## Kazuistiky

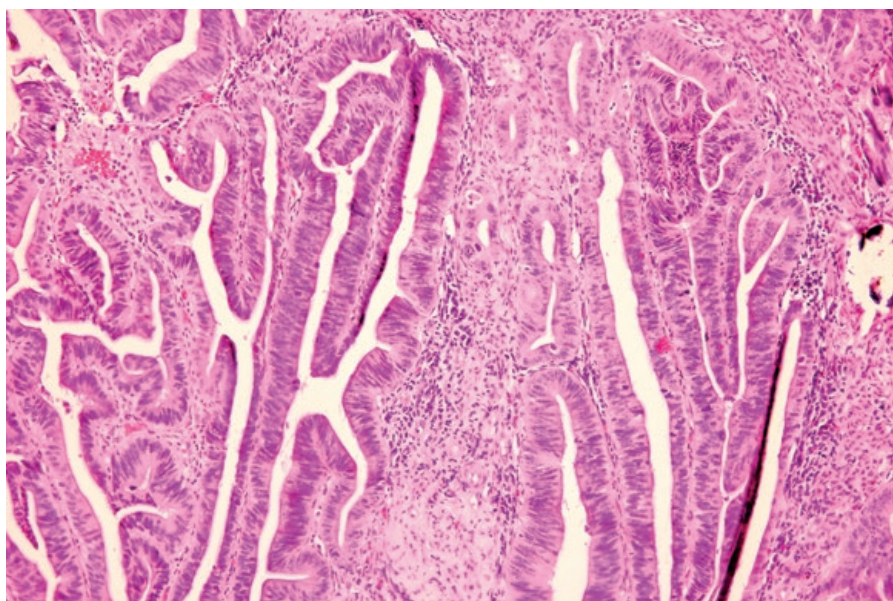
### 76LETÝ MUŽ

U prvního nemocného, 76letého muže, byl nádor diagnostikován náhodně. Neměl

žádné zažívací ani vyprazdňovací obtíže, nezaznamenal změny defekačního stereotypu nebo příměsi v nebo na stolici, neměl bolesti ani nehubl. Nádor byl nečekaně nalezen při CT vyšetření, které bylo součástí komplexního vyšetření nefropatie při chronické renální insuficienci. Na CT byla patrna tumorózní infiltrace rektosigmoidea v délce přibližně 5 cm, bez prokazatelné infiltrace okolního tuku, viditelné lymfatické uzliny v malé pánvi, paraaortální uzliny, játra i plíce byly nepostiženy (obr. 1). Nález byl potvrzen endoskopicky – 15 cm od análního okraje byla polypoidní léze s centrální vkleštinou. Tkáň odebranou biopsií hodnotil patolog jako část sliznice infiltrovanou dobře diferencovaným (G1) tubulárně uspořádaným adenokarcinomem bez možnosti se vyjádřit k rozsahu invaze (obr. 2). Nádorové markery byly bez elevace. Pro úplnost je třeba doplnit, že v rodinné anamnéze byla pouze



Obr. 1 Tumor rektosigmoidea – CT vyšetření, první vyšetření



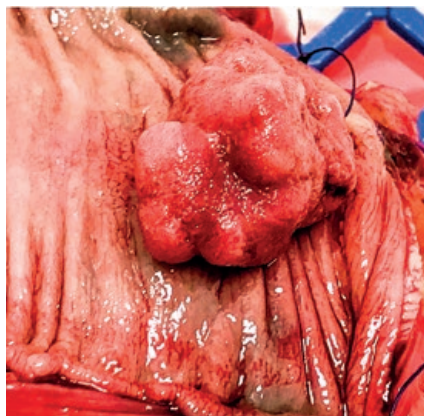
Obr. 2 Histologické vyšetření endoskopické biopsie u primozáchyty prvního pacienta. Zastižena je iniciální invaze nádorových tubulů do stromatu v terénu těžce dysplastického adenomu (HE, 200×).

zátěž vaskulárními chorobami. Pacient trpěl námahovou anginou pectoris a námahovou dušností II. stupně podle NYHA, podstoupil revaskularizaci myokardu, měl defekt síňového septa s hemodynamicky nevýznamným zkratem, diabetes 2. typu, renální insuficienci a sideropenickou anemii. Dlouhodobě užíval Godasal a Trombex, posléze Anopyrin. S hodnocením stavu ASA II–III, cT2cN0cM0 byla doporučena operace. Z operace se nemocný omluvil kvůli úmrtí v rodině a přihlásil se k ní až o devět měsíců později. Byl znovu vyšetřen se shodným nálezem včetně CT (obr. 3), nádor neprogredoval a interní nález zůstal nezměněn.

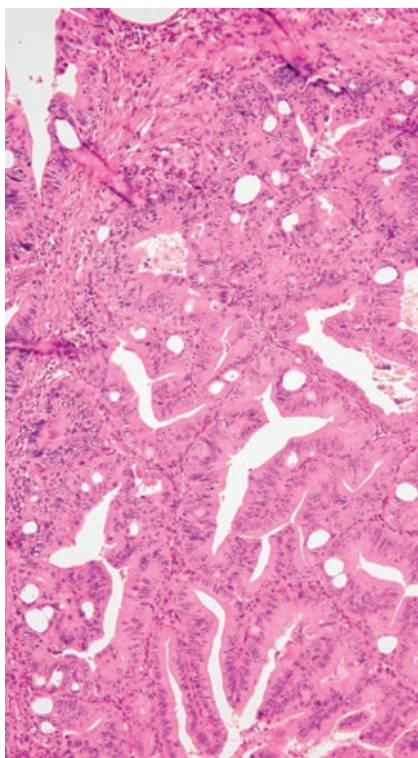


Obr. 3 Tumor rektosigmoidea, CT nález 9 měsíců po předchozím vyšetření

Resekcí včetně excize mezokolon a mezorekta byl odstraněn postižený úsek, žádné další postižení nebylo během operace prokázáno. V resekátu, z něhož nevymizelo ani značení tuší z doby prvního vyšetření (obr. 4), byl zastížen polypózní stopkatý tumor. Histologicky potvrdil patolog invazivní adenokarcinom v terénu tubulovilózního adenomu sliznice tlustého střeva s high-grade dysplazií epitelu a ložisky intramukózního karcinomu (obr. 5). Ve stopce byla zastížena invaze do submukózy, bylo identifikováno a vyšetřeno 15 lymfatických uzlin, v žádné z nich nebyla nádorová infiltrace. Pacient se zhojil *per*



Obr. 4 Resekát s nádorem, na sliznici přetrvávají zbytky značení.



Obr. 5 Histologické vyšetření nádoru z resekovaného úseku rekta. Více atypický vzhled nádorových struktur na architektonické a cytologické úrovni. Při komplexním topografickém vyšetření bez výraznějšího nárůstu stadia onemocnění (HE, 200×).

*primam intentionem*, nález byl po operaci klasifikován jako C19 pT1pN0pM0, L0, V0, R0, G 2 (podle Hagitta level 2–3) a výkon byl hodnocen jako plně kurativní.

## 58LETÝ MUŽ

Druhý nemocný byl 58letý muž, jemuž byl během výkonu trestu diagnostikován invazivní adenokarcinom rektosigmoidea.



Obr. 6 Tumor rektosigmoidea, CT vyšetření, první vyšetření

CT vyšetření potvrdilo nádor v rozsahu 17 až 22 cm od análního okraje, bez uzlinového postižení a bez známek generalizace (obr. 6). Po interní stránce měl pacient bronchiální astma, ICHS, byl po infarktu, hypertonik, ASA II. Onkologickou léčbu včetně operace odmítl a podepsal negativní reverz. Až o dva roky později se přihlásil k vyšetření pro obtížnou defekaci a bolesti břicha. Byla provedena kolonoskopie, znovu CT břicha a hrudníku a MR břicha. Endoskopicky byl potvrzen pokročilý nádor od rekta do sigmoidea s počátkem těsně nad vnitřním ústím análního kanálu a plynule pokračující do vzdálenosti 25 cm, průchodný pro tubus endoskopu, s nekrotizací stromatu. Na CT byla patrná významná progresse nádoru v pánvi (obr. 7), v VII. segmentu jater bylo přítomné ložisko hodnocené jako hemangiom, nikoli jako metastáza. Patolog popsal v biopsii z nádoru částky zhmotněné kolické sliznice se strukturami invazivně rostoucího středně diferencovaného adenokarcinomu, bez známek angioinvasze, laboratorně byla prokázána významná elevace CRP (99,7 mg/l, norma 0,0–5,0), CEA 1,76 µg/l bez elevace, CA19-9 < 1,2 kU/l. Po druhém vyšetření byl nález zhodnocen jako lokálně inoperabilní.



Obr. 7 Tumor rekta až rektosigmoidea s progresí, CT vyšetření po dvou letech

## Diskuse

Popsané případy se shodují ve výchozí lokalizaci, ale liší se v mnohém dalším. Představují protipóly v rozsahu a vývoji postižení, v rozdílné prognóze obou nemocných a zřejmě i v biologické charakteristice. Zatímco nález u prvního nemocného zůstal

i bez léčby bez progresu ve velikosti i ve stage, u druhého se nádor zvětšil objemem i rozsahem a stal se lokálně inoperabilním, byť bez vzdálených metastáz nebo prokazatelné elevace CEA. U obou se jednalo o invazivní adenokarcinom, ale se vznikem v jiných patologických podmínkách. I tyto nemocní potvrzují heterogenitu kolorektálních karcinomů.

Kolorektální karcinom se typicky vyvíjí z fokálních změn benigních polypů, které vznikají růstem nebo agregací abnormálních buněk střevní sliznice. Maligní potenciál mají zejména adenomové a sesilní serátní polypy. Riziko přestavby adenomu na karcinom stoupá s velikostí adenomu. Ačkoli jen 10 % adenomů je v průměru větších než 10 mm nebo mají z více než čtvrtiny vilózní složku nebo high-grade dysplazii, odhaduje se, že až 60 % karcinomů vznikne z adenomových polypů. Vývoj polypu do karcinomu vzniká u většiny nádorů sekvencí genetických mutací, morfologicky vyjádřených cytologickou a histologickou dysplazií s akumulací a eskalací změn v průběhu času. Změny v buněčné DNA se během času prohlubují, může se objevit high-grade dysplazie s vysokým rizikem přestavby do invazivního karcinomu. Genetické pozadí vzniku maligní transformace u kolorektálního karcinomu je široké, bylo identifikováno několik signálních drah, které jsou odpovědné za tyto změny, a to nejen v rámci transformace benigní-maligní, ale také v růstu a progresi nádoru lokálně i systémově. Mezi nejdůležitější z těchto procesů se řadí chromosomální instabilita, mikrosatelitová instabilita a aberantní DNA metylace.

Mutace způsobující přestavbu polypu do karcinomu jsou získané nebo vrozené. Vrozené (zárodečné) mutace jako *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2* či *APC* jsou vzácné a vyskytují se přibližně u 3–5 % kolorektálních karcinomů. Ve spojení s *APC* mutací a poruchou DNA mismatch repair přispívají k postupné genetické změně z pre-maligního polypu do karcinomu.

## PŘESTAVBA DO KARCINOMU

U adenomů je přestavba do karcinomu typicky spojena s kaskádou akumulujících se mutací. Prvá mutace se rozvíjí v *APC* genu, další v *KRAS* onkogenu a genu *Smad4*. Během času vedou tyto mutace ke ztrátě funkce tumorsupresorového genu *p53* se širokým spektrem buněk regulujících funkcí včetně karcinogeneze. Morfologicky lze v jednotlivých stádiích kaskády pozorovat

buněčné a architektonické změny v pořadí normální sliznice, časný, intermediární a pozdní adenom, karcinom. U serátních polypů se uplatňuje dráha hypermetylačního fenotypu (CIMP+) se změnami způsobenými hypermetylací DNA ovlivňující genovou transkripci, se zapojením mutací genu *BRAF*, které poruchou signální funkce vedou ke ztrátě apoptózy. Na přestavbě se může podílet i *KRAS* mutace, ale vzácněji než v případě adenomových polypů. Dalším důvodem genetické diverzity u kolorektálního karcinomu je mikrosatelitová instabilita – MSI, způsobená mutací mismatch repair genů, které jsou odpovědné za opravu poškozené DNA. Sporadická mutace MMR genů se objevuje v adenomových i serátních polypech a ve spojení se zárodečnou mutací DNA nebo s mutacemi způsobenými hypermetylací v *MLH1* bývá prokázána v 10–15 % sporadických kolorektálních karcinomů.

Histologická manifestace genetické přestavby souvisí s růstem polypu a cytologicky patrnou dysplazií, s rizikem progresu do invazivního karcinomu. Není-li polyp odstraněn, může invadovat do blízké tkáně a růst stěnou střeva nebo rekta, rozvinout neovaskularizaci, poskytující přístup do lymfatického a cévního systému a umožňující vzdálenou diseminaci nádoru. Dosud jediným způsobem, jak předejít vzniku karcinomu, je časná detekce a odstranění rizikových polypů.

Daleko složitější a nepředvídatelný je nádorový růst od bodu maligní transformace, posouzení ztěžuje až znemožňuje aktivní přístup k nádoru v rámci neoadjuvantní či jiné léčby. Rychlost růstu závisí na mnoha parametrech, které zahrnují vlastnosti nádorových buněk, jejich genetiku, stupeň diferenciaci, imunitní status pacienta, exogenní rizikové faktory a další. Také záleží na primární histogenezi nádoru, některé nádory jsou přirozeně agresivnější, některé mají chování příznivější.

V literatuře je velmi omezeně zmapováno pozorování změn velikosti nádoru u pacientů bez léčby. Jedná se většinou o sledování růstu polypózních lézí různého vzhledu a stanovení tzv. doubling time nebo v rámci radiodiagnostiky pozorování horizontálního i vertikálního růstu. Dalším aspektem agresivity nádorového chování je, zda je nádor lokálně agresivní se schopností destrukce okolních tkání a vznikem lokálních recidiv, nebo se jeho vlastnosti projevují především metastatickým potenciálem. Zde bývá nápomocná histologie nádoru z hlediska stupně dife-

renciaci nádorových buněk a růstového vzorce nádorové populace.

## NEJČASTĚJŠÍ JSOU ADENOKARCINOMY

Více než 90 % kolorektálních karcinomů jsou adenokarcinomy. Klasifikace kolorektálních adenokarcinomů zahrnuje několik typů, které se liší vzhledem nádorových buněk, typem růstu a biologickým chováním. Prognosticky příznivější jsou nádory dobře diferencované (nižšího gradu), a některé podtypy (serátní karcinom, adenoma-like karcinom, některé podskupiny medulárního karcinomu). Naopak nediferencované karcinomy, karcinomy s přítomností buněk pečetního prstenu či nádory sarkomatoidní mají horší prognózu, vykazují rychlejší růst a vyšší agresivitu. Specifickým typem je karcinom mikropapilární, který je lokálně příznivější, nicméně vykazuje vysokou lymfovaskulární invazivitu. Mucinózní adenokarcinom se kvůli nadměrné produkci hlenu vyznačuje rychlým zvětšováním, jeho prognóza je však obdobná jako u obvyklých adenokarcinomů a je závislá na stadiu onemocnění.

Zpětně se tak dostáváme k problematice prekurzorových lézí karcinomů a otázce, zda lze na základě prekurzorové léze stanovit možný podtyp kolorektálního karcinomu. Na morfologické úrovni nejsou u jednotlivých podtypů kolorektálního karcinomu definované podtypy benigních prekurzorových lézí. Z histologického obrazu adenomového či serátního polypu tedy nelze předpovědět, který podtyp adenokarcinomu z této léze vznikne. Nicméně na základě studií genetického pozadí kolorektálního karcinomu byly v prekurzorových lézích identifikovány molekulární genetické změny stejného charakteru jako v invazivních karcinomech. V rámci recentně vydané WHO klasifikace nádorů gastrointestinálního traktu byly také vyděleny prekurzorové jednotky, zejména podtypy serátních lézí, u kterých se liší potenciální riziko maligní transformace podle morfologie, velikosti a genetického profilu.

Kromě diferenciaci nádoru je pro jeho agresivitu a rychlost progresu důležitá také jeho růstová charakteristika. Je důležité posoudit expanzivní či infiltrativní typ růstu, v poslední době se klade důraz na tzv. tumor budding – solidní clustry nádorových buněk v invazivním okraji nádorového ložiska. Pro hodnocení rizika potenciálního metastatického šíření jsou samozřejmě důležité další aspekty – lymfovaskulární

Představujeme publikaci

# Nemocné dítě – průvodce pro rodiče

Miloš Velemínský, Jan Hak,  
Daniela Verdánová (editoři)

## NEMOCNÉ DÍTĚ PRŮVODCE PRO RODIČE



mladá fronta

Kniha *Nemocné dítě – průvodce pro rodiče* autorského kolektivu profesora Miloše Velemínského je výrazným podnětem k navázání kvalifikovaného a oboustranně obohacujícího kontaktu mezi lékaři a rodiči. Autoři mohou čtenářům nabídnout dlouholetou praktickou zkušenost, jejímž základem nejsou jen pouhé medicínské poučky, nýbrž i příběhy a problémy desítek tisíc malých pacientů, kteří se svými rodiči prošli ordinacemi. Nemoc je individuální záležitost, ale právě zkušenost lékaře může pomoci co nejdříve rozpoznat, oč se ve skutečnosti jedná, a nastoupit praxí nejprověřenější cestu nápravy, která není jen vysoce efektivní, ale zároveň představuje pro malé pacienty to nejmenší riziko a zatížení. Autoři se proto pokoušejí nahlédnout pod povrch příznaků a zkoušejí rodičům napovědět, co a proč se za symptomy může skrývat, a zároveň jim usnadňují rozhodování, jak si ve zcela konkrétních situacích počínat. Dotýkají se i problematiky psychosomatických onemocnění a dalších podstatných okruhů, počínaje spánkem dítěte a konče projevy duševních problémů.

Kniha je přehledně zpracována ve formě otázek a odpovědí, čímž podporuje myšlenku dialogu mezi lékařem a rodičem. Péči o zdraví dítěte by rodiče neměli svěřovat pouze do rukou lékařů, není však ani moudré, ani zcela bezpečné onu lékaři reprezentovanou medicínu zavrhat a spoléhat se jen na informace šířené na sociálních sítích a diskusních fórech, a tak učinit ze zdraví svého dítěte módní experiment.

**Autoři: Miloš Velemínský, Jan Hak,  
Daniela Verdánová (editoři)**

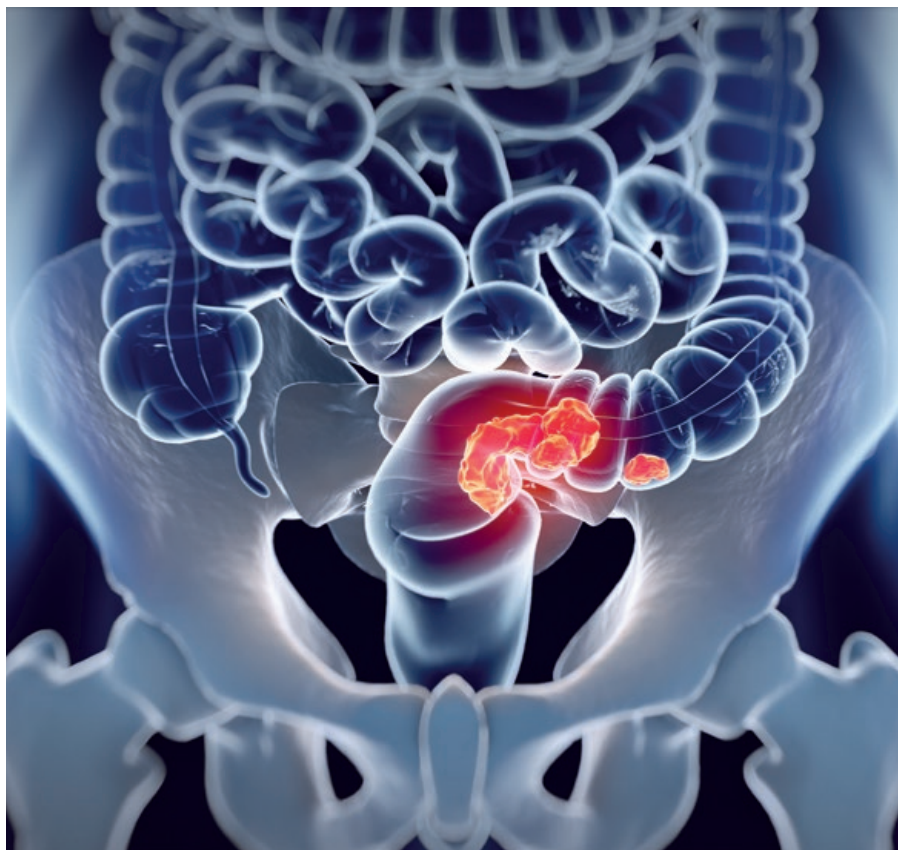
**Doporučená cena 390 Kč**

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



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





a perineurální invaze, resekcí okraje, přítomnost imunitních buněk v nádorové tkáni a na rozhraní nádoru.

## HISTORIE ZKOUMÁNÍ VÝVOJE

Snaha zjistit, jak dlouho trvá vývoj kolorektálního karcinomu, není v klinické medicíně nová. Histologickou verifikaci umožňuje biopsie získaná při endoskopii. Velikost nádoru a rozsah nádorového postižení, dokonce ve vztahu k postižení blízkých orgánů, lymfatických uzlin a vzdálených metastáz, umožňují hodnotit zobrazovací metody – CT, u karcinomu rekta také MR pánve; lze tak hodnotit i dynamiku vývoje nádoru. Ještě v nedávné minulosti ke stejnému cíli směřovaly irigografické studie s překvapivě vysokou senzitivitou hodnotící změny ve velikosti polypů a nádorů, tehdy, s výjimkou rekta, bez možnosti endoskopické intervence. V roce 1987 byla publikována studie z Mayo Clinic se sledováním 226 osob s polypy o průměru 10 milimetrů a většími. S odstupem roku u 83 z nich (37 %) prokázala irigografie, že se polypy zvětšily, a u 21 z nich byl v místě polypu prokázán invazivní karcinom. Podle jiné práce se potvrdila hypotéza, že polyp se za rok zvětší o 5 milimetrů a do karcinomu se změní za 7–10 let. Z obou prací vyplývá, že se předpokládá lineární,

nikoli exponenciální růst nádoru a že byla hodnocena dynamika růstu pouze nádoru, nikoli dalšího postižení, které dnes hodnotíme z terapeutického i prognostického hlediska jako významnější než samu velikost.

Doba růstu polypu je mimořádně důležitá pro screening. Screeningová kolonoskopie se ve většině zemí provádí u padesátiletých a pak po deseti letech v případě, že ve střevě nebyl žádný patologický nález, nebyla provedena žádná intervence a není z jakéhokoli důvodu vyšší riziko vzniku novotvaru. Screeningová kolonoskopie přináší řadu otázek: není-li na místě poprvé vyšetřovat dříve než v padesáti, zda desetiletý interval není příliš dlouhý, zda se liší sporadické a intervalové nádory nebo zda jedno vyšetření stačí na zbytek života atd. Vyšetření u mladších než padesátiletých podporují údaje o počtech těchto pacientů, problémem může být zvýšení počtu vyšetřovaných a termíny dalších vyšetření. Shoda je i v odpovědi na otázku desetiletého intervalu. Při sledování intervalových karcinomů se potvrdilo, že i za dobu kratší než 5 let může vzniknout karcinom ve střevě bez předchozího kolonoskopického nálezu. V jedné z citovaných prací byly intervalový karcinom nebo high-grade dysplazie nalezeny u 16 % vyšetřených, průměrně 4,5 roku po prvním vyšetření,

doporučením je zkrátit interval. Dánská autorská skupina sledovala charakteristiku sporadických a intervalových karcinomů. Mezi pacienty s intervalovými nádory a s nádory diagnostikovanými více než 10 let po kolonoskopii nebyl statisticky významný rozdíl. Autoři studie konstatovali, že žádné další rizikové faktory neprokázali a že intervalové karcinomy neshledali jako biologicky agresivnější, ale s ohledem na mírnou pravostrannou převahu lokalizace se spíše jedná o přehlédnuté léze. Ve zcela recentní práci z roku 2018 řeší autoři v populační observační studii, zda je bezpečné čekat 10 let, resp. zda jedna kolonoskopie za život – „one and done“ – stačí. Konstatují, že by mohla stačit za předpokladu, že je screeningová kolonoskopie negativní a lze ve všech ohledech vyloučit rizikové faktory, a identifikovat tak osoby s minimálním rizikem, což v současnosti ještě nelze.

Při hledání v běžně dostupných databázích se nám nepodařilo najít žádný text nebo data hodnotící, jak dlouho trvá vývoj prokázaného karcinomu. V praxi se sice setkáváme s pacienty s různě pokročilými nádory, kteří vyšetření z nejrůznějších důvodů odkládali a zanedbali, ale k dokumentovanému vývoji nádoru jsme získali příležitost až nyní, proto o ní referujeme. Obě kazuistiky potvrzují nevyzpytatelnost chování nádoru, které je podmíněno všemi zmíněnými faktory.

## Závěr

Momenty iniciace vzniku a okolnosti růstu kolorektálního karcinomu jsou rozsáhle popsány, přesto lze dobu růstu odhadnout obtížně a vůbec ne individuálně. Růst většiny nádorů je relativně dlouhý, ale aktivní a rychlé řešení je plně na místě, protože míru progresu a agresivity nelze ani přes extenzivní vyšetřování předpovědět. Proto je důvodné vyšetření a léčbu neodkládat.

prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.<sup>1</sup>,

MUDr. Marek Grega<sup>2</sup>,

MUDr. Petr Hrabal<sup>3</sup>,

MUDr. Alena Mazáková<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta  
a Fakultní nemocnice v Motole,  
Chirurgická klinika

<sup>2</sup>Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta  
a Fakultní nemocnice v Motole,  
Ústav patologie a molekulární medicíny

<sup>3</sup>Ústřední vojenská nemocnice,  
Oddělení patologie

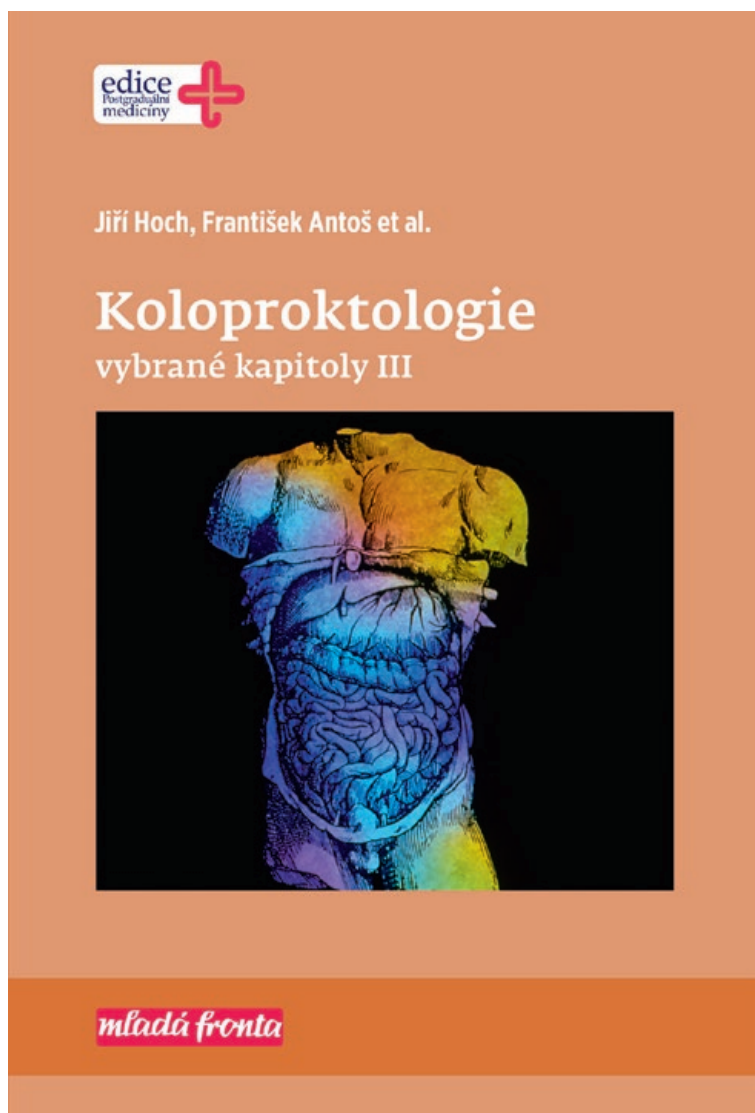
<sup>4</sup>Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta  
a Fakultní nemocnice v Motole,  
Klinika zobrazovacích metod



Představujeme publikaci

# Koloproktologie

## vybrané kapitoly III



Předchozí dvě vydání publikace Koloproktologie, vybrané kapitoly I a II, se setkala se značným zájmem a byla rychle rozebrána. Předchozí vydání knihy bylo oceněno jako nejlepší publikace IPVZ v oboru chirurgie.

Obsahem nové publikace jsou kapitoly o divertikulární chorobě, kolorektálním karcinomu, střevních a análních píštělích u Crohnovy choroby, hidradenitis suppurativa a řada dalších aktuálních a zajímavých témat z oboru koloproktologie. Autoři kapitol jsou opět známí odborníci z respektovaných pracovišť, editory publikace reprezentanti oboru profesori Jiří Hoch a František Antoš.

**Autoři: Jiří Hoch,  
František Antoš et al.**

**Doporučená cena 550 Kč**

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

**MEDICAL SERVICES**

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

**m-f**  
MLADÁ FRONTA

# Závažné průběhy chřipky u dětí a dospívajících

*I u dětí do 18 let může chřipka probíhat pod obrazem velmi závažného onemocnění, které může končit i úmrtím. Závažnost klinického průběhu chřipky u dětí dokumentují i následující kazuistiky.*

Chřipka je akutní virové onemocnění, které je díky podobnosti s jinými respiračními virovými infekcemi v populaci často vnímáno jako mírné a nezávažné. Klinický průběh chřipky však přitom bývá nejen mírný, ale v řadě případů i vysoce závažný a může skončit úmrtím nemocného. Závažnost onemocnění může být ovlivněna řadou faktorů, jako jsou například charakteristiky aktuálně cirkulujících virových kmenů, věk a imunitní stav nemocných a výskyt chronických onemocnění u postižených osob. Většina nemocných s chřipkou, zejména zdravých jedinců ve středním věku, se uzdraví bez komplikací a následků. Chřipka však může probíhat jako vysoce závažné onemocnění, které je spojené s rizikem nutnosti hospitalizace, vznikem komplikací a/nebo úmrtím. Mezi rizikové skupiny se řadí například děti, těhotné ženy, osoby ve vyšším věku a chronicky nemocní.

Sezónní chřipka se každoročně vyskytuje v různých závažných epidemiích a zasahuje do provozu Fakultní nemocnici Hradec Králové (FN HK). Největší zátěž bývá zaznamenávána od ledna do března. Z důvodu hospitalizací pacientů s chřipkou bývají každoročně omezovány na 4 až 6 týdnů plánované příjmy na interních pracovištích, v roce 2018 a 2019 byly omezeny cca tři týdny plánované příjmy i na chirurgických pracovištích z důvodu nutnosti uvolnit lůžkovou kapacitu pro přijímané pacienty s chřipkou. Omezení plánovaných příjmů představuje pro nemocnici značnou socioekonomickou zátěž. Plánované hospitalizace jsou kratší, zpravidla nekomplikované. Odkládání plánovaných výkonů vede k prodloužení čekací doby pacientů a může vést ke zhoršení původně kompenzovaného zdravotního stavu. Následně se musí výkon provést akutně, často komplikovaněji a někdy s následky (horší úvodní stav, a tím i výsledek než při plánovaném provedení).

Výskyt chřipky aktivně řeší tým Oddělení nemocniční hygieny. Pozitivní nálezy chřipky jsou průběžně hlášeny z laboratoří ve FN HK, kde se chřipka diagnostikuje.

Jednotlivé případy chřipky se evidují. U všech pacientů s diagnostikovanou chřipkou je provedeno epidemiologické šetření, sleduje se průběh onemocnění, závažnost průběhu, komplikace zdravotního stavu, délka hospitalizace až do propuštění a případně úmrtí pacientů. Získané informace se využívají k plánování provozu ve FN HK, kdy se ke zhodnocení výskytu chřipky a průběhu epidemie pravidelně schází tým kontroly infekcí (nemocniční hygienik, infektolog, mikrobiolog) a situaci řeší. Jsou navrhována opatření k řešení výskytu chřipky a optimalizaci provozu, například vyčlenění části nebo celého lůžkového oddělení pro osoby s diagnostikovanou chřipkou.

Největší podíl hospitalizovaných pacientů s chřipkou tvoří vždy osoby starší 60 let věku a osoby chronicky nemocné. Každoročně však evidujeme i určitý podíl hospitalizovaných dětí, včetně dětí se závažným průběhem chřipky. Některé z těchto případů prezentujeme v tomto článku. V tab. 1 jsou uvedeny počty ambulantně ošetřených pacientů v sezónách 2015/16–2018/19. Co se týká ambulantně ošetřených, až třetinu tvoří děti do 18 let, což zatěžuje provoz dětské pohotovosti a ambulance Kliniky infekčních nemocí. Očkovaných jedinců bývá mezi nemocnými minimum, každoročně pouze cca 3–5 osob. Tito očkovaní jedinci se zjištěnou chřipkou mívají téměř vždy lehký a nekomplikovaný průběh.

Co se týká hospitalizovaných, každoročně je přijato k hospitalizaci cca 100–300 osob

(tab. 2), což představuje přibližně 1 % všech hospitalizovaných pacientů. Problémem je nejen počet pacientů hospitalizovaných pro chřipku, ale i dlouhá hospitalizační doba, dosahující někdy až týdny, kdy se při hospitalizaci řeší komplikace zdravotního stavu vzniklé následkem prodělání chřipky. Patří sem zejména dekompenzace plicních či kardiálních chronických nemocí. Počet hospitalizovaných pacientů se v posledních letech zvyšuje. U části pacientů probíhá chřipka pod obrazem velmi závažného onemocnění, kdy nemocný doslova bojuje o život. Mezi velmi závažně nemocnými bývají i děti a dospívající do 18 let věku. Počty hospitalizovaných pacientů, dětí a dospívajících, těžkých průběhů a úmrtí je uveden v tabulce 2.

U hospitalizovaných pacientů se aktivně zjišťuje údaj o očkování proti sezónní chřipce. V posledních čtyřech sezónách bylo očkovaných jen několik nemocných. Vždy se jednalo o osoby nad 65 let věku. U jednoho staršího polymorbidního pacienta byl v roce 2018 zaznamenán i těžký průběh chřipky s následným uzdravením. Proočkovanost personálu FN HK kolísá v posledních čtyřech sezónách v rozmezí 5–10 %.

## Kazuistika 1 – chřipka u 8letého dítěte

Dívka ve věku 8 let, která od narození vážněji nestonala, byla hospitalizována v únoru 2019 pro těžký průběh sezónní chřipky. V anamnéze udávána jen operace tříselné

Tab. 1 Přehled ambulantních pacientů s chřipkou ve FN HK v sezónách 2015/16–2018/19

Sezóna	Ambulantní pacienti – celkem (absolutní počty)	Ambulantní pacienti – děti 0–18 let
2015/16	50	17 (34,0 %)
2016/17	61	12 (19,7 %)
2017/18	184	27 (14,7 %)
2018/19	114	34 (29,8 %)



# SATUM

## Pojištění rizik ve zdravotnictví a farmacii

Péče o zdraví je mimořádně specifickým oborem, který až na výjimky nelze srovnávat s jinými lidskými činnostmi. Výjimečnost zdravotní péče spočívá v tom, že jejím středobodem jsou celospolečensky nejuznávanější hodnoty, tedy lidské zdraví a život.

Dobře známe specifika poskytování zdravotnických služeb i fungování zdravotnických zařízení a kombinací vhodných pojistných produktů dokážeme pokrýt rizika vyplývající z jejich provozu – ať už jde o nemocnice, ordinace odborných lékařů nebo lázeňské komplexy. Navíc dokážeme citlivě vyvážit požadavky na pojištění dané legislativou s péčí o další rizika v tomto oboru.

### **NABÍZÍME ŘEŠENÍ RIZIK VE VŠECH OBLASTECH:**

- Nemocnice
- Sdružená zdravotnická zařízení
- Farmaceutický průmysl
- Ordinace odborných lékařů
- Lázeňství
- Lékárny

**ROZUMÍME  
VAŠIM RIZIKŮM**

**JSME SATUM**

[WWW.SATUM.CZ](http://WWW.SATUM.CZ)

Tab. 2 Přehled hospitalizovaných pacientů s chřipkou ve FN HK v sezónách 2015/16–2018/19

Sezóna	Hospitalizovaní – celkem	Hospitalizovaní – děti 0–18 let	Těžký průběh – celkem	Těžký průběh – děti 0–18 let	Úmrtí – celkem	Úmrtí – děti 0–18 let
2015/16	89	28 (31,5 %)	11 (12,3 %)	0	2 (2,2 %)	0
2016/17	168	15 (8,9 %)	36 (21,4 %)	1 (0,6 %)	12 (7,1 %)	0
2017/18	301	34 (11,3 %)	35 (11,6 %)	3 (1 %)	27 (9 %)	1 (0,3 %)
2018/19	234	37 (15,8 %)	42 (17,9 %)	2 (0,9 %)	10 (4,3 %)	0

kýly ve 4 letech. Očkována byla dle platného očkovacího kalendáře, proti sezónní chřipce očkována nikdy nebyla. První den vzniku potíží měla horečku, která dobře reagovala na antipyretika, nekašlala, rýmu neměla, jedla a pila dobře. Pátý den nemoci došlo ke zhoršení stavu, byla unavená, měla bolesti dolních končetin. Šestý den pokračovala progresí bolestí dolních končetin, až se postupně nemohla postavit, byla schvácená, nic nejedla a nepila. Další příznaky neměla a v této době byla afebrilní. Rodiče s ní navštívili praktického dětského lékaře, který ji pro prekolapsový stav odeslal k hospitalizaci v okresní nemocnici. Zde byla při přijetí schvácená, bledá, s poruchou prokrvení končetin, měla velkou bolestivost dolních končetin, zejména stehen. Kromě palpační bolestivosti stehen byla bez významného klinického nálezu. Laboratorně byla zjištěna myositida s rhabdomyolýzou, elevace jaterních transamináz – vstupně ALT 3,12 ukat/l, AST 11,35 ukat/l, kreatinkináza – CK mass 617 ukat/l, myoglobin >1000 µg/l, Hb 177 g/l, trombo  $94 \times 10^9/l$ , troponin 2473 µg/l, „hyperkalémie“ (přesná hodnota nezjištěna), ostatní laboratorní hodnoty byly v normě. RTG plic a UZ břicha byl bez nálezu. Na EKG byl zaznamenán sinusový rytmus a laterální repolarizační změny. Podány krystaloidy, analgetika a pro nedostatečnou diurézu byla tentýž den přeložena na Dětskou kliniku FN HK. Zde byla při přijetí diagnostikována metodou PCR ze stěru z nosohltanu chřipka A. Dále zjištěna hematurie, hyperkalémie 8,3 mmol/l, leukocytóza  $12,05 \times 10^9/l$ , ALT 15,5 ukat/l (postupně až 61,6 ukat/l), AST 72 ukat/l (postupně až 186,85 ukat/l). Od přijetí byla zahájena léčba antivirotyky a bylo pokračováno ve volumoterapii včetně alkalizace moči. V dalších hodinách došlo k progresi stavu s projevy kardiogenního šoku. Kardiální dysfunkce byla verifikovaná ultrazvukem. Nemocná byla intubována s podporou oběhu noradrenalinem. Pro progresi multiorganového selhávání s dominujícím kardi-

álním a renálním selháním byla přeložena na lůžkové oddělení Kliniky anesteziologie a resuscitace ve FN HK. Při překladech měla pacientka třikrát srdeční zástavu s komorovou tachykardií s přechodem do fibrilace a byla kardiopulmonálně resuscitována. Příčinou opakované zástavy byla pravděpodobně hyperkalémie. Proto byla zavedena dialyzační kanyla a byla napojena na kontinuální dialýzu (CRRT). S ohledem na těžké postižení myokardu při absenci příznivé reakce na adrenalin a dobutamin byla zavedena extrakorporální membránová oxygenace (ECMO).

Další den při kontrolním UZ zjištěna viditelně zhoršená difúzní hypokineze levé komory, cca 30%. Pro přetrvávající hyperkalémii i při dialýze (pravděpodobně při pokračující rhabdomyolýze) byly podávány kortikoidy. Pro nemožnost vyloučit bakteriální superinfekci zahájena antibiotická terapie v kombinaci s antivirotyky. Pro těžkou koagulopatii podány koagulační faktory.

Od třetího dne hospitalizace (osmý den nemoci) byla oběhově stabilní bez podpory katecholaminy, postupně došlo k normalizaci laboratorních parametrů a dle ultrazvuku ke zlepšení kinetiky srdečních komor. Bylo odpojeno ECMO, došlo k poklesu myoglobinémie, byla snižována analgosedace a deeskalována antibiotika. Pátý den hospitalizace byl obnoven kontakt s pacientkou, ale během dne došlo k opětovné progresi myoglobinémie a vzestupu kreatinkinázy bez jasné příčiny. Proto byly znovu podávány kortikoidy a plazmaferéza, které stav stabilizovaly. Byly odeslány odběry k diagnostice metabolických vad, avšak žádná konkrétní metabolická vada zjištěna nebyla.

Čtrnáctý den nemoci (devátý den hospitalizace) se znovu klinický stav zhoršil, stoupla leukocytóza  $56,2 \times 10^9/l$ , D-dimery 16,3 ng/ml a stav byl zhodnocen jako syndrom respiračního selhání. Díky symptomatice a antibiotické léčbě došlo za několik dní postupně ke zlepšení stavu. Postupně

byla také zahájena rehabilitace, zejména s ohledem na omezenou hybnost a bolestivost dolních končetin. Po cca třech týdnech hospitalizace na JIP se zdravotní stav stabilizoval. Pacientka byla přeložena do FN Motol k celkovému dovyšetření a eventuálně zjištění příčiny těžkého průběhu chřipky s komplikacemi, se zaměřením zejména na zjištění vzácné metabolické vady či poruchy imunitního systému. V laboratorním nálezu přetrvávala elevace jaterních transamináz, v době překladech ALT pokleslo na 5,4 ukat/l a AST na 2,65 ukat/l. Ve FN Motol byla hospitalizována čtyři měsíce, přičemž v úvodu hospitalizace bylo pro zhoršení stavu nutné na několik dní opět zavést ECMO. V rámci hospitalizace došlo k fraktuře čtvrtého hrudního obratle při zjištěné osteoporóze. Zdravotní stav se postupně zlepšoval. Pacientka intenzivně rehabilitovala a po 11 měsících od začátku nemoci začala samostatně chodit, i když stále nevydrží dlouho stát. Od té doby nebyla vážněji nemocná. Příčina těžkého průběhu chřipky nebyla objasněna.

## Kazuistika 2 – chřipka u 17letého dospívajícího

Chlapec ve věku 17 let, který se anamnesticky s ničím neléčil a nebyl proti sezónní chřipce očkováno, byl ve FN HK hospitalizován v únoru 2018 pro těžký průběh sezónní chřipky. První den rozvoje příznaků měl dráždivý kašel a bolest hrudníku. Pátý den nemoci začal vykašlávat čerstvou krev a měl teplotu kolem 41 °C. Užíval paracetamol, ale pro zhoršování obtíží navštívil pohotovost. Zde byl tachypnoický, zchvácený a byl odeslán na RTG hrudníku a vyšetření na dětském oddělení krajské nemocnice. Na RTG vyšetření ani na ambulanci však nedorazil a vrátil se domů.

Doma došlo postupně během několika hodin k výraznému zhoršení stavu a byla volána rychlá záchranná pomoc (RZP) (šestý den nemoci). Při příjezdu RZP byla přítomna hypotenze, tachykardie a dušnost.

Byl odvezen na dětské oddělení krajské nemocnice, kde byla zjištěna hyposaturace kolem 70 %, leukopenie  $1,2 \times 10^9/l$ , trombopenie  $75 \times 10^9/l$ , koagulopatie, vysoké markery zánětu (CRP 270) a elevace dusíkatých katabolitů. Na RTG hrudníku byly rozsáhlé infiltráty oboustranně, více vpravo, a fluidothorax vpravo. Na EKG záznamu byl sinusový rytmus. Na oddělení opakovaně vykašlával čerstvou krev a nemočil. Stav byl zhodnocen jako bronchopneumonie a v rámci léčby byla přidána antibiotika empiricky. Po čtyřech hodinách hospitalizace byl pro nelepší se stav převezen na dětskou JIP ve FN HK (stále šestý den nemoci). Zde byl při přijetí zjištěn septický kolorit kůže, difúzní exantém, přetrvávala hypotenze, tachykardie, tachydyspnoe, anurie, vykašlávání krve a 87% saturace při oxygenoterapii kyslíkovými brýlemi. Metodou PCR byla z tracheálního aspirátu potvrzena chřipka A H1N1. Pro suspekci na kombinovanou etiologii bronchopneumonie byla dále rozšířena antibiotická léčba. Pacient byl intubován a byla zahájena umělá plicní ventilace, podávány krystaloidy, volumoterapie. Stav se však postupně horšil, anurie pokračovala i přes intenzivní volumoterapii a objevilo se masivní krvácení z dýchacích cest a respirační selhání. Došlo k rozvoji známek diseminované intravaskulární koagulace a septického šoku s multiorgánovým selháním s opakovanou zástavou krevního oběhu navzdory intenzivní léčbě. Pacient byl opakovaně resuscitován. Přes veškerou snahu došlo šestý den od vzniku prvních příznaků, do 24 hodin od začátku hospitalizace, k úmrtí. Příčinou byly

podle pitvy hemoragická bronchopneumonie a multiorgánové selhání. Následně byl z hemokultury prokázán *Staphylococcus aureus* s produkcí Panton-Valentinova leukocidinu (SA PVL), který byl potvrzen i ze vzorku plic získaného pitvou a ve sputu. Ve sputu byl navíc prokázán *Streptococcus pneumoniae*. Pozitivní konfirmace SA PVL byla provedena ve Státním zdravotním ústavu v Národní referenční laboratoři pro stafylokoky. Kazuistika dokumentuje těžký průběh chřipky komplikovaný kombinovanou bakteriální infekcí s úmrtím u anamnesticky zdravého dospívajícího.

### Kazuistika 3 – chřipka u 14denního novorozence

Novorozenec ve věku 14 dnů z fyziologické gravidity, donošený, hypotrofičtý (matka celé těhotenství kouřila) měl dva dny dráždivý kašel a rýmu. Teplotu mu rodiče neměřili. S dítětem navštívili dětskou pohotovost, odkud byl novorozenec odeslán k hospitalizaci na dětské oddělení pro podezření na pozdní poporodní infekci. Oba rodiče měli v té době respirační infekci.

Při přijetí k hospitalizaci bylo dítě tachypnoické, avšak bez potřeby oxygenoterapie. Na RTG hrudníku byl zjištěn homogenní infiltrát v horním plicním poli vpravo, laboratorně byl zjištěn vzestup zánětlivých markerů, a proto byla empiricky nasazena antibiotická léčba. Postupně došlo k progresi tachydyspnoe a druhý den hospitalizace byl novorozenec přeložen na JIP, kde byl zaintubován a byla zahájena intenzivní volumo-

terapie, bronchodilatační léčba a byly nasazeny kortikoidy. Z nazofaryngeálního stěru byla prostřednictvím PCR zjištěna chřipka B, a proto byla do léčby přidána antivirotika. Přesto však byla při kontrolním RTG vyšetření plic zaznamenána progresie infiltrátu a došlo k rozvoji respiračního selhání.

Po 14 dnech intenzivní léčby se stav postupně zlepšil a novorozenec byl krátkodobě extubován, ale za několik hodin bylo nutné pro závažné bronchospasmy znovu zahájit umělou plicní ventilaci. Z tracheálního aspirátu (TAS) byla zjištěna pozitivní DNA *Bordetella pertusis*, která byla potvrzena a přeléčena i u obou rodičů. V kontrolním TAS byla zjištěna ještě pozitivita DNA *Ureaplasma urealyticum*. Léčba byla upravena s ohledem na tyto nálezy. Díky intenzivní terapii, včetně antibiotické, došlo ke zlepšení klinického stavu a dítě bylo po dvou měsících hospitalizace propuštěno domů s předpokladem několikaměsíční léčby inhalačními bronchodilanciemi a kortikoidy pro občasné bronchospasmy. Kazuistika dokládá těžký průběh chřipky s bronchopneumonií kombinované etiologie, kdy se díky intenzivní léčbě podařilo pacienta stabilizovat. U rodičů byl rovněž zaznamenán lehký průběh pertuse, který pro ně nepředstavoval vážný zdravotní problém, pouze zhoršení chronické bronchitidy u kuřáků. Pro jejich dítě však současná pertuse znamenala ohrožení života a dlouhodobou hospitalizaci s nutností intenzivní péče a následnou dlouhodobou léčbou. Rodiče dítěte, kteří pravděpodobně nakazili dítě chřipkou, nebyli proti chřipce očkovaní. Proti pertusi byli očkovaní v dětství, tedy před více než 20 lety.

### Závěr

Chřipka je podceňované respirační onemocnění, které může mít závažný průběh, nejen u dospělých, ale i u dětí. Efektivním preventivním opatřením je očkování proti chřipce. Cílem by mělo být zvýšení proočkovanosti v celé populaci se zaměřením na nejrizikovější skupiny včetně dětí. Jen tak je možné omezit šíření chřipky, ovlivnit průběh epidemie, snížit výskyt chřipky a předejít potenciálně těžkým klinickým průběhům chřipky spojeným s rizikem úmrtí.

MUDr. Lenka Hobzová, Ph.D.<sup>1</sup>,

MUDr. Jan Smetana, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddělení nemocniční hygieny, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

<sup>2</sup>Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové



# Koronavirus drtí obézní pacienty

*Obézním jedincům hrozí téměř dvakrát větší riziko, že se nakazí nemocí covid-19, než lidem s optimální hmotností. Vyplývá to ze srovnání nejnovějších studií, které zkoumaly vztah jedinců s obezitou k onemocnění covid-19 u 400 tisíc pacientů z Evropy, Asie i Ameriky.*

Riziko, že pacient s koronavirem skončí v nemocnici, je u obézních o 113 % vyšší než u těch, kteří obézní nejsou. Vědci také očekávají, že u obézních lidí nebude dostatečně účinkovat ani vakcína proti koronaviru. Praktičtí lékaři o tomto aktuálním a závažném tématu diskutovali na přesunutém Jarní interaktivní konferenci (JIK).

„Výsledky metaanalýzy 75 studií provedené týmem prof. Popkina z univerzity v Severní Karolíně jsou alarmující a v určitém smyslu převratné. Obezita je odborníky i laiky většinou vnímána jako nemoc, u které se metabolické komplikace typu cukrovky, vysokého krevního tlaku či cholesterolu projeví až s odstupem let. Pacienti tak mají falešný pocit dostatku času pro změnu svého životního stylu,“ říká MUDr. Jozef Čupka, MPH, vedoucí Pracovní skupiny preventabilních onemocnění při Společnosti všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP a dodává: „Nové onemocnění covid-19 však jasně ukazuje, že není prakticky žádný čas na jakýkoli odklad změn v managementu obezity a je nutné jednat ihned. Nárůst hospitalizací na JIP je u obézních pacientů s koronavirem o 74 % vyšší než u neobézních a riziko úmrtí je až o 48 % větší než u neobézní populace.“

## Imunita nevládne reagovat na vakcínu

Podle dalších studií publikovaných již v květnu 2020 se obézní pacienti potýkají s horším průběhem infekcí covid-19 hned z několika důvodů. Obezita například omezuje plicní ventilaci, zhoršuje imunitní odpověď na virovou infekci a zvyšuje v organismu zánětlivé procesy. Velký obvod pasu a vysoká tělesná hmotnost také komplikují péči o pacienta v nemocnici – například zavedení plicní ventilace nebo i položení nemocného na břicho, aby se zvýšil objem jeho dechu. „Obézní lidé jsou také náchylnější k syndromu akutní respirační tísně, což je v současnosti hlavní příčina úmrtí pacientů na koronavirus,“ doplňuje MUDr. Čupka. Obézní jedince před koronavirem neochrání zřejmě ani vakcína, kterou se nyní snaží vyvinout vědci po celém světě. Jejich imunita totiž na očkování, podle od-



Ilustrační foto: Shutterstock

hadů specialistů, nevládne správně zareagovat. S podobným problémem se již potýkají i u očkování proti chřipce. „Vakcinace funguje na principu stimulace, kdy do těla zaneseme informace o povrchových antigenech viru a ty nastartují imunitní buňky a začnou tvořit protilátky. Spuštění protilátek a délka jejich fungování je u obézních lidí kvůli změnám v tukové tkáni mnohem nižší,“ vysvětluje MUDr. Čupka.

## Pojišťovny obezita nezajímá dostatečně

Obezitě by měli lidé předcházet zdravým životním stylem s dostatkem pohybu. Ten právě nyní komplikuje koronavirová pandemie. Bezpečnostní opatření po celém světě omezily pohyb lidí a sociální kontakt. Lidé začali pracovat z domova, čímž z jejich dne zmizel přirozený pohyb jako chůze do práce, na oběd nebo na nákup. Počty obézních tak paradoxně pomalu rostou. „Vidíme už nyní, že značná část lidí v první vlně pandemie přibrala cca 1–5 kg. Je to začarovaný kruh. Nemohli chodit ven a stýkat se s blízkými lidmi, což obecně zvyšuje stres, který následně řešili přejídáním. Ručička na váze poté zákonitě stoupá nahoru,“ říká MUDr. Čupka. Důležité je podle něj nepropadat panice, jíst zdravě a nepřestat s pohybem úplně. „V naší populaci máme 30 % neurotických lidí, které nejistá situace

v čase pandemie přirozeně velmi stresuje. Cvičením se vyplavují hormony štěstí, které proti stresu bojují. Doporučuji chodit běhat, procházet se v přírodě alespoň 40 minut nebo cvičit doma. Důležité je také komunikovat s ostatními a vytvořit si třeba jen úzkou skupinku lidí, se kterými je možné se potkávat, jelikož člověk je ze své podstaty tvor společenský,“ radí MUDr. Čupka. Kromě úpravy životního stylu mohou pacientům s obezitou výrazně pomoci nastartovat a udržet proces hubnutí i účinné léky. Léčba dokáže v mozku stimulovat centra sytosti i odměny a současně také tlumit hlad. Momentálně na tyto léky užívané v celé Evropě ale české zdravotní pojišťovny finančně nepřispívají. „Covid-19 jasně ukázal, že obezita rozhodně není pouze estetickou záležitostí, ale nemocí, kterou se zdravotní pojišťovny vzhledem k důkazům o aktuálních rizicích v ‚době covidové‘ nezabývají dostatečně. Řeší pouze zdravotní důsledky obezity a ne samotnou obezitu, která je příčinou dalších téměř 200 zdravotních komplikací s ní spojených. Při zlepšení managementu obezity ve společnosti i při větším využívání léků na hubnutí by přitom výrazně klesly vysoké náklady na léčbu diabetu, hypertenze, vysokého cholesterolu i nádorových onemocnění. Zdravotní systém by ušetřil nemalé peníze i životy občanů,“ uzavírá MUDr. Čupka.

(red)

# Nachlazení, nebo podezření na coronavirus? COVID-bot doporučí další postup

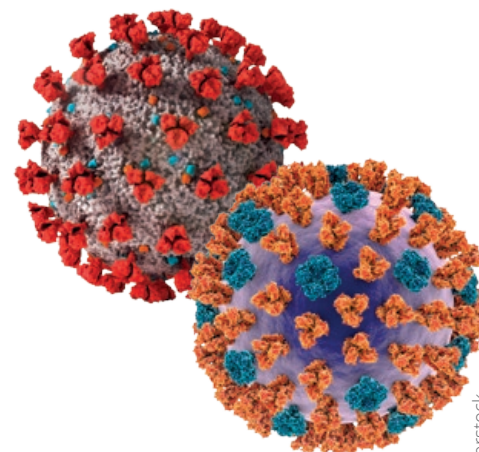
Český med-tech start-up COGVIO pomůže odhadnout, zda jde spíše o lehké nachlazení, či o závažnější virovou infekci, zejména koronavirus. Všem, kdo mají příznaky či obavy, zda se nemohli nakazit koronavirem, pomůže posoudit míru rizika nákazy COVID-bot.

Českou verzi chytrého chatbota v COGVIO připravili na základě open-source řešení zveřejněného Evropskou komisí. Původně byl chatbot vyvinut Pasteurovým institutem ve spolupráci s univerzitními nemocnicemi v Paříži spolu s francouzským startupem Clevy. Nyní radí i českým nemocným. „COVID-bot slouží jako zdroj informací pro všechny, kdo se obávají viru. Pomůže jim lépe se rozhodnout, jak vysoké je riziko, že jsou nakaženi právě koronavirem. Náš cíl je také ulehčit praktickým lékařům a ambulantním specialistům, kteří denně vyřizují desítky opakujících se dotazů na příznaky i další postup. COVID-bot se zeptá na všechny podstatné otázky a nemocný dostane své odpovědi rychle, aniž by musel volat svému lékaři, či kamkoliv jinam,” popisuje Tomáš Doležal, jeden ze spoluzakladatelů start-upu COGVIO, který také vede konzultační společnost Value Outcomes.

COVID-bot používá zhruba 20 otázek, ve kterých se ptá na současný stav odpovídajícího. Vlastně zjišťuje, zda má odpoví

vidající příznaky onemocnění COVID-19 i zohledňuje další rizikové faktory. Po zodpovězení všech otázek dostanete od chatbota doporučení, jak dále pokračovat. Na webové stránce spolu s chatbotem najdete kromě dalších odkazů i přehled příznaků onemocnění koronavirem podložených nejnovějšími klinickými studiemi.

„Používání chatbota je velice jednoduché. Oněch několik otázek máme zatím na webové stránce, která je uzpůsobena i pro použití z mobilního telefonu. Stačí vyhledat COVID-bot a odpověď na své otázky okolo koronaviru máte na dosah ruky. Tento chatbot byl jen rychlé řešení. Právě pracujeme na nové telemedicínské aplikaci, která by mohla podobným využitím technologií ulehčovat práci lékařům a zároveň posílila vztahy s jejich stávajícími pacienty,“ doplňuje Doležal s odkazem na novinku z dílny COGVIO, telemedicínskou platformu Medevio. COGVIO je technologická firma zaměřená na vývoj software, datovou analýzu a strategický consulting pro farmaceutické společnosti a zdravotnictví. COGVIO spo-



Ilustrační foto: Shutterstock

juje doménovou znalost farmacie, medicíny a zkušenost z vývoje rychle škálujících technologických startupů mířených na koncové uživatele. Díky tomu a navíc bez investora v zádech nyní spolupracují se 17 z top 20 farmaceutickými společnostmi v ČR a řadou významných zahraničních klientů. Jejich první a rovnou globální aplikace Price monitor pomocí umělé inteligence monitoruje, analyzuje a predikuje vývoj cen léčiv na jednotlivých globálních trzích.

(red)

Inzerce ▼ M20100123

Česká akademie  
dermatovenerologie

**26.** 29.-30. LISTOPADU  
HOTEL PYRAMIDA PRAHA

**NÁRODNÍ  
DERMA  
TOLOGICKÝ  
KONGRES**

GENERÁLNÍ PARTNER

**SANOFI GENZYME**

HLAVNÍ PARTNER

**NOVARTIS**

ZLATÝ PARTNER

**DMK**  
Danné Montague-King®

**Janssen**  
janssen.com  
or janssen.cz

**WORLDWAG  
PHARMA**

STŘÍBRNÝ PARTNER

**abbvie**



**Lilly**

**Pierre Fabre**  
Dermo-Cosmétique

**Mylan**  
Dermatologické přípravky pro léčbu kůže

BRONZOVÝ PARTNER

**AMGEN**

**Biopická laborator**

**LEO**

**Linola**

**M**

**PHARMAKIL**

**Pfizer**

**Medicína**

**MEDICAL SERVICES**

**SANDOZ**

**FERVIER**

**SANMEDIKON**

**Inspired by patients. Open by science.**

**LRIAGE**

**VIA MED**

**proLékaře.cz**

**ZDRAVOTNICTVÍ**

REGISTRACI JE MOŽNÉ PROVĚST ON-LINE NA [WWW.DERMASYMPOZIUM.CZ](http://WWW.DERMASYMPOZIUM.CZ)  
NA PŘÍPADNÉ DOTAZY ODPOVÍME NA TEL.: +420 261 215 542

# Za objev viru hepatitidy C byla udělena Nobelova cena

*Nositeli Nobelovy ceny za medicínu a fyziologii pro rok 2020 jsou tři vědci, kteří měli hlavní zásluhu na objevu viru způsobujícího hepatitidu typu C. Ocenění byli Harvey Alter, Michael Houghton a Charles Rice.*

„Objev viru umožnil chorobu popsat a začít hledat léky, které by mohly virus ovlivnit a odstranit ho z organismu,“ komentoval aktuální udělení Nobelovy ceny za objev viru hepatitidy C prof. MUDr. Radan Brůha, CSc., přednosta IV. interní kliniky – kliniky gastroenterologie a hepatologie VFN a 1. LF UK, kde je jedno ze specializovaných center pro léčbu tohoto onemocnění. Virová hepatitida typu C podle profesora Brůhy ovlivnila v posledních desetiletích vývoj celého oboru hepatologie a od 90. let do současnosti mu zcela dominovala. Díky rozsáhlému výzkumu vědci vyvinuli i řadu významným neinvazivních metod, jako je neinvazivní jaterní elastografie, jež nahradila jaterní biopsii.

Objev viru odhalil, že žloutenka typu C způsobuje zánět jater a často vede až k ja-

terní cirhóze nebo úplnému selhání orgánu. Po objevení viru se pacienti zpočátku léčili injekčně interferonem, pak i v kombinaci s ribavirinem v tabletách. Oba léky ale měly spoustu nežádoucích účinků, jako jsou teplota, zimnice, třesavka, bolesti svalů a kloubů, vypadávání vlasů, nechutenství, chudokrevnost, mohly vyvolat i onemocnění štítné žlázy. Léčba byla ale přesto úspěšná maximálně u poloviny pacientů. Virus v nich zůstal dál. Navíc se tak nemohli léčit pacienti s pokročilou cirhózou. To se změnilo až před několika lety, kdy se objevila přímo působící antivirotika.

„Díky objevu viru jsou nyní dostupné vysoce citlivé krevní testy, které eliminovaly hepatitidu po transfuzích. Spousta našich pacientů se nakazila v sedmdesátých

a osmdesátých letech právě od dárců krve. Každý, kdo dostal transfuzi, byl potenciálně ohrožen. Současná antivirotika mají téměř stoprocentní účinnost, podávají se v tabletách bez nežádoucích účinků a léčba trvá jen dva až tři měsíce. Úspěšnost léčby dnes už nezávisí na pokročilosti choroby a typu viru. V posledních letech se nám v naší nemocnici již podařilo vyléčit skoro sto padesát pacientů a úspěšnost je dnes více než 99 procent. Jsme schopni virus zcela odstranit z těla. Na rozdíl od dřívější léčby dnes můžeme léčit i pacienty v pokročilejším stádiu cirhózy. Účinnost je stejná, navíc vazivo z jater může po odstranění viru ustupovat a chronické onemocnění se stabilizuje,“ dodal profesor Brůha.

(red)

## Hepatitida C a HIV ve stínu PR koronaviru

*Zatímco v Česku se od počátku pandemie nechalo otestovat na nový typ koronaviru více než 1,6 milionů lidí, obdobně zákeřná virová onemocnění zůstávají takřka bez povšimnutí.*

Hlavní pozornost na sebe nyní poutá SARS-COV-2, to ale zdaleka neznamená, že by se šíření ostatních nebezpečných virů v populaci zastavilo. Podle odborníků v České republice neví o své nákaze HIV až tisíc lidí a o své nákaze hepatitidou C až 40 tisíc.

Podle vedoucího Národních referenčních laboratoří pro virové hepatitidy a AIDS zatím letošní rok nepřinesl žádné vysoké nárůsty testovaných oproti předchozím letům. „Pokud jde o HIV, zaznamenali jsme na jaře dokonce mírný pokles počtu vyšetření, což nejspíš souvisí s epidemickou situací. Hepatitida C (HCV) a HIV infekce však nesporně patří k nejzávažnějším virovým infekcím z řady důvodů. Chronická infekce HCV i infekce HIV může po dlouhou dobu probíhat bez klinických příznaků, takže infikovaná osoba často o své nákaze neví a infekce může postoupit do vážných až život ohrožujících stadií. V současnosti je pro HCV k dispozici specifická vysoce účinná terapie s účinností téměř 100 %, která umožňuje infekci vyléčit. U HIV

je rovněž dostupná velmi efektivní léčba, i když infekci HIV dosud není možné vyléčit. Včasné odhalení infekce umožňuje bezprostřední zahájení léčby, která zásadním způsobem ovlivní zdravotní stav pacienta, ale má i významný vliv na šíření obou infekcí. Léčba významně velkého počtu pacientů s HCV by omezila počet zdrojů infekce v populaci a snížila tak její šíření. U HIV infekce léčba snižuje množství viru v krvi na nedetekovatelné nebo alespoň velmi nízké množství, důsledkem je snížení infekčnosti léčeného pacienta a tím možnosti přenosu HIV na jinou osobu na minimum,“ zmiňuje na adresu HCV a HIV RNDr. Vratislav Němeček, CSc. ze Státního zdravotního ústavu.

Negativního vlivu koronavirové epidemie na ochotu veřejnosti věnovat se prevenci jiných a neméně nebezpečných onemocnění si všimá i prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc. z Ústřední vojenské nemocnice v Praze. „Při současném zahlcení laické veřejnosti údaji o pandemii dochází zcela nepo-

chybně k potlačení informovanosti o jiných nemocech, infekce HCV a HIV nevyjímaje. Lidé k lékaři nechodí, natož aby se aktivně zajímali o jiná možná testování či onemocnění. Důsledky tohoto opomíjení budeme zcela nepochybně vnímat v následujících letech,“ říká profesor Urbánek. „Pokud jde o hepatitidu typu C, ta zdaleka není problémem jen tzv. rizikových skupin, například uživatelů drog. HCV se vyskytuje i mimo ně. Tyto osoby, jejichž počet v ČR odhadujeme na zhruba čtyřicet až šedesát tisíc, jsou skryty v běžné populaci a jejich odhalení je pro specialisty, největším oříškem. Klíčové je zvýšení povědomí běžné laické veřejnosti tak, aby i lidé, kteří nemají žádné příznaky nebo nechtějí u svého ošetřujícího lékaře „přiznat“ riziko možného přenosu, měli dostatek informací k tomu, že sami sebe identifikují jako osobu, která mohla být v minulosti nakažena, a aby věděli, kam se obrátit s žádostí o provedení testu,“ dodává profesor Urbánek.

(red)





MMN, a.s. , přijme lékaře na pozici

## primář chirurgického oddělení

### Kvalifikační předpoklady:

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

- životopis + přehled dosavadní praxe
- úředně ověřené doklady o dosaženém vzdělání

### Nabízíme:

- Možnost náborového příspěvku ve výši 250 000 Kč (L3)
- pracovní pozice na plný úvazek
- dobré mzdové podmínky
- benefity a odměny dle Kolektivní smlouvy (více na [www.nemjil.cz](http://www.nemjil.cz))

**Nástup možný ihned po vyřízení nezbytných dokumentů.**

**Kontakt:** MUDr.Jiří Kalenský, telefon: 481 551 120, e-mail: [jiri.kalensky@nemjil.cz](mailto:jiri.kalensky@nemjil.cz)

Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské  
v Bílé Vodě

přijme do pracovního poměru

- **lékaře/psychiatra**
- **lékaře psychiatra adiktologa**

- Plat dle vzdělání a délky praxe 40 000–85 000 Kč s možností dalšího finančního růstu.
- Možnost ubytování v bytovém domě, popř. v rodinné vilce.
- Zaměstnanecké benefity.

Pracovně-právní vztah navážeme i na kratší časové období.

**Kontakt:** [micakova@pnmo.cz](mailto:micakova@pnmo.cz), telefon: 588 517 505.



Personální inzerce  
do časopisu

**ZAM**  
Zdravotnictví a medicína

je přijímána  
na e-mailu:  
[personalni.inzerce@mf.cz](mailto:personalni.inzerce@mf.cz)



## MĚSTO HUMPOLEC HLEDÁ LÉKAŘE

do soukromé  
ambulance

**PEDIATRA  
PRAKTIKA  
ZUBAŘE  
INTERNISTU**

Nabízíme komplexní podporu při řešení vybavení ordinace, bydlení a dalších potřeb dle individuální domluvy.

Humpolec je víc než dobré místo pro život,  
Humpolec je láska na celý život.

Kontakt: Mgr. Alena Kukrechtová, místostarostka  
[alena.kukrechtova@mesto-humpolec.cz](mailto:alena.kukrechtova@mesto-humpolec.cz)



## Lékař/lékařka pro oddělení kardiologické

### Požadavky

- ✓ Lékař absolvent nebo lékař s ukončeným základním interním kmenem nebo krátce před jeho dokončením, příp. lékař se specializovanou způsobilostí v oboru kardiologie.
- ✓ Zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost dle zákona č.95/2004 Sb. v platném znění.

### Nabízíme:

- ✓ Zajímavou, pestrou práci na plný pracovní úvazek v přátelském kolektivu na akreditovaném pracovišti, které je součástí Centra vysoce specializované komplexní kardiologické péče pro dospělé.
- ✓ Nabízíme dobré podmínky pro odborný růst
- ✓ Nadstandardní mzdové ohodnocení, dotované stravování
- ✓ Možnost ubytování na ubytovně nemocnice
- ✓ Týden dovolené navíc nad stanovený rámec.

**Nástup:** Možný dle dohody

**Kontakt: prim. MUDr. Jiří Haniš, kardiologické oddělení,  
e-mail: hanis@nemcb.cz, telefon: 387874300-01**

**Žádosti včetně životopisu a dokladů o odborné způsobilosti zasílejte na adresu:**

Nemocnice České Budějovice, a.s., sekretariát vedení společnosti,  
B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice



ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce ▼ XA201001843

### ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 10/2020

#### Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
MUDr. Václava Bártů, Ph.D.  
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.  
doc. MUDr. Ondřej Měšák, Ph.D.  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.  
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC  
prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtišková  
prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

#### Redakce

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

#### Stálý spolupracovník redakce

Mgr. René Šifta

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

Radek Koňářík,  
e-mail: konarik@mf.cz

#### Personální inzerce

e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

#### Inzerce

obchod@mf.cz

Foto na obálce:

Jiří Kofátko



#### Generální ředitel

Karel Novotný, MBA

#### Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, MBA

#### Ředitel marketingu, výroby a distribuce:

Jaroslav Aujezdský

#### Brand Manager:

Petra Trojanová

#### Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
IČ: 01847082

#### Adresa redakce: Zdravotnictví a medicína,

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
e-mail: zdn@mf.cz

#### DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku využívaje:  
SEND Předplatné, spol. s r.o.,  
Ve Žlíbku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,

tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370

e-mail: mf@send.cz, www.send.cz

#### Objednávky do zahraničí:

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

#### Objednávky SR:

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

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

Předplatné se automaticky prodlužuje. Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

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

#### Tisk TRIANGL, a. s.

Číslo dáno do tisku 22. 10. 2020

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

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2020  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Inzerce ▼ S202004 / ▼ S202001



ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA  
MINISTERSTVA  
VNITRA ČR

# 211

- Péče o zdraví více než **1 300 000** našich klientů
- Více než **750 000 000** Kč za rok vynaloženo na prevenci z veřejného zdravotního pojištění
- Více než **27 000** lékařů a zdravotnických zařízení po celé ČR
- Služba Lékař na telefonu **24** hodin denně zdarma
- Více než **100** bonusových příspěvků
- Více než **90** klientských center



## Díky všem

Děkujeme, že s námi vítězíte.  
Být u 211 je **výhra i pro vaše zdraví.**

[www.211.cz](http://www.211.cz)





Naše společná mise:

# SNÍŽIT RIZIKO INFEKČÍ NA MINIMUM

## Holistické řešení prevence infekcí

Infekce spojené se zdravotní péčí významně komplikují proces léčby a mohou vyústit i v život ohrožující stav pacienta. Infekcí se v nemocnicích nakazí až 8 % hospitalizovaných pacientů. Díky účinným řešením prevence infekcí v oblastech hojení ran, prevence rizik a dezinfekce výrazně zvýšíme bezpečnost a efektivitu zdravotní péče jak pro zdravotníky, tak pro pacienty.

Podtlaková  
terapie Vivano®



HydroTerapie



Moderní metody léčby ran jako podtlaková terapie či hydroterapie statisticky významně snižují riziko vzniku infekce v ráně.

Spolehlivé ochranné prostředky a jednorázové sterilní zákrokové sady Mediset výrazně snižují riziko vzniku infekce při ambulantních zákrocích.



Produkty Sterillium zajišťují efektivní dezinfekci díky vysoké účinnosti a zároveň šetrnosti k pokožce rukou.