

Rozhovor s vakcinologem docentem Kohlem

str. 14

Levně kupovat –
dvakrát platit,
i ve zdravotnictví
str. 4

Střevní
mikroflóra
a imunomodulace
str. 27

Láska a sex
za časů
koronaviru
str. 40

Předplatte si časopis ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

ZAM
Zdravotnictví a medicína



**Roční předplatné za 435 Kč.
Platí do 20. 12. 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 **ZM1120**. 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 **ZM1120** Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Hippokrates i zdravý rozum

Vážení čtenáři,

letošní obzvlášť neveselé „Dušičky“ máme za sebou, přesto jsme si dovolili nastolit téma, které někomu asociují – právo na eutanazii. Návrh zákona o eutanazii otevřel otázku, zda má mít občan České republiky právo na asistovanou smrt. Esej Jiřího Horeckého ukazuje řadu relevantních argumentů podporovatelů i odpůrců. Jedním z argumentů pro zřetelné „ne“ je i sama Hippokratova přísaha. Nebo nezní její slova „nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mě o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít)“ dostatečně jasně?

Světově uznávaný vakcinolog docent Igor Kohl v rozhovoru vysvětluje, proč ještě nemáme žádnou registrovanou vakcínu proti covidu-19. Proti řadě jiných infekcí ale vakcínu dávno máme a leckydy i s úhradou, nicméně i tam je proočkova-

vanost populace nízká, včetně té zdravotnické. „Když vezmeme v úvahu, že zdravotničtí pracovníci jsou skupinou, která pečuje o rizikové osoby, je tato skutečnost alarmující a téměř nepochopitelná. Zdravotníci by si měli uvědomit, že když se nechají naočkovat (například proti chřipce), chrání nejen sebe a své rodinné příslušníky, ale i pacienty, o které pečují,“ vzkazuje docent Kohl.

Dosud největší katastrofu ze všech chřipek lidstvu způsobila ta „španělská“. Zdá se, že její prvovýskyt byl v USA, s Pyrenejským poloostrovem měla co do činění jen to, že Španělsko jako země ve válce neutrální informace o nové nemoci necenzurovalo. Ze Španělska se nerozšířila infekce, ale pouze zpráva o ní.

Pokud jde o očkování proti chřipce, nápad se objevil již v roce 1918, ale k jeho realizaci došlo až mnohem později. V roce 1942 získala v USA licenci

bivalentní vakcína vyrobená z dezaktivovaných virů typu A a B. Ta byla ověřena širšími studii a schválena pro civilní použití. Hromadně se chřipková vakcína začala v USA vyrábět kolem roku 1944.

Na závěr něco z domova a radostnějšího: Lásky a sex u nás prospívají i za časů koronaviru! Ukázaly to výsledky on-line výzkumu týmu Laboratoře evoluční sexuologie a psychopatologie v Národním ústavu duševního zdraví. Jak zadání, tak nezadaní účastníci tohoto výzkumu vykazovali zvýšenou sexuální touhu a u zadaných účastníků výzkumu se také během pandemie zvýšila vnímaná emocionální blízkost s partnerem. A překvapením není, že silným stresem byla už za jarní vlny pandemie péče o děti. Strach z nákazy nebo obavy o zdraví neměly na sexuální spokojenost významný vliv.

Vaše redakce Zdravotnictví a medicíny

ZAM

Zdravotnictví a medicína

OBSAH

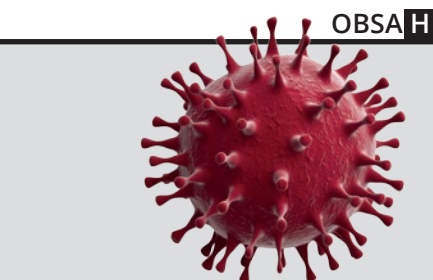
ZDRAVOTNICTVÍ

- Esej: Právo na vlastní smrt 2
- Levně kupovat znamená platit dvakrát 4
- Odbory varují: nutit do práce zaměstnance s pozitivním... 6

- S počtem léků narůstá i počet chyb 9
- Personálie 10
- Medici se necítí připraveni na péči o pacienty 12
- Rozhovor: Vakcinolog docent Igor Kohl 14
- Zprávy z regionů 20

MEDICÍNA

- Imunomodulační potenciál střevní mikroflóry 27
- Imunoprofylaxe tetanu po poranění u dětí 32



- Pomoc se samovyšetřením poruchy čichu v souvislosti s covidem-19 36
- Česká naděje v boji proti rakovině 38
- Lásky a sex za časů koronaviru 40
- Španělská chřipka – pandemie se závratnou bilancí obětí 43
- Hitlerův ušlechtilý Žid 45
- Nabídka zaměstnání 47



Právo na vlastní smrt

Návrh zákona o eutanazii, přesně řečeno zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanazii, otevřel téma, zda má mít občan České republiky právo na asistovanou smrt. Jde o zásadní otázku, která má řadu podporovatelů i odpůrců, a nutno dodat – obě strany mají řadu relevantních argumentů.

Návrh zákona přináší kromě samostatně upravené paliativní péče také možnost ukončit svým rozhodnutím vlastní život. Jde o asistovanou smrt, o kterou může člověk požádat svého ošetřujícího lékaře. Lékař žadatele poučí, prověří všechny okolnosti a podmínky, které definuje tento návrh zákona, a pak může následovat kvalifikovaná žádost o provedení asistované smrti. Podmínkou žádosti je zdravotní stav žadatele: pacient je nevléčitelně nemocný v důsledku úrazu nebo nemoci a tato situace je podle současných poznatků vědy neodvratitelná, přičemž shledává, že trvale a nesnesitelně tělesně nebo duševně trpí bez naděje na zlepšení. Sedm dní po provedení asistované sebevraždy pak lékař, který tento úkon provedl, musí podat zprávu komisi pro kontrolu a hodnocení provádění asistované smrti.

Zásadních důvodů, proč návrh nového zákona nepřijmout, je dokonce několik. Prvním je negativní stanovisko vlády, tedy i koaličních stran. Druhým je skutečnost, že tak zásadní a citlivá změna musí být předmětem hlubších diskusí a debat, a to nejen odborných, ale i veřejných. Třetím důvodem je, že sněmovna pomalu odpočítává dobu svého funkčního období a má k projednání několik set zákonů či novel. A tento nepatří mezi priority. Je ale jen otázkou příštích let, kdy tady tento či podobný návrh budou znovu.

Bůh i lékař říkají ne

Křesťanský pohled na toto téma je založen na tezi, že Bůh určuje počet našich dní. Jak se praví v Bibli, v knize Jobově: „Jestliže jsou stanoveny jeho dny (člověka), počet jeho měsíců je ve tvé moci, nepřekročí cíl, jež jsi mu vytkl.“ Eutanazie tak zpochybňuje Boží svrchovanost nad našimi dny.

Křesťanské církve v Česku se opakovaně vyslovily proti eutanazii. A odmítnutí dobrovolného odchodu z tohoto světa dokonce sjednocuje k jednotnému odmítavému stanovisku křesťany, muslimy i židy. Ačkoliv se Boží slovo jasně nevymezuje proti asistované sebevraždě, ve smyslu, že se touto otázkou ani Ježíš, ani apoštolové nezabývají, je mnoho míst v Bibli, ze kterých lze dovodit zřetelně „ne“.

Provedení asistované sebevraždy je v rozporu s Hippokratovou přísahou.

Mohlo by se zdát, že lékařský pohled je spíše pro, ale není tomu tak. Provedení asistované sebevraždy je v rozporu s Hippokratovou přísahou, která říká: „Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mě



o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít).“

Dalším argumentem pro relativizování argumentů pro eutanazii je skutečnost, že současná úroveň paliativní péče a možnosti tlášení bolesti jsou na velmi vysoké úrovni a v rámci komplexní paliativní a hospicové péče umožňují důstojné zakončení lidského života. Hlavním smyslem činnosti lékařů je tak léčit, nikoliv nemocné usmrcovat nebo jim při tom asistovat. V tomto smyslu se proti asistované sebevraždě ohradili lékaři ve stanovisku koncem roku 2019.

Druhá, menší skupina lékařů pak uvádí případy nevléčitelně nemocných lidí, jejichž kvalita života se rapidně snižuje, ale i případy důstojného odchodu mladších osob trpících nevléčitelnou nemocí.

Kde lze „svobodně“ umřít

Eutanazie, tedy právo rozhodnout o vlastní smrti, je v Evropě legální ve třech zemích. Nizozemsko zavedlo možnost eutanazie v roce 2002. Lucidní pacienti se mohou rozhodnout ukončit svůj život a získat „smrtící nápoj“, což je podmíněno nevléčitelnou nemocí potvrzenou dvěma lékaři. Později v Nizozemsku rozšířili za přísných podmínek možnost eutanazie i pro děti do 12 let.

Za podobných podmínek zavedla ve stejném roce 2002 eutanazii i Belgie. Trojici zemí uzavírá Lucembursko, kde byla eutanazie uzákoněna v roce 2009.

Řada zemí jako např. Španělsko, Francie, Švédsko, Norsko, Dánsko, Rakousko či



V České republice nejsou ani asistovaná sebevražda ani eutanazie legální, i když se o uzákonění takové možné volby již mnoho let vedou diskuse na půdě Parlamentu. Právě letos v létě představili poslanci za Českou pirátskou stranu společně s ANO návrh zákona, který by asistovanou sebevraždu nebo eutanazii za velmi přísně stanovených podmínek umožňoval i v našem státě. Vláda předložený návrh odmítla. Proti záměru se postavila ministerstva zdravotnictví, vnitra a sociálních věcí, Nejvyšší soud, Nejvyšší státní zastupitelství, Česká biskupská konference i zaměstnavatelské svazy. Pouze ministerstvo spravedlnosti k návrhu zaujalo neutrální stanovisko. Mezi odpůrce snahy uzákonit také v Česku usmrcení pacienta lékařem patří i prezident Miloš Zeman.

Německo umožňuje buď na základě právní regulace, nebo na základě soudních judikátů takzvanou pasivní eutanazii. Tím rozumíme de facto právo nechat pacienta zemřít (letting die), ať již odpojením od přístrojů, nebo nepodáním léků. Nejedná se tedy o aktivní pomoc druhé osoby. Právo odmítnout léčbu mají i pacienti v České republice.

Odlišnou úpravu má Švýcarsko, které je jedinou zemí, kde při dobrovolné smrti neasistuje další osoba. Pacient dostává smrtící dávku, kterou si aplikuje (vypije) sám. Osobám, které přinášejí na základě požadavku tento smrtící nápoj (například do domovů pro seniory), se přezdívá „anděl smrti“. Švýcarsko umožňuje dobrovolný odchod i občanům jiných zemí. Na tisíc dobrovolných odchodů ve Švýcarsku připadá 200 na cizině (nejvíce z Německa).

Zemím, které uzákonily aktivní eutanazii, je společný poměrně výrazný nárůst osob, které se pro tento krok rozhodnou.

Nové pochybnosti

Zemím, které uzákonily aktivní eutanazii, je společný poměrně výrazný nárůst osob, které se pro tento krok rozhodnou. V říjnu letošního roku vyšel v Rakousku rozhovor s nizozemským etikem Theem Boerem, členem komise, která prověřuje naplnění podmínek aktivní eutanazie. Boer nyní považuje přijetí zákona o eutanazii za chybu. „V některých městských částech činí podíl lidí, kteří aktivně ukončí svůj život, až 14 procent. Na začátku šlo o volbu mezi umíráním a umíráním, tedy o to, jak zemřít. Mezitím se z toho ale stalo rozhodování, zda žít, nebo zemřít. Kdybychom tehdy měli paliativní medicínu na tak skvělé úrovni jako nyní, nemuseli jsme zákon vůbec přijímat. Máme i případy tlaku rodinných příslušníků na se-

niory, kdy jim například děti připomenou, že je zde možnost rozhodnout se pro smrt.“

V Nizozemsku se nyní diskutuje o rozšíření možnosti aktivně ukončit život pro všechny seniory bez podmínky nevyléčitelné nemoci. Přitom výsledky dotazníkových šetření u osob, které by si přály zemřít, uvádějí jako důvody například osamocení, 42 procent nechce být pro své okolí zátěží, 36 procent uvádí nedostatek peněz.

Už mě to nebaví

V srpnu jsem se ve švýcarském Curychu účastnil jednání pracovní skupiny k definování tabu a dogmat v dlouhodobé péči v Evropě. Na konci jednání nám nizozemští ko-

rodina, dcera, vnučata, pravnoučata s celými rodinami. Ráno šel ještě na snídani, rozloučil se s ostatními obyvateli domova, s personálem. Ošetřující lékařka se pána zeptala, zda si to nerozmyslel, a následně za přítomnosti celé rodiny vypil smrtící koktejl a do deseti minut zemřel.

Reakce byly různé, kolegové z Nizozemska a Švýcarska to vnímali jako příklad dobré praxe, já a rakouský kolega jsme jejich nadšení nesdíleli.

Jak se utváří názor

To, jaký má každý z nás názor na možnost asistované sebevraždy, je ovlivněno řadou faktorů. U někoho to bude vyznání nebo to, zda ho alespoň křesťanské hodnoty ovlivňují a řídí se jimi. Jiní se budou rozhodovat na základě zkušeností. Jinak bude vnímat otázku eutanazie člověk, který se se smrtí osobně nesetkal, jinak někdo, kdo doprovázel při umírání své blízké, jinak někdo, kdo prodělal vážné onemocnění a přiblížil se nejen smrti, ale prožil i utrpení.

To je osobní nastavení, neměli bychom však ignorovat vývoj a zkušenosti ze zemí, které eutanazii uzákonily. Nikdy nezapomenu na návštěvu domova pro seniory ve Švýcarsku před deseti lety, kdy jsem se zeptal, jak vnímají, když dorazí do zařízení „anděl



legové ukázali film, který zachycuje odchod 101letého pána.

Celé se to odehrávalo v domově pro seniory. Pán vše dobře vnímal, pohyboval se na vozíku, byl orientovaný, přesně věděl, co se děje, co dělá. Jako důvod odchodu ze světa uváděl, že toho již bylo dost (byť musel splnit podmínky nevyléčitelné nemoci, jejíž projevy však nebyly na první pohled patrné). Ten den za ním přišla celá široká

smrti“. Očekával jsem kladnou odpověď, vyzdvihující liberální přístup a respekt vlastní volby. „Nemáme je rádi, snažíme se našim klientům poskytovat nejlepší péči, být jim blízko, úspěšně tišíme bolest, a pak se objeví někdo se smrtícím nápojem a vše okamžitě končí.“

Ing. Jiří Horecký

Autor je prezidentem organizace European Ageing Network

Levně kupovat znamená platit dvakrát

Pokud víme, co je dnes na trhu a co můžeme pacientovi za rozumné peníze poskytnout, pak zakázky soutěžené na cenu bývají šetřením na nesprávném místě. Ale soutěž na cenu je cesta nejmenšího odporu a právně je prakticky neprůstředná.

Společnost HARTMANN-RICO je nejen dodavatelem zdravotnických prostředků (SZM nebo „spotřebáku“, jak by familiárně řekli v nemocnicích), tedy materiálu, který je přímo využíván pro léčbu pacientů, tak i tvůrcem inovací či průkopníkem v oblastech komplexních řešení např. snížení infekcí apod..

Kvůli tomu, že je spotřební materiál využíván pro léčbu pacientů, jedná se o obrovsky citlivé téma a nemocnice se občas za to chtějí schovat, když stanovují mnohdy velice diskutabilní podmínky. Upřímně ale musím uznat, že vítám spíše diskutabilní podmínky, než stále omílané stanovení technických parametrů a soutěž pouze na cenu. Chybějící důraz na kvalitu je ve zdravotnictví mnohem zřetelnější než v řadě jiných oblastí. Vzhledem k tomu, že jde o zdraví a životy lidí, jsou maximálně výrazné nedostatky a dopady přístupu, kdy zadavatelé nechtějí, neumějí nebo se obávají využívat kvalitativní kritéria a třeba i subjektivní hodnocení.

Společnost HARTMANN-RICO si tradičně zakládá na kvalitě a inovativním přístupu, který posunuje nejen léčebnou



složku, ale i komfort pacientů a uživatelskou přívětivost pro ošetřující personál. To jsou mnohdy velice specifické a nesnadno

popsatelné záležitosti. Pomohu si příkladem: když dostane vrchní sestra na oddělení vzorky materiálu (klidně bez uvedení značek), tak si ty obvazy, krycí materiály, roušky anebo inkontinenční pomůcky takzvané osahá – a s velkou mírou pravděpodobnosti jednoduše vycítí a pozná, kde je kvalita. Pokud je i vyzkouší, tak má prakticky jistotu.

Kvalitu zohlednit, nekvalitu nepustit

Potíž je ale toto vysvětlit uvnitř zdravotnického zařízení a přenést kvalitativní hledisko do zadávací dokumentace tak, aby bylo skutečně možné kvalitu zohlednit, nekvalitu do soutěže ideálně vůbec nepustit a vybrat tak, aby byl personál spokojen a pacienti dostali maximální kvalitu za rozumné peníze. Každý, kdo někdy kupoval dětské pleny, naprosto přirozeně chápe, že jsou obrovské rozdíly v kvalitě, a málokdo



by sáhl po té nejlevnější variantě. A přesto stále narážíme u veřejné zakázky na vlastně obdobný model, kde je jediným kritériem cena. Já to osobně mnohdy vnímám až jako etický problém, když vidím, co je nabízeno, co někdy vítězí ve veřejných zakázkách a co bude používáno na pacientech. Tím nemyslím, že by ten nejlevnější materiál měl být až nebezpečný, to bych si netroufal tvrdit, ale pokud vím, co je dnes na trhu, co je dnes možné pacientovi za rozumné peníze poskytnout, pak zakázky soutěžené na cenu nemohu nevnímat jako šetření na nesprávném místě.

Soutěžit na cenu je cesta nejmenšího odporu a právně prakticky neprůstředná. Po odborné stránce pak zadavatelé kladou často důraz na právně-procesní stránku zadávacího řízení, ale pak pro samou „právníčinu“ zbývá méně prostoru pro činnost „nákupčího“. V soukromém sektoru, nezatíženém zákonem, se jedná o řemeslo svého druhu, se specifickým skill-setem. To je ve veřejné sféře velice málo zdůrazňováno, a často přehlušeno důrazem na správné lhůty a přesně odcitované paragrafy zákona. Pak se nakupuje procesně správně, ale často na úkor vlastního předmětu zakázky.

Rychlé a snadné to nebude

Jak je patrné, hodnocení kvality zadavateli procesní stránku neulehčuje. Kvalitativní hodnocení vyžaduje určitou znalost pořizovaného produktu, procesně je pak třeba věnovat velkou pečlivost vydefinování kritérií a jejich váhy, metodologii hodnocení, a následně je třeba velice důkladně zdokumentovat průběh hodnocení a odůvodnit jeho výsledek. To je samozřejmě oproti hodnocení stylem „100 % cena“ mnohem pracnější, časově náročnější, a vzniká širší prostor pro pochybení a naopak pro různé námítky ze strany dodavatelů. Je pak vlastně pochopitelné, když zadavatel raději dvakrát zvažuje, zda se mu do toho chce.

Obecně vycházím z přesvědčení, že jsou oblasti, a zdravotnictví je určitě jednou z nich, kde se kvalita v úvahu brát musí. Nejde jen o problematiku řádného hospodáře, zásad 3E (účelnost, hospodárnost, efektivnost) atd., ale je to nutné takřka jakýchkoli morálně. Kdo z nás chce mít ten nejlevnější produkt jen proto, že jej dané nemocnice vysoutěžila... Nechceme raději něco, čemu můžeme z hlediska kvality věřit?

Zkusit to a nebát se

Po odborné stránce to přitom není nějaký kvantový skok. Existují případy dobré



praxe, existují metodologie a jde jen o to rozšířit nákupním komfortní zónu, aby se naučili vypisovat a cítili se dobře i v zadávacích řízeních, kde je součástí hodnocení možnost vnitřního zákazníka zboží si „osahat“, vyzkoušet, říct, co opravdu ne a u toho vyhovujícího obodovat, co to umí, jaké benefity to může pacientům přinést a jak dobře to vyhovuje potřebám personálu, který s materiálem bude každý den pracovat. Nemyslím si, že by to byly nějaké přehnané požadavky, zároveň je potřeba chtít to, zkusit to a nebát se. Často se setkávám s názorem, že Úřad pro ochranu hospodářské soutěže („UHOS“) „to shodí“ spíše se ale jedná o nedorozumění, které je potřeba vnímat tak, že nebyly splněny nějaké procesní kroky, ale samotné hodnocení kvality není určitě důvodem, aby Úřad pro ochranu hospodářské soutěže automaticky zahájil správní řízení.

Možné odbytiště nejlevnějšího zboží

V čem spatřuji problém veřejných zakázek, kde vítězí to nejlevnější, je situace, kterou můžeme sledovat u některých léčiv – v ČR

jsou sice „tabulkově levná“, ale prakticky je problém s jejich dostupností, protože v kontextu jednotného evropského trhu jednoduše společností nedává smysl prodávat je na českém trhu.

Obávám se, abychom si tady nevyppětovali obdobnou situaci u zdravotnických prostředků – aby Česko nebylo tím trhem pro zdravotnický materiál, který by v západní Evropě nesměl v nemocnici ani přes práh. Ponechám na každém, aby zvážil, zda podobné trendy nesleduje i ve svém oboru.

Mgr. Jan Cívín

Governmental Affairs Manager
ve společnosti HARTMANN - RICO a.s.
Foto: archiv autora a 2x Shutterstock

Autor se pohybuje v oblasti veřejných zakázek více než 15 let, přičemž ve své odborné praxi má zkušenosti jak ze strany zadavatele, tak i ze strany dodavatele. Zároveň je tvůrcem systému LeXikon Veřejných zakázek.

Odbory varují: nutit do práce zaměstnance s pozitivním testem na covid-19 je trestné!

Péče o to, aby při práci nebylo ohroženo zdraví zaměstnanců, je jedním ze základních pilířů práce Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR. V terénu po celý rok působí jeho inspektoři BOZP (bezpečnost a ochrana zdraví při práci), kteří se snaží pomoci zaměstnavatelům zajistit co nejbezpečnější pracovní podmínky a předcházet tak vzniku pracovních úrazů a nemocí z povolání. Protože ve zdravotnictví jsou tato rizika značná, většina zaměstnavatelů si činnosti odborů velmi váží a vnímá ji jako cennou pomoc a spolupráci.

O podmínkách bezpečné práce odborový svaz jedná spolu s ministerstvy a zaměstnavateli na resortní tripartitní úrovni a spolu s vládou a zaměstnavateli na nejvyšší tripartitní úrovni.

Velmi aktivní je odborový svaz v této oblasti i na úrovni Evropské unie, kde se odbory podílejí na přípravě rámcových dohod. Za připomenutí stojí například Rámcová dohoda o prevenci úrazů ostrými předměty v oblasti nemocniční a zdravotnické péče či Rámcová dohoda o stresu spojeném s prací.

Letošní epidemie onemocnění covid-19 znamená na pracovištích ve zdravotnictví mimořádně vážné ohrožení zdraví zaměstnanců a přináší situace, s nimiž v tomto rozsahu nejsou žádné zkušenosti. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR bere od prvních okamžiků situaci velmi vážně a věnuje jí mimořádnou pozornost. V jarních měsících byl zásadním problémem nedostatek osobních ochranných prostředků a odborový svaz řešil tento problém jako svoji absolutní prioritu. Protože zaměstnanci nemocnic v tomto období svoji práci vykonávali za cenu riskování vlastního zdraví a ohrožení zdraví svých blízkých, prosadil pro ně Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR za toto mimořádné pracovní nasazení mimořádné odměny, z důvodu zdlouhavého zúřadování na úrovni ministerstev se vyplácejí až nyní v listopadu.

Na podzim se situace prudce zhoršila, naštěstí už jsou nemocnice daleko lépe vybaveny ochrannými pomůckami. Nemoc však silně zasáhla i personál nemocnic, což v situaci jeho dlouhodobě nízkého počtu mnohde ohrozilo poskytování zdravotní péče. V souladu s Mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví vydalo dne 1. 9. 2020 mimořádné opatření č. j.: MZDR 36813/2020-1/MIN/KAN) tak dál chodí do práce zaměstnanci zdravotnictví, kteří by kvůli rizikovému kontaktu s covid pozitivním člověkem měli být v karanténě, ale objevu-

jí se i zcela nepřijatelné snahy, aby v práci pokračovali také zaměstnanci s covid pozitivním testem, ale bezpříznakovým průběhem nemoci.

Předsedkyně Odborové svazu zdravotnictví a sociální péče ČR **Bc. Dagmar Žitníková** proto připomíná, kdy v souvislosti s covid-19 zaměstnanci pracovat směji a kdy pracovat nesmějí.

ZAMĚSTNANEC S POZITIVNÍM TESTEM NA COVID-19

▪ **Může zdravotník, který byl pozitivně testován na covid-19 a je tzv. bezpříznakový, nadále pokračovat ve výkonu práce na pracovišti?**

Zásadně NE! Bod I. odst. 4 Mimořádného opatření v poslední odrážce jasně stanoví, že v případě pozitivního výsledku se postupuje podle opatření k izolaci a karanténě; lékař poskytující zdravotní služby v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost může po dobu nařízené izolace za dodržení podmínek izolace poskytovat zdravotní služby pouze distančním způsobem. Z uvedené citace je zřejmé, že při pozitivním výsledku testu na covid-19 se povinně postupuje podle opatření k izolaci a karanténě, což znamená, že ihned po zjištění pozitivního výsledku testu na covid-19 musí být každý zdravotnický pracovník zaměstnavatelem vyřazen z výkonu práce, přitom:

a) izolací se dle zákona rozumí: oddělení fyzické osoby, která onemocněla infekční nemocí nebo jeví příznaky tohoto onemocnění, od ostatních fyzických osob. Podmínky izolace musí s ohledem na charakter přenosu infekce zabránit jejímu přenosu na jiné fyzické osoby, které by mohly infekční onemocnění dále šířit [§ 2 odst. (6) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví],

b) karanténou se rozumí: izolace a mimořádná opatření při epidemii a nebezpečí jejího vzniku, jde-li o zákaz nebo omezení styku skupin fyzických osob podezřelých



z nákazy s ostatními fyzickými osobami a o zákaz nebo nařízení další určité činnosti k likvidaci epidemie nebo nebezpečí jejího vzniku, brání-li tyto zákazy, omezení nebo nařízení zaměstnanci ve výkonu práce [§ 347 odst. (4) zák. práce]

Má-li zdravotník příznaky onemocnění covid-19, je povinen odmítnout práci ve zdravotnickém zařízení a jeho zaměstnavatel toto musí akceptovat. Pokud zaměstnavatel prokazatelně ví o tom, že zdravotník byl pozitivně testován na covid-19, je právní povinností zaměstnavatele další výkon práce zaměstnanci zakázat (neumožnit).

▪ **Hrozí nějaká sankce, pokud by zdravotník, který byl pozitivně testován na covid-19 a je tzv. bezpříznakový, nadále pokračoval ve výkonu práce na pracovišti?**

ANO, hrozí! Vláda s účinností od 13. 3. 2020 schválila novelu nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, že na seznam nakažlivých lidských nemocí byl nově doplněn koronavirus SARS-CoV-2. To znamená, že úmyslné i nedbalostní šíření koronaviru je nově trestným činem.



Trestný čin je dokonán již samotným způsobením nebezpečí zavlečení nebo rozšíření nakažlivé nemoci u lidí. Podle § 153 odst. 1 trestního zákona: *Kdo z nedbalosti způsobí nebo zvýší nebezpečí zavlečení nebo rozšíření nakažlivé nemoci u lidí, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci. Eventuální trestní stíhání v tomto případě nehrozí jen zaměstnanci, který by (i když je tzv. bezpříznakový) po pozitivním testu na covid-19 pokračoval v práci, ale trestní stíhání hrozí i vedoucím zaměstnancům a managementu zdravotnických zařízení, kteří by nařídili či umožnili (nezakázali) zaměstnanci další výkon práce v situaci, kdy mají prokazatelně informaci o tom, že dotyčný zdravotník byl pozitivně testován na covid-19, například tím, že zdravotník s covidem-19 bude nadřizným nadále vypisován do směn, bude po něm vyžadována a od něj přijímána prá-*

ce atd. Podle § 42 trestního zákona je při spáchání trestného činu přitěžující okolností mimo jiné to, že pachatel trestného činu

- spáchal trestný čin využívaje něčí podřízenosti (např. vztahu nadřízenosti zaměstnavatele a podřízenosti zaměstnance při výkonu závislé práce),
- ke spáchání trestného činu zneužil svého zaměstnání, postavení nebo funkce (např. funkce vedoucího zaměstnance, ředitele, statutárního orgánu apod.),
- spáchal trestný čin za krizové situace nebo jiné události vážně ohrožující život, veřejný pořádek nebo majetek.

ZAMĚSTNANEC S RIZIKOVÝM KONTAKTEM

▪ **Může zdravotník, který měl tzv. rizikový kontakt, nadále pokračovat ve výkonu práce na pracovišti?**

ANO, může, ale jen za podmínek výše uvedeného Mimořádného opatření, tzn.:

a) pokud zdravotník zjistí, že měl tzv. rizikový kontakt (tj. byl v úzkém kontaktu s osobou, u které bylo potvrzeno onemocnění covid-19), je povinen o tom bezodkladně informovat svého zaměstnavatele – poskytovatele zdravotních služeb, tedy prokazatelným způsobem (písemně nebo jiným dokladovatelným způsobem) svého nadřízeného, management, personální útvar apod.,

b) pokud zaměstnavatel zjistí, že zdravotník měl rizikový kontakt, ale nemá kli-

nické příznaky covid-19, tak zaměstnavatel rozhodne, zda je výkon práce tímto zdravotníkem nezbytný pro zajištění poskytování zdravotních služeb tímto poskytovatelem,

c) pokud výkon práce zdravotníkem, který měl rizikový kontakt:

- **není nezbytný** pro zajištění poskytování zdravotních služeb, nebo má zdravotník klinické příznaky covid-19, pak zaměstnavatel musí informovat o této skutečnosti místně příslušný orgán ochrany veřejného zdraví (hygieny),

- **je nezbytný** pro zajištění poskytování zdravotních služeb tímto poskytovatelem, pak zaměstnavatel informuje o této skutečnosti místně příslušný orgán ochrany veřejného zdraví, a současně musí být zajištěno, že zdravotník:

- pracuje s respirátorem tř. FFP2 bez výdechového ventilu po dobu min. 10 dnů ode dne posledního kontaktu s RT-PCR pozitivní osobou,

- používá jeden respirátor maximálně po dobu 4 hodin,

- využívá na odpočinek a stravování v zdravotnickém zařízení místnost bez přítomnosti jiné osoby,

- pracuje v takovém režimu práce, aby se minimalizoval kontakt s ostatními pracovníky a pacienty, jimž neposkytuje zdravotní služby,

- omezí pohyb ve zdravotnickém zařízení na nezbytně nutnou míru,

- průběžně sleduje svůj zdravotní stav se zaměřením na možné klinické příznaky onemocnění covid-19. V případě výskytu klinických příznaků onemocnění covid-19 bez prodlení přeruší výkon práce a oznámí tuto skutečnost zaměstnavateli,

- podstoupí výtěr z nosohltanu pro účely vyšetření metodou RT-PCR na SARS-CoV-2 tak, že první vyšetření bude provedeno za 4-5 dnů od rizikového kontaktu a druhé vyšetření za 10 dnů od rizikového kontaktu,

- *v případě negativního výsledku* obou RT-PCR vyšetření zdravotnický pracovník může vykonávat práci bez výše uvedených omezení a karanténní opatření se ukončí,

- *v případě pozitivního výsledku* se postupuje podle opatření k izolaci a karanténě; lékař poskytující zdravotní služby v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost může po dobu nařízené izolace za dodržení podmínek izolace poskytovat zdravotní služby pouze distančním způsobem.



Ilustrační foto: Shutterstock

nzip.cz

Portál, kterému můžete věřit



NZIP nabízí

- garantované a ověřené informace z oblasti českého zdravotnictví
- stabilní a dlouhodobě udržitelný komunikační kanál směrem k veřejnosti
- zjednodušení přístupu k dostupným službám a online zdrojům veřejné správy ve zdravotnictví



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



S počtem léků narůstá i počet chyb

Osobní konzultace s lékárníkem je ve farmakoterapii pacienta nezastupitelná: snižuje počet lékových chyb a vede ke zlepšení kvality života pacienta.

Se zvyšujícím se počtem léků, které jsou dnes k dispozici a které pacienti užívají, narůstá i množství lékových chyb. Jen v ČR je aktuálně registrováno více než 8 000 léčivých přípravků a lékárník je posledním bodem kontroly před výdejem léčiva pacientům. Již několik měsíců je lékárníkům dostupný lékový záznam pacienta, díky kterému mohou pacientům v rámci konzultace ještě lépe poradit při léčbě a jednodušeji odhalit možné lékové chyby při výdeji léku na recept. „Mnoho lékových chyb odhalí lékárník i samotným pohovorem s pacientem, přičemž tuto odbornou činnost provádějí lékárníci i před zprovozněním lékového záznamu pacienta, a dělají to i současně s ním,“ říká Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., prezident České lékárnické komory (ČLnK). „Do lékového záznamu pacienta nahlížíjí lékárníci například při výdeji léků na bolest, a to s ohledem na užívání warfarinu nebo dalších léků užívaných na ředění krve, na léčbu onemocnění srdce či hypertenzi, a to i tehdy, když si je pacient chce pořídit k samoléčbě. Pokud by lékárník při takové medikaci lék pacientovi vydal, hrozilo by mu zdravotní riziko,“ vysvětluje viceprezident ČLnK PharmDr. Martin Kopecký, Ph.D.

6 léčiv současně: 10% nárůst nežádoucích účinků

Již při současném podávání 2 nebo více léků dochází k lékové interakci, při které může dojít ke změně účinku některého z nich. „Se zvyšujícím se počtem současně podá-



vaných léků na předpis nebo v samoléčbě roste i výskyt nežádoucích farmakoterapeutických následků. V případě šesti užívaných léčiv je to 10 %, ale pokud pacient užívá více než 11 léčivých přípravků, vzrůstá výskyt nežádoucích účinků na 28 %, u 16 léků je to dokonce 54 %. Individuální konzultace lékárníka při každém výdeji léčiva pacientovi je výrazným momentem, který ovlivňuje jeho zdravotní stav. Lékové chyby jsou totiž závažnou příčinou toxicity a nežádoucích účinků léků, kterým může lékárník svými odbornými znalostmi zabránit,“ vysvětluje Aleš Krebs.

Bude dosaženo zamýšleného zdravotního výsledku? I to může ovlivnit lékárník

„Při výdeji léků je rolí lékárníka i utvrzení a motivace pacienta k adherenci. Někteří pacienti totiž mají tendence si sice léky na předpis vyzvednout, ale následně je z různých důvodů neužívat. Jedním z příkladů mohou být statiny. Pacienti je občas sami od sebe přestanou užívat. To je samozřejmě velkou chybou, statiny významně snižují riziko kardiovaskulárních příhod, ačkoli jejich účinek na sobě pacient nijak přímo nepocítuje. Lékárník umí pacienta prostřednictvím osobního pohovoru o tomto poučit,“ uvádí Martin Kopecký.

Lékárník ve farmakoterapii pacienta

- Od 1. června 2020 je lékárníkům dostupný lékový záznam pacienta (LZP), díky kterému mohou pacientům v rámci konzultace ještě lépe poradit při samoléčbě a jednodušeji odhalit možné lékové chyby při výdeji léku na recept.
- LZP je evidence všech předepsaných a vydaných léků pacientovi. Ten se ke svému záznamu dostane díky webové či mobilní aplikaci.
- Do LZP může zároveň nahlédnout jeho ošetřující lékař či lékárník ve chvíli, kdy poskytuje pacientovi zdravotní službu.
- Neexistuje povinnost zdravotníka se vždy podívat do lékového záznamu. Ale mohou nastat situace, kdy ke správnému výkonu lékařské péče lékárník do LZP vstoupit musí.

• Mnoho lékových chyb odhalí lékárník i samotným pohovorem s pacientem, přičemž tuto odbornou činnost provádějí lékárníci i před zprovozněním lékového záznamu pacienta, a dělají to i současně s ním. Pohovorem může lékárník například zjistit, že pacient:

- tabletu pění nebo drtí, i když je enterosolventní;
- tablety neužívá, protože po nich má průjem, a přitom by stačilo upravit jejich dávkování;
- má vysokou spotřebu tzv. S.O.S. léků na astma. Lékárník může pacienta přesvědčit k návštěvě specializovaného lékaře, který na základě dalších vyšetření může upravit medikaci tak, aby se místo potlačování příznaků astmatu léčila jeho podstata;
- užívá warfarin a rozmluví mu původně plánovanou samoléčbu léky na bolest (např. ibuprofenu), který pro něj za současné medikace není vhodný;
- lékárník po konzultaci s ošetřujícím lékařem pacienta může vyřešit i to, že například není možné dělit tobolku, kterou má pacient užívat. A že je tedy nutné převést pacienta na slabší variantu léku, nebo na jiný přípravek.

Příklady využití LZP v lékárnické praxi

Do lékového záznamu pacienta nahlížíjí lékárníci velmi často při výdeji léků na bolest, a to s ohledem na užívání léků užívaných na ředění krve, na léčbu onemocnění srdce nebo hypertenzi, a to i tehdy, když si je pacient chce pořídit k samoléčbě. Pokud by lékárník při takové medikaci lék pacientovi vydal, hrozilo by pacientovi zdravotní riziko. Nesteroidní antiflogistika jako například ibuprofen nebo diklofenak ovlivňují enzym cyklooxygenázu a zároveň mohou lokálně dráždit gastrointestinální trakt, čímž se zvyšuje riziko krvácení. Pokud by došlo ke krvácení do trávicího traktu u pacienta, který zároveň užívá warfarin, mohlo by dojít k ohrožení zdraví až života pacienta.

A častým důvodem pro nahlédnutí lékárníka do LZP je také ověření další léčby při výdeji antibiotik. Tzv. makrolidová antibiotika (např. klarithromycin) totiž mohou zvýšit nežádoucí účinky léků hojně užívaných v české populaci na snižování hladiny cholesterolu, statinů (např. simvastatinu).

Zdroj: ČLnK

Ředitelem VZP zůstane Zdeněk Kabátek

V čele Všeobecné zdravotní pojišťovny zůstane její nynější ředitel Zdeněk Kabátek. 9. listopadu o tom rozhodla správní rada VZP, novinářům to po jednání řekla její předsedkyně Věra Adámková (ANO). Protikandidátem byl jeho náměstek pro zdravotní péči David Šmehlík, o kterém se dříve mluvilo jako o kandidátovi vládního hnutí ANO.

Kabátek největší tuzemskou zdravotní pojišťovnu, která má 5,9 milionu klientů a hospodaří s více než 200 miliardami korun ročně, povede další čtyři roky.

Kabátek na tiskové konferenci řekl, že si podpory správní rady váží a bere ji jako ocenění práce celého týmu ve vedení pojišťovny. K cílům, které má pro další volební období, uvedl: „Primární cíl je, abychom nepolevili ve snaze zajistit našim klientům zdravotní péči - kvalitní, správným způsobem nastavenou, na správném místě, časově i místně dostupnou. S tím souvisí cíl zachovat VZP ekonomicky silnou a stabilní a vyjít z té krize, která nás teď potkává, která má vliv na příjmy i náklady, zdraví.“

V budoucnu by se chtěl zaměřit také na modernější formy poskytování zdravotní



péče, například telemedicínu. „Chtěl bych rozvíjet informační systém tak, aby většina kontaktů s pojišťovnou mohla být realizová-

na elektronicky, nekontaktně,“ doplnil. K dotazům novinářů, zda neuvažuje o výměně náměstka Šmehlíka jako svého protikandidáta, dodal: „Pokud jste v mimořádné situaci, je největší chybou, kterou můžete udělat, měnit tým, který funguje. Tým funguje, předpokládám, že pojedou v tom složení, v kterém je.“

Adámková uvedla, že kromě Kabátka a Šmehlíka nikdo jiný na místo nekandidoval. Kabátek byl zvolen už v prvním kole tajné volby, kdy získal 21 z 26 hlasů. Výsledek volby podle předsedkyně nikdo nezpochybnil.

Kabátek, kterému současný mandát končí na začátku prosince, zastává místo ředitele VZP od roku 2012, má za sebou tedy dvě volební období. Předtím byl vrchním ředitelem pro ekonomiku na ministerstvu zdravotnictví. (red), foto: VZP

Inzerce ▼ S20201101

AGEL VY A VAŠE ZDRAVÍ

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



www.agel.cz

PRAVIDLO

Ruce Roušky Rozestupy



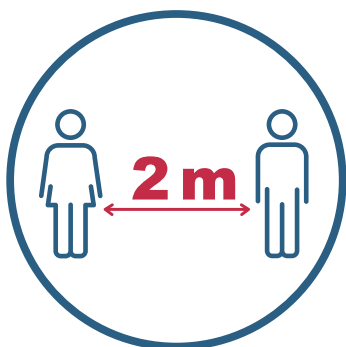
RUCE

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



ROUŠKY

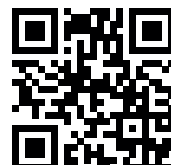
Při pohybu v uzavřených prostorách s vyšší koncentrací osob je neúčinnější prevencí nosit roušku.



ROZESTUPY

Dodržujte bezpečné rozestupy alespoň 2 metry od ostatních osob.

Mimořádná opatření a více informací na koronavirus.mzcr.cz



Medici se necítí připraveni na péči o pacienty

Nejvíce se děsí papírování a nejdůležitější pro ně není plat, ale dobré vztahy a dobrý školitel.

Drtivá většina dotázaných studentů lékařských fakult v ČR se necítí připravena vstoupit po škole do praxe. Největší obavy mají z administrativy a z práce s informačními systémy. Ukázal to dotazníkový průzkum Medici 2020, který mezi studenty všech osmi lékařských fakult provedl spolek Mladí lékaři. V průzkumu oslovili 4575 studentů a dostali 1400 platných odpovědí. Když se ptali na připravenost mediků na první rok klinické praxe, dozvěděli se, že 80 % studentů 6. ročníku (tedy včetně těch, kteří letos absolvovali) se necítí připraveno. Častým důvodem je nezkušenost v práci se zdravotnickou dokumentací. Přesně 78 % dotázaných studentů 6. ročníku uvedlo, že se necítí na to, že by zvládlo ihned pracovat s informačními systémy nemocnic, 82 % děsí „papírování“ spojené s přijetím, přemístěním nebo propuštěním pacienta, 73 % dělá těžkou hlavu předepisování léků, 69 % převazování a ošetření nekomplikovaných ran. Naopak dobrá zpráva je, že většina (93 %) nemá obavu z toho, že by nezvládla samotné vyšetřování pacientů.

Vyučující supluje dobrovolnická praxe

„Ptali jsme se, proč se studenti necítí připraveni na praxi. Uvedli řadu důvodů, například příliš vysoký počet mediků připadajících na vyučujícího při praktické výuce, přibližně 80 % uvádí, že na jednoho pedagoga jich připadá pět a více. Dále jmenovali nedosta-



Ilustrační foto: Shutterstock

tek zpětné vazby, přílišné zaměření na teorii a nedostatečné procvičování dovedností nebo dokonce žádnou praktickou zkušenost z některých oblastí medicíny. Téměř polovina studentů šestého ročníku například uvedla, že nikdy při povinné výuce neošetřila nekomplikovanou chirurgickou ránu s následnou kontrolou lékaře. Alarmujících 60 % respondentů zaškrtnulo, že je vyučující (téměř) nikdy nesleduje a nekontroluje, jak vyšetřují pacienta,“ vysvětluje MUDr. Kočí, předseda Mladých lékařů. A 38 % nikdy nesepisovalo příjmovou zprávu (44 % pak pouze v rozmezí 1–5krát). „Podobné výsledky jsme dostávali i při dalších dotazech na praxi. Polovina respondentů dokonce provedla méně než čtyři cvičné resuscitace na figuríně – to je opravdu velmi málo,“ dodává Martin Kočí.

Pravděpodobně proto většina studentů šestého ročníku (70 %) uvedla, že nad rámec povinné výuky docházela při studiu na dobrovolnou praxi, a přiznává, že právě to zásadně ovlivnilo, co na konci studia umí.

Plat je pouze jedním z faktorů volby

K průzkumu se dostali šanci vyjádřit i zkušení lékaři. „Potěšil nás velký zájem o obor praktického lékařství a zároveň nás zaujal bod, kdy studenti posledních ročníků označují informace v oblasti organizace a práva v jejich oboru za nedostatečné. V tom můžeme pomoci. Ve sdružení nabízíme praktickou pomoc jak se založením praxe, tak s poradenstvím týkajícím se právní odpovědnosti – zrovna tady 73 % respondentů z posledního ročníku považuje za zcela nebo spíše nedostatečné informace předávané fakultou během povinné výuky. Stejně tak pomáháme s pracovními právními vztahy – zde si na nízkou informovanost dle průzkumu stěžuje 70 % budoucích lékařů,“ říká MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů (SPL). Kromě praktického lékařství jeví studenti velký zájem o pediatrii a anesteziologii a intenzivní medicínu. Průzkum ukázal, že při volbě místa, kde chtějí medicí po atestaci setrvat, nehraje plat tak velkou roli, jako spíše vztahy na pracovišti a dobrý školitel. Za přiměřený nástupní čistý plat (bez služeb a příplatků) považují medicí přibližně 35 tisíc korun. Realita je ovšem taková, že jejich nástupní plat nyní činí 35 480 korun hrubého, rozdíl oproti představě mediků je tedy přibližně 13 000 korun.

(red)

O spolku Mladí lékaři

Spolek Mladí lékaři sdružuje lékaře, kterým záleží na pracovních podmínkách a systému vzdělávání lékařů v ČR. Spolek je nezávislou a dobrovolnickou iniciativou, jejímž cílem je především objektivně reprezentovat mladé lékaře, přispívat k pozitivním změnám v českém zdravotnictví a šířit povědomí o problematikách zdravotnictví mezi lékaři i veřejností. Členy spolku jsou především lékaři ve specializační přípravě, studenti posledních ročníků lékařských fakult, ale také atestovaní lékaři. Sdružení vzniklo v roce 2009, aby iniciovalo změny v tehdy rozvráceném a nefungujícím systému specializačního vzdělávání a reagovalo na stále se zhoršující celkové pracovní podmínky pro výkon lékařského povolání. Spolek Mladí lékaři se stal důležitým partnerem v jednáních o zdravotnictví a legislativě pro Ministerstvo zdravotnictví i další instituce a zájmové spolky. Spolek stále více působí v oblasti inovací ve zdravotnictví a témata, která otvírá, se snaží být vedoucí mentální silou kulturní změny ve zdravotnictví. Více informací na www.mladilekari.cz

ATOPICKÝ EKZÉM

MUDr. Jiří Havránek

Olivova dětská léčebna, Říčany u Prahy

Atopický ekzém (AE) se definuje jako silně svědivé chronické nebo recidivující zánětlivé kožní onemocnění. Společnými klinickými rysy pro všechny projevy nemoci jsou chronický průběh (s možností akutního zhoršení), suchá kůže a svědění. Dříve se myslelo, že AE je prostou odpovědí jinak zdravé kůže na alergeny zevního prostředí, **ale ve skutečnosti se jedná o vrozenou poruchu kožní bariéry** (nejvýznamnější je defekt proteinu filagrinu, který vede k poruše integrity kůže, současně je přítomna i porucha lokálních imunitních pochodů). Výsledkem je kožní zánět se sekundární přecitlivělostí vůči alergenům potravin (nejčastějšími alergeny jsou mléčné bílkoviny, vaječné bílkoviny, obilné bílkoviny, sója, ořechy a ryby). Ale i inhalační alergeny umí pronikat kůží ekzematika a vyvolat podráždění (např. typické je podráždění kůže bezprostředně následující kontakt s domácími mazlíčky). U disponovaných jedinců má vliv i psychický stres, změna okolní teploty aj. Již zmíněná porucha lokální imunity je zodpovědná za vysoké procento osídlení kůže zlatým *Stafylokokem*, který dále zhoršuje ekzém a při škrábání kůže se může stát i zdrojem druhotné infekce (tzv. impetigo).

Základním příznakem je svědění, aniž by byla přítomna jakákoli viditelná kožní léze. Až následkem škrábání vzniká infiltrovaný erytém a výsev pupínků. V počátku nacházíme rudé skvrny, erozivní plochy, známky podrápání, strupy nebo dokonce mokvání. Pro chronické formy je charakteristické šupinatění, kůže je drsná a ztenčená (tzv. lichenifikace). Predilekce postižených míst je dána věkem – u kojenců začíná AE na hlavičce, ale má brzy tendenci generalizovat, u dětí jsou typicky postiženy loketní a podkolenní jamky, vnitřní strana zápěstí, mohou být postiženy ruce a obličej. Kůže bývá zhrubělá s hlubokými kožními rýhami. U adolescentů zůstává často AE v ohybech končetin, ale i v oblasti nad velkými klouby končetin. Nejzávažněji bývá postižena horní část hrudníku, ramena, krk, obličej a ruce. Postižena může být i kštice – zde nacházíme svědění a šupění, vlasy jsou jemné, řídké a suché.

U AE nacházíme i tzv. minimální manifestace. Patří sem např. izolované postižení ústních koutků, ekzém víček s jejich hyperpigmentací nebo např. erytém, ragády a šupení s olupováním na bříškách prstů. **Jako atopická stigmata nazýváme kožní změny, které bez ohledu na aktuální stav onemocnění jsou přítomna trvale a svědčí pro atopický pochod.** Největší asociaci s atopickým pochodem mají: suchá kůže, bílý dermatografismus - přejeďte-li např. nehtem po zádech, objeví se bílá linie (u zdravých jedinců je červená) a Hertoghovo znamení (chybění zevní části obočí).

V rámci léčby AE je zcela zásadní pravidelné denní používání tzv. emoliencií (tj. mastí a krémů, které zvláčňují pokožku). Liší se od sebe složením i principem účinku, ale neexistuje studie, která by potvrdila jednoznačně lepší účinek u konkrétního přípravku. Největší význam má osobní zkušenost s daným preparátem. **Naopak velmi důležité je rozlišit, zda podáváme mast, krém nebo lotio** - masti indikujeme na chronická ložiska suché kůže. Po nanesení na kůži vytváří okluzní vrstvu zabraňující odpařování vody. Vzhledem k delšímu působení jsou indikovány na noc. Nejsou vhodná na rozsahem větší plochy, na akutní ložiska (mohou zhoršit stav kůže), v letních měsících z důvodu okluze mohou vést k zastavení odpařování z pokožky. Lotia jsou zase určena pro velkoplošné ošetření subakutních ložisek, zejm. v letních měsících. Příjemné jsou k dennímu použití na větší plochy pokožky, mají rychlou vstřebatelnost, promašťují a hydratují pokožku. Nezanechávají mastný film, což je pacienty preferováno. U těžších stavů se nevyhneme přechodné léčbě lokálními kortikoidy. Pokud je indikuje specialista, je zaručeno, že kladný účinek převyší ten záporný. Bohužel často se setkáváme s matkami, které kortikoidní masti zcela zásadně odmítají a vystavují své děti zbytečnému utrpení, neboť při rozsáhlém a těžkém stupni postižení jsou kortikoidy stále léčebnou volbou č. 1. Pokud nám matky striktně zakáží použití lokálních kortikoidů, často nejsme schopni dosáhnout remise (uklidnění stavu, zmírnit svědění) nebo jej dosáhneme po zbytečně dlouhé době. Další rozšířenou možností je aplikace topických imunomodulátorů, které jsou o něco bezpečnější než topické kortikoidy, ale jejich účinek je max. středně silný. **Pro těžký ekzém při akutním vzplanutí, všude tam, kde převažují strupy, mokvání a výrazné svědění, volíme tzv. wet wrapy** (mokrý zábaly) z emoliencií, ev. s přidavkem kortikoidů. U nejtěžších stavů AE je zvažována biologická léčba.

Nejzávažnější komplikací AE je superinfekce herpetickým virem oparu HSV1, který na ekzematickém terénu generalizuje a může jít i o život ohrožující komplikaci.

Celkově lze říci, že AE může vzniknout kdykoli během života. Stejně tak může kdykoli vymizet, ale je **třeba mít na paměti existenci tzv. atopického pochodu, kdy s vymizením AE se může později objevit senná rýma nebo astma.**



OLIVOVA
DĚTSKÁ
LÉČEBNA

Olivova dětská léčebna, o.p.s., Olivova 224, 251 01 Říčany u Prahy



www.olivovna.cz



Olivova dětská léčebna



323 619 103 (105), 736 754 332



„Základem jsou spolehlivá data.“
Igor Kohl

„Očkování proti pneumokokovým infekcím, ale i chřipce, v současném období probíhající pandemii covid-19 je více než žádoucí, a právě nyní nabývá ještě mnohem větší důležitosti než v minulých letech,“ říká vakcinolog a epidemiolog Igor Kohl.

Vývojem vakcíny proti covidu-19 se zabývají špičková pracoviště po celém světě. Co jim na tom tak dlouho trvá, když v Rusku a Číně už se dokonce očkuje?

K odpovědi je třeba nejdříve přiblížit, jak vývoj nové vakcíny probíhá. Jde o dlouhý a náročný proces, který je rozdělený do několika vzájemně na sebe navazujících fází. První z nich je vývojová fáze trvající 2–5 let, ve které dochází k identifikaci vhodného antigenu a následně k jeho produkci. Na vývojovou fázi navazuje časná fáze zahrnující preklinický a laboratorní výzkum a fázi I klinického hodnocení. Časná fáze trvá přibližně 2–3 roky. V rámci preklinického a laboratorního výzkumu jsou definovány vlastnosti (fyzikální, chemické a biologické) dané kandidátní vakcíny včetně indikátoru bezpečnosti a imunogenity na příslušných laboratorních, zvířecích modelech. Kromě jiného je velká pozornost věnována toxikologii, genotoxicitě, karcinogenitě a dalším oblastem, protože vakcíny podané lidem nesmí mít negativní dopad na jejich zdraví. Až po úspěšném dokončení výzkumné fáze je možné přistoupit k fázi I klinického hodnocení, kdy se vakcína podává pouze malému počtu (20–200) zdravých dospělých dobrovolníků. Hlavním cílem této fáze je vyhodnocení bezpečnosti vakcíny a její tolerance lidským organismem. Hodnotí se také její reaktogenita a to jak místní, tak i celkové nežádoucí reakce, základní imunogenita, případně se navrhuje i množství antigenů ve vakcíně včetně navržení dávkovacího schématu pro další fáze klinického hodnocení. V naprosté většině případů jde o otevřené, nekontrolované studie bez kontrolní skupiny. Poté následuje fáze pozdního vývoje zahrnující fázi II a fázi III vlastního klinického hodnocení a trvá přibližně 3–7 let. Ve fázi II se jedná hlavně o potvrzení bezpečnosti a snášenlivosti, zjištění nejvhodnějšího očkovacího schématu a množství antigenů, imunitního profilu a případně účinnosti na základě dobře definovaných, předem stanovených parametrů. Tyto klinické studie jsou již randomizované a kontrolované a provádějí se na 80 – 800 zdravých subjektech. Cílem fáze III je zhodnocení rozšířené bezpečnosti a tolerability a to jak místní, tak celkové, potvrzení dávky a vakcinačního schématu a potvrzení imunogenity a účinnosti vakcíny. Stručně řečeno, zda vakcína

chrání před příslušnou infekcí. Tyto studie jsou randomizované, dvojité zaslepené, srovnávající kandidátní vakcínu s obdobnou, už existující, nebo komparátorem/placebem a obvykle jsou kontrolované. Studie se provádějí na souboru několika stovek až tisíců, ale i desetitisíců subjektů a poskytují i informace o dlouhodobé ochraně, nutnosti přeočkování, interakci resp. interferenci se současně aplikovanými rutinně používanými již registrovanými vakcínami. Současně se velmi podrobně vyhodnocuje výskyt místních a celkových nežádoucích reakcí a také konzistence několika výrobních šarží. Po získání pozitivních výsledků studií fáze III se již zahajuje vlastní registrační řízení pro získání souhlasu s uvedením vakcíny na trh. Délka registračního řízení se pohybuje mezi 1–2 roky. Z uvedeného plyne, že teprve po mnoha letech práce se vakcína může dostat na trh. Vývoj nové vakcíny proti covid-19 tedy netrvá „moc dlouho“, ale právě naopak postupuje velmi rychle, a to jednak díky znalostem, které máme z vývoje vakcín proti jiným koronaviřům, tj. vakcín proti SARS a MERS, a jednak díky akcelerovanému přístupu regulačních orgánů. Co se týká Číny a Ruska, máte pravdu, že vakcíny vlastní proveniencí se tam již používají, ale je také pravdou, že k registraci a použití těchto vakcín došlo v Číně a Rusku už po ukončení fáze II klinického hodnocení, takže nejsou dostatečné informace o jejich bezpečnosti, tolerabilitě a imunogenitě, a proto by tyto vakcíny nemohly být registrovány například v Evropské unii nebo USA. Proto také oba státy zahájily fázi III klinického hodnocení vakcíny, i když se už používá.

Za normálních okolností jen registrace trvá rok až dva.

Který z kroků vývoje vakcín (obecně) je nejobtížnější a který je nejzdlouhavější?

Na to je těžké odpovědět, protože každý z nich má své opodstatnění a svá specifika. Vývoj vakcín má své logické posloupnosti a není možné podceňovat žádnou z jeho fází. Dle mého názoru je nejobtížnější identifikovat ten nejlepší antigen, který navodí dostatečnou imunitní odezvu a tím ochranu očkovanych jedinců. Co se týká délky, tak nejzdlouhavější je pozdní fáze vývoje a z ní je to fáze III. Klinický vývoj běžně trvá 8 až 17 let, někdy i déle, a přijde řádově i na sta milionů USD, což jasně ukazuje, že vývoj vakcín není nic jednoduchého, rychlého ani levného.

Čím mohou být narychlo „spíchnuté“ vakcíny nejriskantnější?

Vakcínu není možné „spíchnout“ takřikajíc na kolena za několik týdnů. Ale na základě předchozích znalostí z přípravy podobných vakcín a akcelerovaného průběhu klinického hodnocení a registračního řízení je možné zkrátit čas potřebný na jejich přípravu. Akcelerovaný průběh hodnocení se využívá jen v případech závažného, celospolečenského a veřejně-zdravotního zájmu a značného rizika nákazy, proti které doposud není dostupná žádná registrovaná vakcína. Přísná pravidla a požadavky akcelerovaného průběhu jsou stanoveny regulačními autoritami (např. FDA, EMA) a jen při jejich kompletním splnění může dojít k registraci vakcíny, takže nehrozí žádná vážná rizika. Právě naopak, při použití vakcín, které neprošly celým procesem klinického hodnocení, jak je tomu právě u zmiňovaných vakcín v Číně a Rusku, může hrozit riziko, že vakcína bude nadměrně reaktogenní, špatně tolerovaná lidským organismem a mohla by dokonce způsobit i vážné zdravotní poškození organismu. Protipólem může být skutečnost, že vakcína se sice ukáže být bezpečná a dobře tolerovaná, ale je nedostatečně imunogenní a účinná, takže nevede k ochraně očkovanych jedinců.

Jde vůbec předem odhadnout komerční úspěšnost vakcíny? Je to otázka množství potenciálních očkovanych?

Musím předeslat, že ne každá vyvíjená vakcína dosáhne kýženého cíle, dostat se na trh. S určitou mírou opatrnosti je možné na základě předpokládaného bezpečnostního profilu vakcíny, její očekávané imunogenity a účinnosti, epidemiologické situace daného onemocnění, jeho výskytu, závažnosti, úmrtnosti a smrtnosti a možnosti a dostupnosti účinné léčby ve světě, předem odhadnout komerční potenciál vakcíny. Z toho vyplývá, že kromě jiného je to i otázka potenciálního počtu očkovanych. Je to ale čím dál složitější, protože proti všem dříve velmi rozšířeným a zdravím nebo život ohrožujícím nemocem se už očkuje. Přijít s podobnou vakcínou, jakou byla v minulosti třeba ta proti dětské obrně, která mrzčila miliony dětí, má jistě smysl i velký ekonomický potenciál. Úspěšní budou samozřejmě ti, kteří v budoucnu přijdou s vakcínou proti virové hepatitidě typu C, viru HIV nebo různým druhům onkologických onemocnění. Další onemocnění ale můžeme vzhledem k četnosti výskytu považovat spíše za marginální, a je tedy otázkou, zda se někomu vyplatí investovat do velmi drahého vývoje vakcín proti méně rozšířeným nemocem, s predikovatelným nízkým

ekonomickým potenciálem. Proto se také donedávna nikdo nezabýval například očkováním proti ebole, která se vyskytovala jen lokálně a navíc v chudé části světa. Z etického a humanistického hlediska by takový vývoj jistě více než obstál, ale z finančního bohužel ne. I když po poslední velké epidemii se i díky různým filantropům několik farmaceutických společností zabývá i vývojem vakcín proti ebole.

Covid-19 teď zastínil úplně všechno, ale přece jen – jsou nějaké nové vakcíny proti jiným infekcím, které brzy přijdou na trh, a vy osobně se na ně těšíte?

Ano, jsou a já osobně se nejvíce těším na vakcínu proti všem pěti séro skupinám meningokoka (Men A,B,C,W,Y), které jsou hlavními původci všech velice závažných invazivních meningokokových onemocnění. Možnosti ochrany proti nim už sice existují i dnes, je ale třeba použít dvě vakcíny, a to vakcínu proti Men B a vakcínu proti Men A,C,W,Y, což v dnešním nabitém očkovacím kalendáři dětí není vždy možné už ve velmi raném věku. A právě to nám v blízké době umožní nová vakcína Men A,B,C,W,Y.

Stojíte a stál jste u vývoje řady vakcín, mimo jiné i proti pneumokokovým nákazám. Jste

ale také epidemiolog. Jak jsme na tom s incidencí IPO?

Díky celorepublikovému programu surveillance invazivních pneumokokových onemocnění (IPO), který u nás už probíhá čtrnáctým rokem, máme celkem solidní data o jejich výskytu. Na základě surveillance jsou k dispozici validní data o pneumokokových meningitidách a sérotypové distribuci. Avšak incidence invazivních pneumokokových pneumonií a sepsi může být poněkud podhlášena. I tak ale můžeme konstatovat, že výskyt IPO v ČR je relativně stabilní. Jestliže v roce 2008 byla celková incidence IPO v ČR 3,3/100 000 obyvatel, tak incidence v roce



2012 byla jen nepatrně odlišná a představovala hodnotu 3,2/100 000 obyvatel, v roce 2016 byla 3,1/100 000 obyvatel, ale v roce 2017 dosáhla hodnoty 4,2/100 000 obyvatel. V roce 2018 se mírně zvýšila na hodnotu 4,5/100 000 obyvatel a na stejné úrovni zůstala i v roce 2019. Pokud v minulosti byla nejvyšší nemocnost opakovaně ve věkové skupině dětí do 1 roku věku, v posledních letech se zásluhou očkování přesouvá do vyšších věkových skupin, a to hlavně do věkové skupiny osob 65letých a starších.

Jaký je dopad pneumokokového očkování pohledem epidemiologa? Na mysli mám zejména populaci seniorů.

Očkování seniorů ve věku 65 let a více proti pneumokokovým infekcím je celosvětově doporučováno a je pro tuto věkovou kohortu velmi důležité. Hlavně v období chřipkové epidemie, ke které se nyní přidala pandemie covid-19, zabrání mnoha případům invazivních pneumokokových pneumonií, které u osob s organismem navíc oslabeným akvírovaným akutním respiračním onemocněním nebo chřipkou, vedou v mnoha případech k úmrtí.

Zvyšuje tedy vhodnost očkování proti pneumokokovým infekcím stávající pandemie covidu-19?

Očkování proti pneumokokovým infekcím, ale i chřipce v současném období probíhající pandemie covid-19 je více než žádoucí, a právě nyní nabývá ještě mnohem větší důležitosti než v minulých letech. Zvláště bych akcentoval potřebu očkování u starších osob, navíc když je toto očkování pro osoby ve věku 65 let a více plně hrazeno ze zdravotního pojištění. I když nejsem klinik, tak si dovoluji tvrdit, že současná pneumokoková pneumonie a covidový infekt plic u starších osob, které většinou trpí i dalšími chronickými nemocemi, by u mnoha z nich i přes poskytnutou veškerou špičkovou zdravotní péči končila letálně.

Jak dlouho očkovanou osobu chrání?

Zatím se zdá, že u malých dětí od 2 měsíců věku, podání dvou dávek základního očkování 13-valentní nebo 10-valentní konjugované pneumokokové vakcíny s jednou revakcinací v 11. –13. měsíci života vede k velmi solidní ochraně a o potřebě další revakcinace v dětském věku se prozatím neuvažuje. Cílovými skupinami dospělých jsou především osoby ve věku 60 let a starší, u kterých se aplikuje buď 1 dávka konjugované pneumokokové vakcíny – potřeba revakcinace nebyla dosud stanovena – nebo 1 dávka 23-valentní polysacharidové vakcíny a revakcinace 1 dávkou po 5 letech. Pro dospělé osoby ve vysokém

doc. MUDr. Igor Kohl, CSc.

- absolvent Lékařské fakulty hygienické Univerzity Karlovy (dnes 3. lékařské fakulty UK) zasvětil celý svůj profesní život epidemiologii a vývoji očkovacích látek
- získal atestaci 1. stupně v oboru hygiena a epidemiologie, specializační atestaci v oboru epidemiologie a nadstavbovou atestaci ze sociálního lékařství a řízení zdravotnictví, v roce 1998 obhájil titul CSc. a v roce 2007 habilitoval z hygieny, preventivní medicíny a epidemiologie
- prvních 20 let pracoval v hygienické službě na Slovensku ve vzestupných funkcích vedoucího oddělení, vedoucího odboru epidemiologie až po hlavního odborníka pro epidemiologii MZ SR
- v roce 1993 založil a do roku 1995 vedl Centrum neinfekční epidemiologie Národního centra pro podporu zdraví
- od roku 1996 dalších 20 let pracoval v několika nadnárodních farmaceutických společnostech, nejdříve jako medicínský ředitel vývoje vakcín a v posledních 10 letech jako Chief Medical Officer pro střední a východní Evropu
- stál u vývoje řady dnes už běžně používaných vakcín, například vakcín proti pneumokokům, invazivním hemofilovým infekcím, meningokoku typu B, lidskému papilomaviru, chřipce a mnoha dalších
- v průběhu celé své profesní kariéry pravidelně přednášel a aktivně publikoval v domácích i zahraničních časopisech
- v současnosti působí jednak jako jednatel malé firmy věnující se klinickému hodnocení vakcín, dozoruje vývoj dalších tří vakcín, jednak jako odborný konzultant v oblasti vývoje vakcín a očkování.

riziku onemocnění je revakcinace doporučena každých 3 až 5 let.

Současná pneumokoková pneumonie a covidový infekt plic u starších osob by u mnoha z nich končila letálně.

Vzhledem k nárůstu IPO a komplikací s nimi spojených s věkem je seniorům doporučováno rutinní očkování proti pneumokokovým infekcím. Jaké vakcíny jsou aktuálně na trhu? Na našem trhu je dostupná 13-valentní konjugovaná vakcína proti pneumokokům Prevenar 13. Tato vakcína je osobám ve věku 65 let a více kompletně hrazena ze zdravotního pojištění. Od září letošního roku je dostupná také 23-valentní polysacharidová vakcína proti pneumokokům Pneumovax 23, která ale zatím není hrazena ze zdravotního pojištění.

I v prevenci IPO u starších osob je tedy možnost výběru mezi srovnatelnými vakcínami. Vodítkem mohou být doporučení odborných společností. K čemu se přiklání?

Do roku 2012 se celosvětově k prevenci IPO u dospělých osob používala polysacharidová 23-valentní pneumokoková vakcína. Ke

konci roku 2011 FDA i EMA schválily pro Prevenar 13 i indikaci pro dospělé starší 50 let, s odůvodněním smysluplného přínosu ve srovnání s použitím 23-valentní pneumokokové vakcíny. Dnes je již schválena u Prevenaru 13 indikace očkování od 6 týdnů věku bez dalších věkových omezení. Přestože 23-valentní polysacharidová vakcína má širší pokrytí, se o její účinnosti u imunokompromitovaných jedinců a osob ve věku nad 65 let stále více diskutovalo. Další diskutovanou otázkou bylo i možné snížení imunitní odpovědi na podání posilovací dávky. Jako výhoda pro Prevenar 13 byla zmiňována hlavně vyšší imunogenita a nepřítomnost hyporesponzivity u vyšších věkových skupin nad 65 let věku a osob s chronickými onemocněními a sníženou funkcí imunitního systému. Naopak jako nevýhoda se uvádělo nižší sérotypové pokrytí ve srovnání s polysacharidovou vakcínou. Všechny tyto skutečnosti nakonec vedly k určitému „boomu“ zavádění Prevenaru 13 k prevenci invazivních pneumokokových onemocnění u dospělých v mnoha státech světa včetně ČR, kde k tomuto rozhodnutí došlo v roce 2015, částečně i proto, že na trhu již nebyla dostupná 23-valentní pneumokoková vakcína Pneumo 23. Také proto se u nás přistoupilo k rozhodnutí doporučit k plné úhradě Prevenar 13 k prevenci IPO u osob ve věku 65 let a starších.

Nová data z posledních let však ukázala, že imunogenita 23-valentní polysacharidové a 13-valentní konjugované pneumokokové vakcíny proti invazivním pneumokokovým onemocněním je téměř shodná (73 % vs. 75 %), podobná je i účinnost proti pneumokokovým pneumoniím. Výhoda pokrytí širšího spektra sérotypů pneumokoků u polysacharidové vakcíny je neměnný fakt. Nové poznatky vedly k tomu, že odborné autority jako ACIP v USA, STIKO v Německu a národní úřady veřejného zdraví ve Skandinávii přistoupily k přehodnocení svých doporučení v prevenci IPO v dospělosti. STIKO tak nyní doporučuje pro všechny imunokompetentní osoby starší 60 let polysacharidovou vakcínu Pneumovax 23 a stejně tak i ACIP u osob starších 65 let. STIKO ve svém doporučení uvádí, že vakcinace by měla být vakcínou s nejvyšší možnou účinností proti pneumokokovým sérotypům, které v současné době způsobují onemocnění v cílové skupině, a to je nyní 23-valentní pneumokoková vakcína. U osob, které nejsou plně imunokompetentní, ACIP doporučuje tzv. sekvenční schéma, což znamená podání 13-valentní konjugované pneumokokové vakcíny, po které se ještě aplikuje 23-valentní pneumokoková vakcína. Ale nejsou to

V EU pouze my, Slovensko a Malta používáme u dospělých jen 13-valentní pneumokokovou vakcínu.

jen USA a Německo, ale i další státy světa. 23-valentní pneumokoková vakcína Pneumovax 23 se používá samostatně nebo sekvenčně v 92 % zemí, kde je očkování proti IPO u dospělých hrazeno. Když se podíváme na situaci v EU, tak pouze ČR, Slovensko a Malta používají u dospělých jen 13-valentní pneumokokovou vakcínu. V této souvislosti jsem přesvědčen o tom, že i ČR přistoupí k přehodnocení svých doporučení ohledně očkování dospělých proti invazivním pneumokokovým onemocněním. Nyní k tomu má hodně argumentů, jako je například srovnatelná účinnost 13-valentní konjugované a 23-valentní polysacharidové pneumokokové vakcíny. Dále vyšší výskyt invazivních pneumokokových onemocnění vyvolaných sérotypy obsaženými ve 23-valentní polysacharidové vakcíně o přibližně 40 % navíc oproti 13-valentní konjugované vakcíně. A také významná finanční úspora veřejných prostředků. Ale nezanedbatelným důvodem je i fakt, že nyní je už i 23-valentní



pneumokoková vakcína dostupná na našem trhu.

Vidíte nějaký posun směrem ke zvýšení zájmu o očkování proti pneumokokovým infekcím?

Abych řekl pravdu, tak ani ne, spíše naopak. V 1. čtvrtletí roku 2010, po zavedení úhrady očkování u malých dětí, byla podle dat zdravotních pojišťoven proočkovanost nad očekávání vysoká. I když se jednalo o doporučené, ale ne povinné očkování, dosažených 81 % překvapilo i odborníky z řad pediatriů a epidemiologů. Postupně ale zájem o očkování upadal a už v následujícím roce byla proočkovanost jen 66% a dále postupně klesala, takže nyní se pohybuje jen kolem 55% a v některých regionech i pod 50%. Mnohem horší je situace u seniorů, a to i přesto, že od roku 2015 je očkování seniorů ve věku 65 let a více plně hrazeno ze zdravotního pojištění. Proočkovanost seniorů v ČR (stejně jako

v řadě dalších zemí) je nízká, ačkoliv mezi roky 2017 a 2018 vzrostla. V období od roku 2010 do roku 2017, resp. 2018 bylo dle analýzy ÚZIS kumulativně očkováno 8,6 % resp. 13,7 % seniorů.

Je paradoxní, že obecně nízká proočkovanost (například i proti chřipce) je velmi nízká i v natolik ohrožené skupině, jakou jsou zdravotníci. Co byste jim na toto téma vzkázal?

Máte úplnou pravdu. Zdravotníci, kteří by měli být příkladem pro ostatní populaci, jsou skupinou, u níž je proočkovanost velmi nízká, ostatně jako u celé české populace. Když vezmeme v úvahu, že zdravotničtí pracovníci jsou skupinou, která pečuje o rizikové osoby, je tato skutečnost alarmující a téměř nepochopitelná. Kdybych měl něco vzkázat, tak asi to, že by si zdravotníci měli uvědomit, že když se nechají naočkovat proti chřipce, chrání nejen sebe a své rodinné příslušníky, ale i pacienty, o které pečují.

Fresenius Medical Care přebírá produktů NxStage

Společnost Fresenius Medical Care přebírá od listopadu 2020 distribuci produktů společnosti NxStage Medical, Inc. pro Českou republiku jako součást svého stávajícího portfolia domácích dialyzačních terapií.

Právě společnost Fresenius Medical Care je v České republice průkopníkem domácích terapií. Pacientům nabízí ucelený balíček služeb, které zajišťují pacientům se selháním ledvin, komplexní dialyzační péči z pohodlí jejich domova včetně 24hodinového technického servisu. „V rámci našeho přístupu, ta správná léčba ve správný čas a na správném místě bude portfolio produktů NxStage pro domácí terapie přínosnou součástí péče o ledviny v pohodlí domova a pomůže nám uspokojit stále se vyvíjející potřeby českých pacientů s chronickým selháním ledvin i zdravotnických profesioná-

lů,“ říká David Prokeš, generální ředitel společnosti Fresenius Medical Care – ČR.

V přechodné fázi Fresenius Medical Care – ČR úzce spolupracuje s dosavadním distributorem. „Usilujeme o to, aby bylo převzetí distribuce co možná nejplynulejší, tak aby se naši obchodní partneři mohli i nadále soustředit hlavně na zdraví a pohodu svých pacientů,“ dodává Tomáš Kovářik, obchodní ředitel společnosti Fresenius Medical Care – ČR, s.r.o.

Fresenius Medical Care nabízí řadu řešení pro peritoneální dialýzu i domácí hemodialýzu a také související klinická a praktická řešení. V oblasti domácí hemodialýzy se jed-

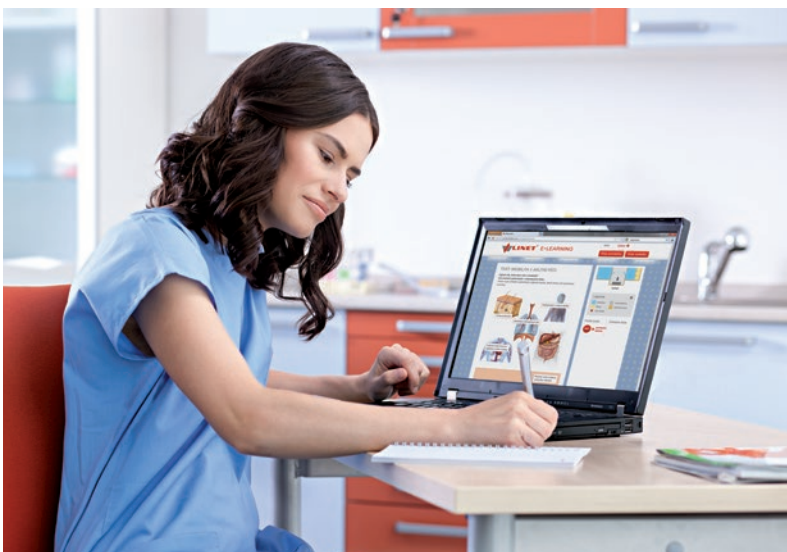
ná o přístroj 5008S CorDiax HomeHD, který obsahuje speciální software pro domácí hemodialýzu. Ten může pacientům s chronickým selháním ledvin poskytnout celou škálu terapií, stejně jako dialyzační středisko, tedy hemodialýzu, hemodiafiltraci a také vysokoobjemovou hemodiafiltraci. V oblasti kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy nabízí systém stay•safe a v případě automatizované peritoneální dialýzy cyclus•safe harmony. Nově tyto produkty doplní ještě přístroj NxStage System One, který umožňuje hemodialyzační léčbu v pohodlí domova při zachování kompaktních rozměrů zařízení. (red)

Inzerce ▼ M201000032

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

Na zimní sezónu nečekají jen lyžaři

Ve Špindlerově Mlýně, přímo pod černou sjezdovkou ve Svatém Petru, je trochu stranou moderní dřevěnice. Jednoduchá, přesto je vidět – zvláště v kontrastu se stovkami kubíků vylitého betonu, který je základem servisních staveb pro sportovce. Zpravidla před ní totiž vlaje vlajka s červeným křížem.

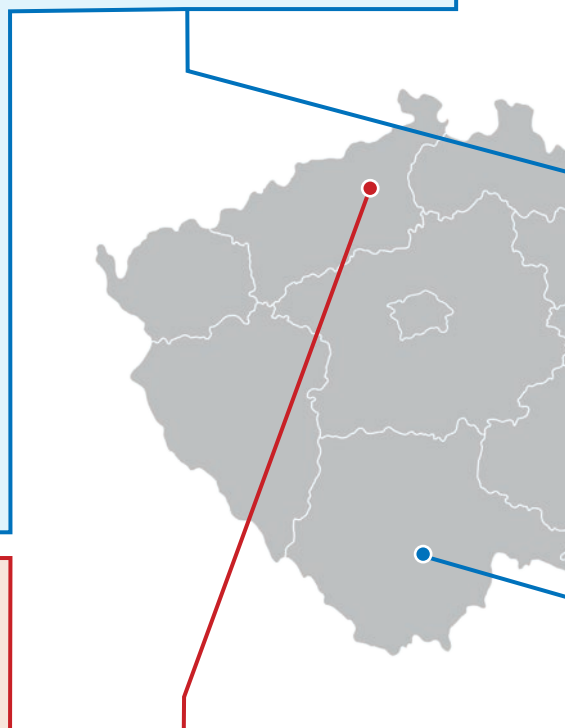
Detailované pracoviště nemocnice ve Vrchlabí se tu objevilo téměř přesně před třemi roky, na začátek lyžařské sezóny 2017. „V Medical Pointu jsme schopni okamžitě poskytnout odbornou zdravotnickou pomoc těm, kteří k nám přijdou, anebo si pacienta převzít od horské služby, která přiveze pacienta z horského te-

renu,“ říká Michal Mrázek, vedoucí lékař Medical Pointu, jinak ředitel nemocnice ve Vrchlabí. „Zcela po pravdě je to pro nás výborná reklama, naše služby dneska oceňují i v průvodcích,“ dodává. Pacienti tu dostanou to nejlepší odborné vyšetření, pokud je to nutné, rovnou je převáží do nemocnice ve Vrchlabí. Vloni tu během zimní sezóny ošetřili na 300 úrazů, a to byla sezóna kvůli vpádu covidu-19 do české kotliny o poznání kratší. Nejčastější úrazy odpovídají horám: distorze kolene, fraktury bérců u lyžařů, předloktí u těch, co fandí snowboardingu. Výjimkou nejsou otřesy mozku, ale i zdravotní potíže, kvůli kterým do hor nemusíte. Alergické

reakce, dýchací potíže, srdeční arytmie... Co je podstatné, Medical Point je smluvním zařízením všech zdravotních pojišťoven. Co vypadá jako samozřejmost, je ve Špindlerově Mlýně unikátem. Jediné další zdravotnické zařízení ve městě totiž s pojišťovnami nespolečně pracuje. A pokud tam horská služba někoho přiveze, pacient zaplatí tvrdou českou měnou. „Medical Point je pro nás je skvělou vizitkou,“ potvrzuje jeho význam Michal Mrázek.

Ivo Mravinc

Foto: Nemocnice Vrchlabí



Krajská zdravotní zahajuje dostavbu ústecké nemocnice

Krajská zdravotní, a. s. zahajuje dostavbu svých nemocnic. Odstartuje ji v areálu největšího zdravotnického zařízení v Ústeckém kraji, Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, výstavbou nového pavilonu, kam přesune celé Kardiocentrum včetně úspěšně se rozvíjející kardiologie. Největší poskytovatel lůžkové zdravotní péče v České republice poté zahájí realizaci dalších strategických investičních akcí, kterými současně představenstvo společnosti naplňuje své dlouhodobé plány – v nemocnicích v Děčíně a Chomutově.

Společnost má v plánu v letech 2020 až 2023 realizovat investiční záměry, které umožní dostavbu tří nemocnic, které KZ spravuje pro Ústecký kraj. V areálu ústecké nemocnice jde o nový pavilon s operačními sály, odděleními JIP a standardními lůžkovými odděle-



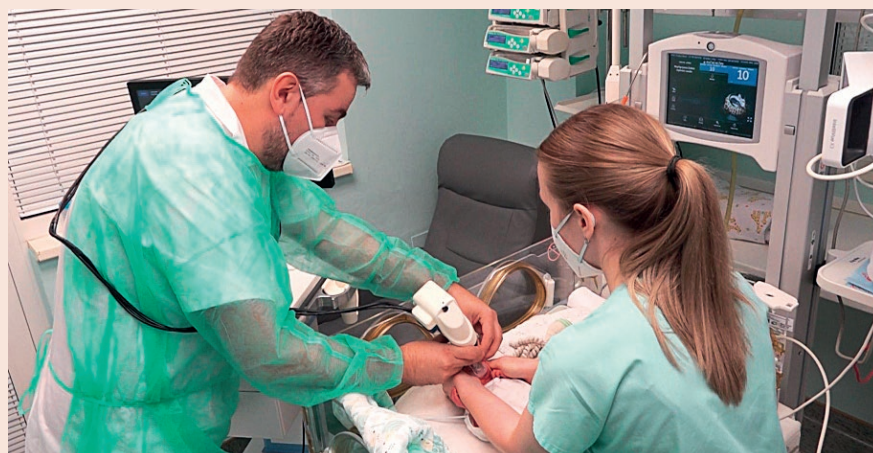
ními vč. umístění kardiologie, s předpokládanými náklady cca 1 350 milionů Kč vč. vybavení zdravotnickou technikou. Proběhne také dostavba nemocnice v Děčíně a také dobudování komplexu v Chomutově, s předpokládanými náklady cca 535 milionů Kč vč. vybavení zdravotnickou technikou. Právě pro ně KZ získala podporu Ústeckého kraje formou investiční dotace. Objem uvede-

ných investic je totiž nad rámec možností finančního krytí z vlastních zdrojů společnosti. Celkové výše uvedené předpokládané investiční náklady činí téměř 3 miliardy Kč, přičemž stavební část z uvedené výše činí 2 070 milionů Kč a zdravotnická technologie 910 milionů Kč. V rámci finančního krytí je předpokládáno kofinancování z více zdrojů.

Zdroj a foto: KZ

Oční klinika FN Ostrava má pro vyšetření miminek novou digitální kameru

Přenosnou digitální kameru, která dokáže naprosto přesně odhalit případné změny na sítnici u předčasně narozených dětí, začali používat lékaři z Centra pro děti s vadami zraku Oční kliniky FN Ostrava. S její pomocí teď v rámci screeningu dětí, které se narodily před 32. týdnem a s porodní hmotností nižší než 1500 gramů, uvidí i ty nejdrobnější detaily na sítnici. Kamera ale dokáže odhalit i dědičná anebo vrozená onemocnění.



Primář Centra MUDr. Juraj Timkovič, Ph.D., se se svými malými pacienty a jejich rodiči setkává převážně v ordinaci. Pravidelně ale dochází i na JIP Oddělení neonatologie FN Ostrava, kde vyšetřuje sítnici všem předčasně narozeným dětem. Teď nově s pomocí digitální kamery Icon Phoenix. Hlavní devizou nového přístroje je ve srovnání s konkurencí to, že umožňuje i angiografii. Tedy kontrastní vyšetření cév nezralých novorozenců. Kamera má

i mnohonásobně vyšší rozlišovací schopnost. V ambulancích Centra ročně provedou zhruba sedm tisíc vyšetření. Největší část z nich provádějí dětem s nerozpoznanými vadami zraku, vývojem šilhání a tupozrakostí. Nemalou část klientely však představují ty nejmenší, předčasně narozené děti, které jsou ohroženy postižením sítnice s možným vývojem těžkého zrakového postižení nebo i slepoty obou očí.

Zdroj a foto: FN Ostrava

Mamograf se stereobiopsií v Českých Budějovicích

V mamocentru EUC Kliniky v Českých Budějovicích (poliklinika Jih) byl instalován nový mamograf s možností odběru vzorků prsní tkáně - tzv. stereobiopsií. Ženy mohou nyní absolvovat vyšetření pod mamografic-



kou navigací přímo v mamocentru. Tento zákrok pomáhá zachytit nádor v prsu ve velmi časném stadiu a ženy na něj dosud musely dojíždět i 250 km až do Prahy.

„Zárok probíhá na mamografickém přístroji, který má zabudovanou speciální jednotku pro odběr prsní tkáně. Před samotným vyšetřením je ženě odebrána krev na kontrolu krvácivosti a srážlivosti. Vyšetření je prováděno v místním umrtvení. Podezřelé místo, které není vidět na ultrazvuku, se přesně zacílí. Přístroj si sám vypočítá bod, kam odběrovou jehlu zaměřit. Poté se provede odběr 6-12 vzorků tkáně. Do místa odběru se vkládá miniaturní značka, která v případě potřeby dalšího chirurgického výkonu navede operátora přesně k místu změn. Celý výkon je nebolestivý, nepříjemný je pouze první vpich a umrtvení. Zákrok

trvá maximálně 30 minut od umrtvení až po vložení značky,“ vysvětluje MUDr. Halka Bitmanová, vedoucí lékařka RTG pracoviště EUC Kliniky České Budějovice.

Výkon indikuje lékař mamodiagnostického pracoviště na základě předchozích vyšetření – tedy mamografie a eventuálně ultrazvuku. Provádí se tehdy, pokud podezřelé místo nelze dobře zobrazit při sonografickém vyšetření, a tudíž nelze provést biopsii pod ultrazvukem.

Pracoviště pro screening a diagnostiku rakoviny prsu na EUC Klinice v Českých Budějovicích disponuje třemi mamografickými a dvěma ultrazvukovými vyšetřovacími a patří mezi největší v České republice. Pacientkám poskytuje vyšetření v příjemném moderním prostředí a péči vstřícného personálu.

Zdroj a foto: EUC

Zemřel profesor Jiří Widimský

S lítostí oznamujeme, že 12. listopadu 2020 zemřel prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc. Bylo mu 95 let.

Jméno profesora Widimského bylo – a navždy bude – spjato s Ústavem pro choroby oběhu krevního (ÚCHOK), tedy součástí tzv. Krčských ústavů spojených později v roce 1971 pod hlavičku Institutu klinické a experimentální medicíny, kam ještě do nedávna docházel aktivně na Klinikou kardiologie.

Kardiologii ostatně zasvětil celý svůj život. Po založení IKEM v roce 1971 se stal prof. Widimský přednostou II. interní výzkumné základny, která byla po roce 1989 přejmenována na Klinikou kardiologie IKEM. V té době se také stal profesorem vnitřního lékařství 3. lékařské fakulty UK v Praze (1978). Byl u zrodu řady studií a publikací, které byly často citovány po celém světě. Až do roku 1993 působil jako vedoucí subkatedry kardiologie IPVZ v Praze. Významně také pomohl k založení Centra pro diagnostiku a léčbu plicní hypertenze v IKEM.

Profesor Jiří Widimský zastával v průběhu let celou řadu funkcí v odborných společnostech. Byl dlouholetým členem České kardiologické a internistické společnosti, čestným členem České lékařské společnosti J. E. Purkyně, České kardiologické společnosti, České internistické společnosti a České společnosti pro hypertenzi i voleným členem České lékařské akademie. Mnoho let byl šéfredaktorem časopisu *Cor et Vasa* a předsedou redakční rady JAMA-CS.



Jako jeden z mála českých kardiologů se profesor Widimský prosadil výrazně i za hranicemi. Od roku 1976 do roku 1984 byl členem výboru Evropské kardiologické společnosti, přičemž v druhém období se stal dokonce jejím viceprezidentem. V 70. letech byl navíc konzultantem Světové zdravotnické organizace.

Byl autorem přibližně 1000 odborných publikací a 60 monografií nebo kapitol v monografiích. Řada z nich byla publikována dokonce v zahraničí. Jeho přednášky pro studenty nebo lékaře byly vždy precizní a velice informativní. Ještě ve svých 90 letech přednášel v IKEM skupině Kardio 35 o plicní embolii.

Pan profesor získal řadu ocenění, například v roce 2005 zvláštní uznání ministra zdravotnictví za svůj celoživotní přínos pro české zdravotnictví. V roce 2007 byl jmenován čestným členem European Society of Hypertension a dostal Hlávkovu medaili za celoživotní vědeckou práci. V roce 2010 mu nadace Dagmar a Václava Havlových udělila čestné uznání za celoživotní vědeckou práci.

Byl velkým vzorem také pro své dva syny, Petr a Jiří dnes patří mezi přední české kardiology a ve šlépějích svého dědečka jde dokonce i vnuk Jiří.

Odchodem prof. Jiřího Widimského ztrácí česká kardiologie a Institut klinické a experimentální medicíny jednoho ze svých nestorů, který přispěl významnou měrou k výchově celých generací lékařů.

Čest jeho památce!

Zdroj: IKEM

Foto: IKEM

a Česká kardiologická společnost



Česko-izraelská párová výměna ledvin od žijících dárců

Letos na podzim probíhala další mezistátní párová výměna ledvin. Realizoval ji tým v pražském IKEM a lékaři v transplantacích centrech v Izraeli.

35 párů a 4 samostatní dárci z Česka a Izraele vstoupili do přípravy druhé mezistátní výměny ledvin. Speciální počítačový program, který vyvíjí IKEM, nakonec našel biologickou shodu. „Úplně na začátku všeho jsou rodinní příslušníci, kteří se rozhodli věnovat svému blízkému nemocnému ledvinu. Bohužel však s ním nejsou kompatibilní, tedy shodní v krevní skupině, a proto se pro ně snažíme nalézt nejlepšího možného dárce u jiného páru,“ říká prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc., přednosta Transplantcentra IKEM. A od minulého roku se hledají vhodní dárci pro české pacienty i v Izraeli a právě díky letošnímu letnímu párování se jen v Česku podařilo pomoci třem tuzemským pacientům, česká ledvina zase zachránila nemocného v Izraeli, který dlouhodobě nemohl najít vhodného dárce. „V Česku máme všechny dvojice, které se chtějí jakékoli, ať už jen české nebo i mezistátní, výměny ledvin účastnit, řádně vyšetřené. Stejně tak je tomu i na izraelské straně. Do speciálního softwaru pak zadají obě země data, teprve pak počítač podle specifických markerů potenciální příjemce a dárce spojí,“ vysvětluje doc. MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., přednosta Kliniky transplantací chirurgie IKEM.

Logistický řetěz a princip párové výměny

Celý řetěz, do kterého na české straně vstoupil i dárce z minulé výměny (tzv. přemostující dárce) a altruista, tentokrát trval více než měsíc. První operace proběhly na začátku září, kdy byla nejdříve odebrána ledvina izraelskému dárce. Ta bezprostředně po odebrání putovala letadlem 2600 km do Česka. Mezitím proběhl odběr orgánu od žijícího dárce v IKEM. „K výměně boxů s ledvinami, včetně celní kontroly, došlo opět na ruzyňském letišti. Technicky i administrativně jsme již vše znali. Během 15 minut jsme odjízďeli do IKEM a kolegyně Tamar Ashkenazi nasedla do letadla a letěla zpět do Státu Izrael,“ popisuje transport doc. Froněk. Následně proběhla transplantace izraelské ledviny českému příjemci. Celý řetěz ale tímto neskončil. Poslední

páry byly operovány koncem října jak na české, tak izraelské straně. „Princip párových výměn spočívá v tom, že dárce z páru A daruje ledvinu příjemci z páru B. Dárce z páru B pak zase dalšímu příjemci z další dvojice C. To vše probíhá, dokud se nedojde k poslední možné kombinaci. Důležité je na tom zejména to, že se pacienti dočkají transplantace kompatibilní ledviny brzy a mají naději na lepší život,“ doplňuje prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc., přednosta Transplantcentra IKEM.

Program funguje a zachraňuje životy

Výměna ledvin od žijících dárců se zemi mimo Evropskou unii je velmi složitou logistickou akcí, na které se podílejí desítky lidí v IKEM i v transplantacích centrech v Izraeli. „Tuto spolupráci jsme započali v srpnu loňského roku, kdy bylo podepsáno memorandum o mezinárodním přeshraničním výměnném programu mezi IKEM a izraelským Národním transplantacím centrem. A jak se nyní ukazují, díky nasazení, obětavosti i lékařským dovednostem na obou stranách není ani doba koronavirové pandemie překážkou v zachráně lidských životů,“ říká Ing. Michal Stiborek, MBA, ředitel IKEM.

Vzájemná spolupráce mezi Českem a Izraelem oběma stranám rozšiřuje počet



potencionálních dárců a přináší naději pro pacienty na rychlejší uzdravení. „V loňském srpnu jsme podepisovali memorandum a doufali, že spolupráce mezi IKEM a transplantacím centry Státu Izrael brzy začne. Bylo to vůbec poprvé v historii Izraele, kdy se taková dohoda implementovala. Pak proběhla první výměna, nyní druhá a uvažuje se o další. Je vidět, že se nejedná o krátkodobou spolupráci, ale vznikl nám dobře fungující program, díky kterému zachraňujeme lidské životy,“ uzavírá velvyslanec Státu Izrael JE Daniel Meron.

(IKEM)

Foto: IKEM



Škola s bohatou tradicí a slibnou perspektivou

*O krátké ohlédnutí a zamyšlení nad minulostí, stávající situací a plány do budoucna zlínské „zdrávky“ jsme na Sestře roku požádali **Hynka Stesku**, ředitele školy.*

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Zlín je usazená v zeleni v klidné okrajové části města Zlín. Navštěvuje ji více než 400 žáků a studentů. Na výchovně-vzdělávacím procesu se podílí dvacet pět učitelů odborných předmětů, patnáct učitelů a učitelů všeobecně vzdělávacích předmětů. Interní pedagogy doplňují externisti z řad lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků. O stav budov, ubytování a stravování se stará dvacet dva nepedagogických pracovníků. Významnou předností je také vlastní domov mládeže, který se nachází nedaleko školy.

Počátky zdravotnického vzdělávání v Zlíně je možno datovat do roku 1927, kdy Tomáš Baťa založil nemocnici. Zpočátku byly sestry většinou absolventkami zdravotnické školy Červeného kříže, později se vzdělávání odehrávalo, jak už bylo u Bati zvykem, přímo na odděleních. Nemocnice rostla i po válce a potřeba kvalifikovaných sester také. I proto byla v roce 1947 založena státní, sociálně zdravotnická škola, která se v roce 1949 přeměnila na čtyřletou zdravotnickou školu s maturitními obory: sociální pracovnice, zdravotnická pracovnice, ošetrovatelka a porodní asistentka. Během sedmdesátileté historie školy se vystřídala řada dalších vzdělávacích oborů střední i vyšší odborné školy, například Zdravotnické lyceum, Diplomovaná dětská sestra, Diplomovaná porodní asistentka, Diplomovaná sestra pro intenzivní péči, Diplomovaná vše-

obecná sestra a Diplomovaný zdravotnický zdravotnický záchranář.

V současné době vyučujeme na střední škole dva obory. Učební obor Ošetrovatel vychovává budoucí pracovníky poskytující základní ošetrovatelskou péči a je zakončen závěrečnou zkouškou. Maturitní obor Zdravotnický asistent, respektive Praktická sestra je zakončen maturitní zkouškou. Většina absolventů střední školy pokračuje v dalším studiu, ať již na vysokých školách nebo na naší VOŠ.

Jsme rádi, že se nám v době nedostatku sester daří navyšovat počty tříd střední školy. Od roku 2013 narostl počet tříd SŠ o šest a do roku 2022 přibude ještě jedna třída praktické sestry.

Na vyšší odborné škole vyučujeme ve tříletých oborech, a to Diplomovaná všeobecná sestra a Diplomovaná dětská sestra.

Velmi nás těší, že po absolutoriu odchází do nemocnic více než 95 % našich absolventů.

Abychom mohli stále školu rozvíjet, připomínáme si neustále, co se nám nedaří, co je potřeba vylepšit nebo změnit.

V čem jsme dobří?

Máme krásnou, moderní budovu, znamenité pedagogy, dovedné žáky a studenty.

Pokud se podíváte na fotografii školy, pochopíte, proč si pomohu rozvinutím myšlenek z vize školy:

„Široké a otevřené dveře charakterizují otevřenost k žákům, studentům, rodičům,



odborné i laické veřejnosti všech generací.“

Veškerou činnost ve škole stavíme na spolupráci. Velkým množstvím školních i mimoškolních aktivit se snažíme žáky i studenty motivovat a aktivovat. Za nutný základ považujeme příklad všech učitelů. Proto vždy při práci věnujeme velkou pozornost nejenom celku, ale každému detailu, který nás může ozvláštnit. Jsem přesvědčen, že ne každá škola má pro všechny obory odlišené uniformy, vlastní vlajku, komiks o své historii nebo sbírku historických zdravotnických uniforem. Ne každá škola vytváří cílené programy pro mateřské, základní i střední školy a každoročně pořádá konference s odbornou



Foto: MF a SZŠ a VOŠ Zlín

zdravotnickou tematikou. Ne každá škola má funkční diskusní klub, výstavní prostory, které umožňují pořádat pro žáky pravidelné vernisáže. Věříme, že všechny tyto „drobnosti“ pomáhají upevňovat vztah žáků a studentů ke škole, a hlavně ke zdravotnickému povolání, což souvisí také se zodpovědnou přípravou na něj.

„Cihlové stěny poukazují k nejlepší tradici zlínského školství, to znamená těsné propojení teorie s praxí – školy s nemocnicí.“

Snažíme se praktickými kroky navazovat na hlavní body baťovského školství a zdravotnictví, zvláště v oblastech profesionality a principů chování. Nešetříme finančními prostředky na vybavení odborných učeben moderními výukovými prostředky, zdravotnickou technikou, modely a IT technikou. Každá třída školy je standardně vybavena audiovizuální technikou a počítačem. Počítač mají k dispozici i všichni zaměstnanci školy. To považujeme ale jenom za základ. Obrovskou pozornost věnujeme systémovému vzdělávání pedagogů. Ať už v rozvoji odborných a pedagogických dovedností. Neopomíjíme ani oblast zdokonalování práce s informační technikou. Vycházíme z jednoduché myšlenky, že pokud máme mít ambici kvalitně vyučovat, musíme se neustále sami vzdělávat. Tyto kroky nám umožnily bez problémů zvládnout jarní uzavření škol a plnohodnotně zvládat distanční výuku on-line.

„Sloupy symbolizují stabilitu, pečlivost, pracovitost a osobní přístup.“

Tuto myšlenku nejlépe rozvinuli sami žáci, kteří o škole napsali:

„Kdybych sem nechodila, nevěděla bych, co je přátelství mezi žáky a učiteli.“

„Děkuji každému učiteli, že mi mohl předat nové vědomosti a zkušenosti a dokázal se

Sestra roku

20 let

MLADÁ FRONTA

Již počtvrté v historii soutěže Sestra roku 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.

Generální partner



Hlavní partner



podělit o své někdy smutné a někdy vtipné příběhy.“

A co děláme, kromě on-line výuky, v současné době?

Určitě nikdo nezahlál a nezůstali jsme stranou. Všichni žáci a studenti starší 18 let pomáhají na různých odděleních, jak v krajské nemocnici ve Zlíně, tak i v řadě nemocnic a zařízení sociální péče v celém kraji. Zapojila se i řada mladších žáků, kteří se často po ukončení výuky zapojují, obdobně jako jejich starší spolužáci, do různých forem pomoci tam, kde je jich třeba. Stranou nezůstávají ani vyučující

odborných předmětů. Velká část z nich o víkendech nebo i poté, kdy ukončí rozvrhem danou výuku, odchází na nemocniční pracoviště a osobně pomáhají zvládat náročnou dobu, kterou naše zdravotnictví prožívá.

Jsem na všechny za jejich profesionální přístup a aktivitu velmi pyšný. Zvláště žáci i studenti ukazují, že si naši školu nevybrali náhodou a že budou velkými posilami ve svém oboru.

To vše konají v souladu s misí školy:

„Věříme v to, že pečovat o druhého znamená přiblížit se k němu a uvidět v něm člověka.“

Inzerce ▼ M20100022

Vzdělávání přesouváme i do on-line prostředí

Vzhledem k epidemické situaci v České republice je v současné době omezena možnost vzdělávání. V našem Institutu se snažíme na tuto situaci reagovat, a mnoho našich kurzů tak můžete absolvovat distanční formou.

Podle stanoviska Ministerstva práce a sociálních věcí je možné pořádat distanční formou i **kurzy akreditované**. Kompletní nabídku těchto kurzů najdete vždy na našich webových stránkách www.institutvzdelavani.cz v záložce **Otevřené kurzy/Webináře**. Tuto nabídku průběžně rozšiřujeme, proto aktuálně vypsané kurzy hledejte na webových stránkách.

www.apsscr.cz

Institut vzdělávání APSS ČR
Tel.: 724 940 126 | E-mail: institut@apsscr.cz



Medicína



Imunomodulační potenciál střevní mikroflóry

Je potvrzen vliv mikrobiomu na imunitní systém a konsekvntně i genezi onkologických onemocnění. Snahou je docílit optimální strategie modulace střevního mikrobiomu za účelem zvýšení léčebných odpovědí na imunoterapii onkologických onemocnění.

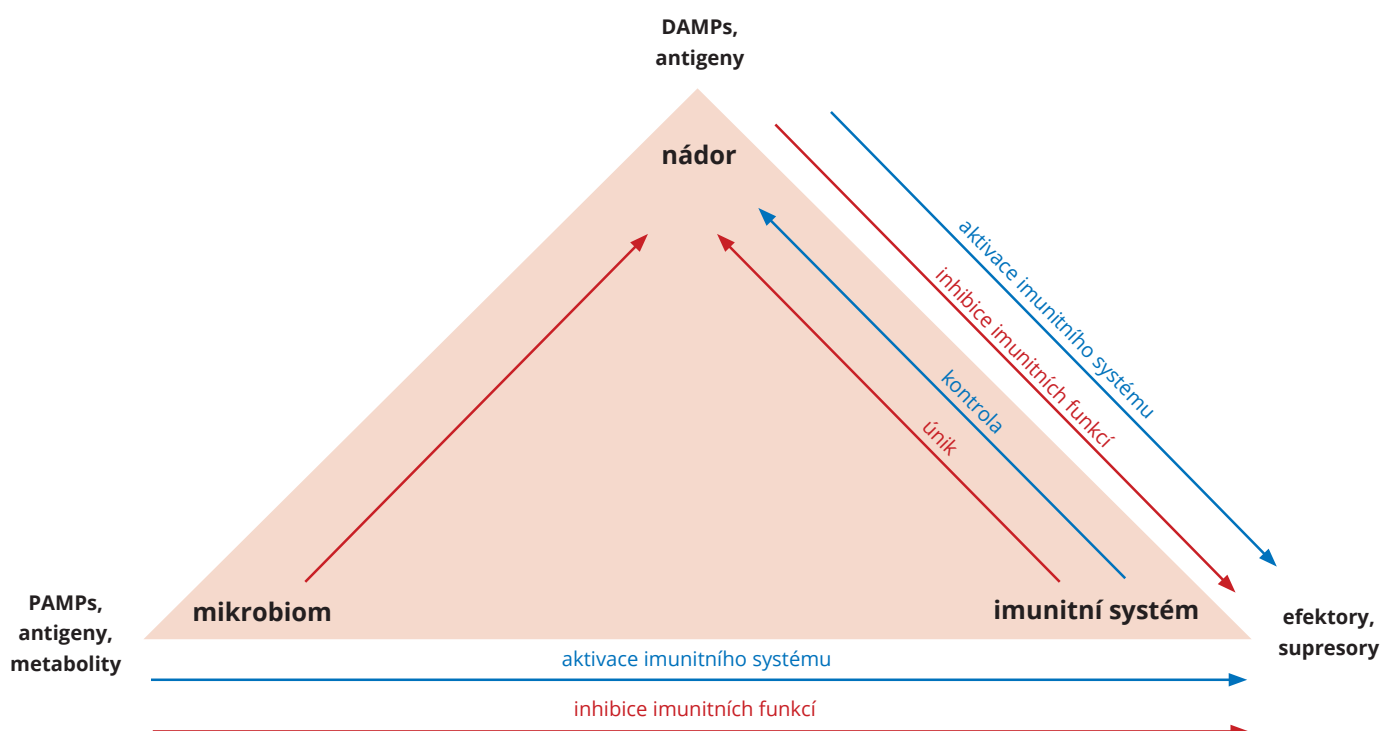
Lidé se vyvinuli společně s koloniemi virů, bakterií, hub a parazitů, které osídlují mukózní povrchy, zejména gastrointestinální trakt, a jsou souhrnně označovány jako mikrobiota. U savců mikrobiota ovlivňuje mnoho fyziologických procesů (včetně vývoje, metabolismu a imunitních funkcí) a specifické změny ve složení mikrobioty jsou asociovány s náchylností k různým chorobám, včetně obezity, astmatu či zánětlivých onemocnění střev. Celkem ve střevě žije asi 500 druhů mikroorganismů. Dominantními mikroorganismy jsou v tlustém střevě bakterie, které ve výsledku tvoří až 60 % z celkové hmotnosti stolice. V lidských střevech žije tedy přibližně 10^{13} – 10^{14} bakterií, přičemž vlastních buněk lidského těla je asi 10^{13} . Jinými slovy, bakterií v lidském těle je stejně či až desetkrát více než lidských buněk samotných. V roce 2008 National Institu-

tes of Health zahájil Humane Microbiome Project s cílem identifikovat co nejvíce mikroorganismů, které obývají lidské tělo. Odhaduje se, že v našem těle žije kolem 100 bilionů mikroorganismů a jejich celkový genom tvoří 3,3 milionů genů, což je asi 150x více než obsahuje lidský genom. Tato čísla úvodem nám mají demonstrovat, s jak rozsáhlým přírodním systémem je naše tělo v permanentní komunikaci na všech úrovních fyziologických pochodů. Složení střevního mikrobiomu není stále a jedná se o velmi dynamický systém, jehož charakter ovlivňuje řada parametrů. Mikrobiom se mění s věkem, kdy se stárí se zvyšuje zastoupení bakterií kmene *Bacteroidetes*, ale celková druhá rozmanitost spíše klesá, zejména je nižší podíl bakterií rodu *Bifidobacterium*, *Clostridium IV.* a kmene *Firmicutes*. Vliv na charakter střevní mikroflory má přirozeně

i strava. Výživa bohatá na ovoce, zeleninu a vlákninu vede k větší mikrobiální rozmanitosti. U takových jedinců byl zaznamenán větší počet bakterií metabolizujících rostlinné polysacharidy z kmene *Firmicutes*. Dalšími faktory ovlivňujícími složení fekálního mikrobiomu jsou geografický výskyt, působení stresu či užívání léků (probiotika, antibiotika).

Mikrobiom a protinádorová imunoterapie

Existují důkazy o vztahu mikrobiomu s výskytem nádorových onemocnění. U některých nádorů byly pozorovány změny ve složení lokální mikrobioty a výskyt konkrétních bakterií, jako jsou *Helicobacter pylori*, *Fusobacterium nucleatum*, *Salmonella typhi*, virus Epstein-Barr a lidský papilloma virus. Přítomnost a působení



Obr. 1 Trojúhelník mikrobiom – imunitní systém – nádorové onemocnění

ní těchto patogenů bylo následně spojené přímo s karcinogenním procesem a dnes jsou již uznávány jako rizikové faktory pro vznik některých nádorových onemocnění. Kromě své úlohy při karcinogenezi je střevní mikrobiota rovněž spojována s efektivitou a toxicitou moderní protinádorové imunoterapie. Jedná se o poměrně novou skupinu léčiv, která má schopnost prolongovat a zefektivnit protinádorovou buněčnou imunitní odpověď. Děje se tak na základě zablokování negativních signálů, kterými organismus přirozeně vypíná imunitní reakci, aby nedošlo k přehnané imunitní odpovědi a poškození vlastních tkání imunitním systémem, tzv. autoimunitnímu zánětu. To vědcům otevírá možnost prozkoumat úmyslné využití mikrobiomu při zlepšování efektivity terapie nádorových onemocnění. Přestože checkpoint inhibitory byly velkým pokrokem v léčbě určitých typů maligních onemocnění, pouze omezená část pacientů reaguje na terapii uspokojivě. Mnoho vědců si uvědomilo, že střevní mikrobiom může hrát důležitou roli při modulaci účinnosti imunoterapie. Dospělo se i k závěrům, že

efektivita imunoterapie může být snížena podáváním antibiotik, která snižují biodiverzitu střevní mikroflóry. Dalším velmi důležitým poznáním bylo, že vyšší efektivita imunoterapie je pozorována za přítomnosti specifických střevních mikrobů. Bylo například prokázáno, že komenzální bifidobakterie podporují protinádorovou, buněčnou imunitní odpověď a potencují účinnost anti-PD-L1 terapie. Perorální podání samotných bifidobakterií zlepšilo kontrolu nádorového růstu ve stejné míře jako PD-L1 – blokáda a kombinovaná terapie růst nádoru téměř zastavila.

Dohled nad nádorem, či únik jeho buněk

Dvě studie publikované v časopisu Science v listopadu 2017 podporují předchozí zjištění a data z experimentálních myších modelů. Poprvé byly publikované důkazy, že léčebná odpověď na imunoterapii checkpoint inhibitorem (protilátka blokuje inhibiční signální molekuly) závisí na složení střevního mikrobiomu. Obě studie z roku 2017 sledovaly odpověď onkologic-

kých pacientů na imunoterapii checkpoint inhibitory, což je typ imunoterapie, který blokuje schopnost nádorových buněk vypnout buněčnou, protinádorovou aktivitu T lymfocytů. Výsledná data těchto studií nám ukázala, že respondenti a nereagující mají velmi odlišné složení a funkční vlastnosti svých střevních mikrobiomů. Objevily se specifické typy bakterií, které se zdají být prospěšné pro účinnost imunoterapie checkpoint inhibitorem. Pacienti s lepší léčebnou odpovědí měli ve svém mikrobiomu vyšší výskyt těchto bakterií: *Akkermansia muciniphila*, *Faecalibacterium* a dalších specifických komenzálů.

Autoři obou studií prokázali kauzální úlohy mikrobiomu transplantací stolice od lidských pacientů podstupujících imunoterapii do bezmikrobních myší. Výsledky byly jednoznačné. V obou studiích měly myši, které dostávaly střevní mikrobiotu od nereagujících pacientů, horší léčebné výsledky při terapii checkpoint inhibitorem než myši kolonizované výkaly od responderů. Fekální mikrobiom u responderů měl signifikantně vyšší biodiverzitu a vyšší výskyt bakterií *Ruminococcaceae*.



Obr. 2 Střevní mikrobiom, bakterie kolonizující různé části trávicího systému – *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Enterococcus* a *Escherichia coli*

PATENTOVANÁ A ÚČINNÁ ČESKÁ PROBIOTIKA Z OSVĚDČENÉ ŘADY PROBIOLACT

**Základem našeho imunitního systému
jsou dobře fungující střeva**

Právě tady se nachází až 85 % našich imunitních buněk. Jen zdravá a správnými mikroorganismy osídlená sliznice lidského střeva může odolat infekcím.

Probiolact forte N°12 je výsledkem několikaletého výzkumu české biotechnologické společnosti, který přináší revoluci na trhu s probiotiky. V brněnských laboratořích se podařilo připravit probiotika novým, vědecky zcela převratným způsobem. Současné probiotické preparáty obsahují přátelské bakterie ve formě volných buněk. Na střevní sliznici, kde probiotika působí, je nutné, aby tyto bakterie vytvořily ochrannou a podpůrnou vrstvu tzv. **biofilm**.

Probiolact forte N°12 jako jediné přípravky na trhu obsahují přátelské bakterie ve formě této ochranné a stimulační vrstvy – **biofilmu**.

Probiolact forte N°12 je vhodný při užívání antibiotik, při cestování a díky vitamínu C a D i k podpoře správné funkce imunity a metabolismu.

Probiolact forte N°12 obsahuje 12 resp. 14 probiotických kmenů v počtu 10 miliard v jedné tobolce.

favea+
pro vaše zdraví

pharmaceutical biotechnology favea+

Probiolact
doplňk stravy | výživový doplněk s vitamínem C

10 miliard přátelských bakterií v denní dávce

Imunita a metabolismus

NOVÁ GENERACE PROBIOTIK

3 tobolky

VÝROBNO V ČESKÉ REPUBLICE
ČESKÝ PATENT

pharmaceutical biotechnology favea+

Probiolact
-Forte N°12-

10 miliard přátelských bakterií v jedné tobolce

Imunita a metabolismus

NOVÁ GENERACE PROBIOTIK s vitamíny Ca D

doplňk stravy | výživový doplněk

VÝROBNO V ČESKÉ REPUBLICE
ČESKÝ PATENT

V případě zájmu o vzorky nás prosím kontaktujte
na tel.: 778 733 358 nebo na e-mail: info@faveaplus.cz.

www.faveaplus.cz

Tab. Studie s manipulací střevního mikrobiomu

číslo studie	populace pacientů	intervence	výstupy	stav
NCT02843425	Všichni onkologičtí pacienti léčení v MDACC (MD Anderson Cancer Center)	Přidání fazolí do každodenního jídelníčku	Změna profilu fekálního mikrobiomu od základní hodnoty (profilování 16 S)	Probíhající, otevřený nábor (MDACC)
NCT02079662	Pacientky s karcinomem prsu, klinického stadia II a III v léčbě v MDCC, 18+	Intenzivní změna životního stylu (dieta, cvičení, psychosociální)	<i>Primární:</i> Přežití bez onemocnění (DFS) <i>Sekundární:</i> Změna fekálního a orálního mikrobiomu (prostřednictvím profilování 16S)	Probíhající, otevřený nábor (MDACC)
NCT01895530	Pacienti s lokalizovaným kolorektálním karcinomem starší 18 let indikovaní k resekci	Podávání probiotické bakterie (<i>S. Boulardii</i>)	<i>Primární:</i> Expresce cytokinů v sliznici tlustého střeva (přes qPCR) <i>Sekundární:</i> Pooperační komplikace	Dokončeno (Consoli et al., 2016)
NCT03072641	Pacienti s kolorektálním karcinomem ve věku 18+	Podávání probiotické bakterie (ProBion Clinica B. lactis BI-04, <i>L. acidophilus</i> NCFM + inulin)	<i>Primární:</i> Změna fekální a nádorové mikrobioty od výchozího složení <i>Sekundární:</i> Změny epigenetických vzorců nádorové tkáně od výchozího stavu	Dokončeno (Hibberd et al., 2017)
NCT03358511	Pacientky s postmenopauzálním karcinomem prsu klinického stadia I – III	Podávání probiotik (multi-kmenový probiotický vzorec)	<i>Primární:</i> Změna průměrného počtu buněk CD8 + od výchozích hodnot	Probíhající, uzavřený nábor (Mayo Clinic)
NCT02928523	Pacienti s akutní myeloidní leukémií ve věku 18–65 let léčení intenzivní chemoterapií a antibiotiky	Autologní FMT (zmrazené inkulum)	<i>Primární:</i> Biodiverzita střevního mikrobiomu, eradikace bakterií odolných vůči více léčivům <i>Sekundární:</i> Popis dysbiózy střevního mikrobiomu	Probíhající, uzavřený nábor (Francie)
NCT03353402	Pacienti s metastatickým melanomem ve věku 18+, po progresi onemocnění při I. linii imunoterapie	FMT (kolonoskopie nebo gastrokopie) od dárců pacientů, kteří reagovali na imunoterapii	<i>Primární:</i> Bezpečnost (AE spojené s FMT) <i>Sekundární:</i> Změny v populaci a aktivitě imunitních buněk, objektivní míra léčebné odpovědi	Probíhající, otevřený nábor (Izrael)

Imunologické profilování pacientů a myši naznačovalo, že příznivý mikrobiom respondérů zvyšuje systémovou a protinádorovou imunitní odpověď, zatímco mikrobiota nereagujících způsobuje, že hostitel má alterovanou protinádorovou, buněčnou imunitní odpověď. Tyto zajímavé studie prokazují nejen silnou korelaci mezi složením mikrobiomu a efektivitou imunoterapie, ale také ukazují nové možnosti využití mikrobiomu ke zlepšení účinnosti imunoterapie. Jaké je patofyziologické vysvětlení pro propojení střevní mikroflóry, imunitní buněčné odpovědi a kancerogeneze? Existují

tzakvané molekuly spojené s ohrožením organismu DAMPs (Danger-Associated Molecular Patterns) a nádorové antigeny, které mohou aktivovat buněčnou imunitní protinádorovou odpověď. Zatímco cytokiny a chemokiny přítomné v nádorovém mikroprostředí mohou indukovat nebo přitahovat imunosupresivní imunitní populace. Equilibrium mezi těmito fenomény má vliv na klinický vývoj nádorového onemocnění. Imunitní systém hostitele může být ovšem modulován i patogeny vyskytujícími se ve střevním mikrobiomu tzv. PAMPs (Pathogen-Associated Molecular Patterns), stejně tak jako antigeny a me-

tabolity, které ovlivňují jak efekторы, a tak supresory imunitní reakce. Mikrobiom může tedy ovlivnit jak imunitní dohled nad nádorovým onemocněním, tak únik nádorových buněk z imunitního dozoru.

Fekální mikrobiální transplantace

Fekální mikrobiální transplantace (FMT) představuje nejpřímější způsob manipulace se střevní mikrobiotou. FMT může být podávána pacientům orálně formou kapslí, nebo přímo aplikována při kolonoskopii či gastrokopii. FMT se již běžně používá

v jiných indikacích, což lze demonstrovat na významném úspěchu při léčbě infekce *Clostridium difficile* rezistentním na konvenční terapii. Klinické studie využívající FMT u pacientů s nádorovým onemocněním jsou v plenkách, ale na základě výsledků preklinických studií diskutovaných výše vyvolaly velké vzrušení.

Autologní FMT u pacientů s akutní myeloidní leukémií (AML) se zkouší při intenzivní chemoterapii s cílem zabránit dysbióze a zvýšit biodiverzitu střevní mikroflóry v průběhu terapie (NCT02928523). Kromě toho je FMT experimentálně zkoušena u pacientů podstupujících imunoterapii pro zhoubné solidní nádory, zejména u těch, kteří jsou léčeni checkpoint inhibitory (viz tabulka). Stále probíhá studie fáze 1 u pacientů s metastatickým melanomem, u nichž selhala předchozí imunoterapie (NCT03353402), přičemž refrakterním pacientům je podávána FMT od pacientů s dobrou léčebnou odpovědí na imunoterapii. Primární výsledky zahrnují bezpečnost a schopnost kolonizovat střevní sliznici akceptora. Zatímco sekundární výsledky zahrnují změny v periferním imunogramu,

změny aktivity jednotlivých imunitních buněk a objektivní léčebnou odpověď na imunoterapii. V současné době probíhá návrh dalších studií, aby se otestovala hypotéza, že modulace střevní mikrobioty zlepší odpověď na imunoterapii checkpoint inhibitory.

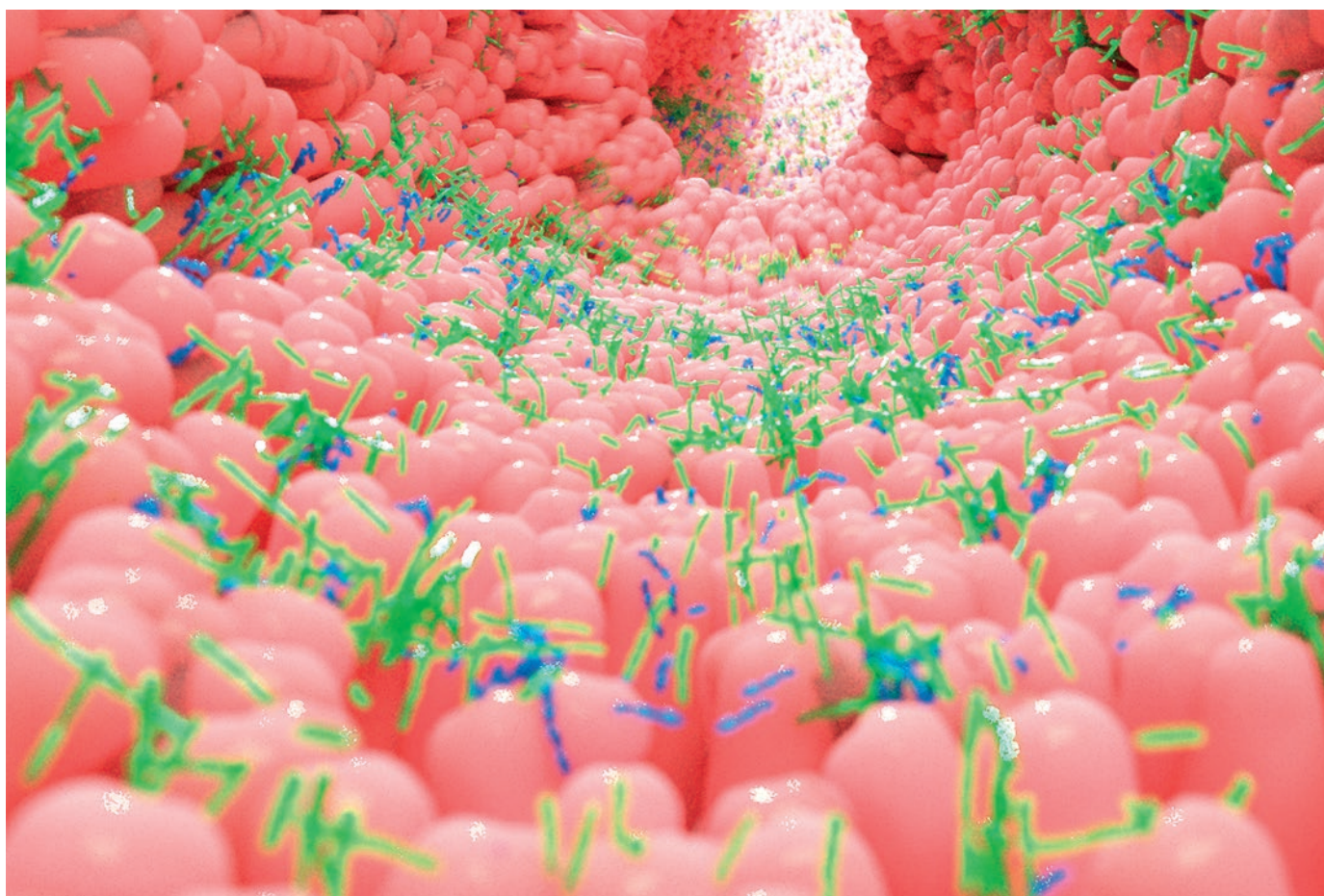
Souhrn

Moderní medicína aktuálně prožívá jakýsi věk mikrobiomu a zprávy zahrnující preklinické a klinické studie o úloze střevní mikroflóry ve vztahu k nádorovým onemocněním přinesly pozitivní poznatky a data o možnostech modifikovat složení mikrobiomu ve prospěch onkologického pacienta. Získali jsme jistý náhled na vliv mikrobiomu na imunitní systém a konsekvence i genezi onkologických onemocnění. Stále však zůstává mnoho tajemství v poznání mechanismů, kterými střevní mikroflóra a imunitní systém komunikují. Výsledkem této snahy je docílit optimální strategie modulace střevního mikrobiomu za účelem zvýšení léčebných odpovědí na moderní imunoterapii onkologických onemocnění.

Závěry

- Pokud je to možné, vyhnout se antibiotikům před a během užívání imunoterapie checkpoint inhibitory, což může zlepšit odpověď na terapii.
- Kompozice mikrobiomu může být prediktorem odpovědi na imunoterapii, což umožňuje cílenou modulaci mikrobiomu již před zahájením imunoterapie.
- Klinické studie testující přínos modulace mikrobiomu pacientů s nádorovým onemocněním, kteří dostávají checkpoint inhibitory, již probíhají.

MUDr. Jan Špaček,
MUDr. Michal Vočka,
MUDr. Stanislav Hloušek,
MUDr. Ludmila Křížová,
prof. MUDr. Lubomír Petruželka, CSc.
Onkologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze



Obr. 3 Mikrobiom v lidském střevě

Imunoprolaxe tetanu po poranění u dětí

Onemocnění tetanem je u nás díky dobré proočkovanosti raritní. Neočkovaným nebo nedostatečně očkovaným osobám ale nákaza tetanem při rizikovém poranění hrozí. U dětí, které nebyly řádně očkované, musí být proto důsledně prováděna postexpoziční vakcinace, případně i pasivní imunizace. Upozorňujeme na potřebu imunoprolaxe tetanu po poranění u dětí jako na novou problematiku pro chirurgy, kteří poraněné děti ošetřují, i pro pediatry jako garanty očkování u dětí.

Clostridium tetani je součástí běžné střevní flóry mnoha zvířat i člověka, spóry klostřidí v půdě přežívají měsíce i léta. K naze člověka může dojít zvláště při poranění kontaminovanou půdou či střevním obsahem. Rizikové jsou zhmožděné rány, poranění se zaneseným cizím tělesem, nebo hluboké rány, které nemohou být dobře vyčištěny (bodné rány). Nezřídka je ovšem zdrojové poranění drobné a nenápadné. V anaerobním prostředí v místě poranění spóry vyklíčí a změně se ve vegetativní formy, které produkují toxiny. Klinické projevy onemocnění vyvolává toxin tetanospazmin, který se pevně naváže na nervovou tkáň a blokuje uvolňování inhibičních neurotransmiterů. Následkem je zvýšené napětí svalů, v úvodu především v obličeji a na krku (risus sardonius), pacient má polykací potíže. Během několika dní se rozvíjí typický opisthotonus a objevují se generalizované tonické křeče. Nemocný je přitom plně při vědomí a křeče vnímá velmi bolestivě. Dochází k laryngospazmu s asfyxií a k projevům dysfunkce vegetativního nervového systému. Nejčastější

Tab. 1 Očkování proti tetanu podle aktuálně platného očkovacího kalendáře

1. dávka 2. dávka	v prvním půlroce života
3. dávka	11.–13. měsíc
4. dávka	5.–6. rok
5. dávka	10.–11. rok
dále:	á 10–15 (20) let

příčinou úmrtí pacienta je postižení dýchacích svalů. Přes existenci účinné terapie je i dnes tetanus závažným onemocněním a jeho smrtnost je vysoká.

Očkování proti tetanu

Účinnou prevencí onemocnění je aktivní imunizace tetanickým anatoxinem (TAT), která se v České republice provádí již téměř

70 let. Tetanus není mezilidsky přenosný, očkování zajišťuje ochranu jedince, kolektivní imunita zde pochopitelně nevzniká. Podle aktuálně platného očkovacího kalendáře se vakcinace zahajuje v devíti týdnech věku podáním hexavalentní vakcíny. Druhá dávka navazuje obvykle za dva měsíce a v 11–13 měsících věku dítěte má být podána třetí dávka. První přeočkování se provádí mezi 5. –6. rokem a pak opět mezi 10. –11. rokem. Další posilovací dávka TAT má být podána každých 15 let, nad 60 let věku každých 10 let (tab. 1).

K přeočkování dospělých jsou určeny monovalentní vakcíny s obsahem tetanického anatoxinu 40 IU v jedné dávce (Vacteta, Tetavax, Tetanol Pur). V dětském věku se k plošné vakcinaci používají výhradně kombinované vakcíny. Pro kojence jsou to očkovací látky s obsahem tetanického toxoidu 40 IU v jedné dávce (Hexacima, pro nedonošené děti Infanrix Hexa), pro předškolní a adolescentní booster jsou určeny vakcíny s 20 IU anatoxinu (Boostrix, Boostrix Polio, Adacel, Adacel Polio). K dispozici je ještě vakcína Infanrix (40 IU TAT), která není zařazena do plošného očkování, ale je určena pouze dětem se specifickými zdravotními indikacemi.



Představujeme publikaci

Očkování dospělých



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

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

Autor: Roman Chlíbek et al.

Doporučená cena 650 Kč

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

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA

Díky dobře etablovanému očkování je v rozvinutých zemích tetanus raritním onemocněním. Ojedinelé případy se objevují vesměs u starších osob, zpravidla nedostatečně očkovaných, a zcela vymizel novorozenecký tetanus. V České republice byly po roce 2000 hlášeny jen dva případy tetanu. Na podzim 2019 vzbudilo proto značnou pozornost onemocnění tetanem u tříletého neočkovaného dítěte, které bylo léčeno ve Fakultní nemocnici v Brně. Kazuistiku tetanu u dítěte recentně publikovali i autoři ze Slovenska a popisy jednotlivých případů nebo i sérií onemocnění tetanem u dětí prezentují také autoři z dalších zemí Evropy či z USA. Jde prakticky výhradně o děti, které jsou jen částečně očkované nebo nebyly očkovány vůbec. Nejčastějším důvodem chybějící vakcinace bývá odmítnutí očkování ze strany rodičů. Situace v České republice přitom kopíruje vývoj v jiných evropských státech: mnozí rodiče aktivně zasahují do očkovacího kalendáře a pro své dítě vyžadují odklad zahájení vakcinace, někteří očkování svého dítěte zcela odmítnou. I u nás tedy existuje kohorta dětí, které nejsou plně očkované a nejsou účinně chráněné proti tetanu. Vzhledem k existenci zvířecího rezervoáru nelze onemocnění eradikovat, proto je jeho hrozba pro neočkované nebo nedostatečně

očkované jedince trvalá. Dojde-li u takového dítěte k rizikovému poranění, je třeba řešit profylaxi tetanu odpovídajícím způsobem.

Jedná se o problematiku svým způsobem novou, protože proočkovanost dětské populace proti tetanu byla v minulosti téměř sto procentní. Imunoprofylaxi tetanu po poranění řešila dříve „Příloha č. 2 k vyhlášce 537/2006, Sb.“, ve které se automaticky předpokládalo, že děti do 15 let věku jsou plně očkované a nevyžadují žádnou intervenci. V současné době řeší imunoprofylaxi tetanu při úrazech § 13 a 15 vyhlášky 355/2017 Sb. Při úrazech, poraněních nebo nehojících se ranách, u nichž je nebezpečí onemocnění tetanem, a dále je indikovaných případech v předoperační přípravě, zejména před operacemi na konečniku nebo tlustém střevě, má být provedena aktivní imunizace podle SPC vakcíny. Tam, kde to doporučuje SPC vakcíny, má být podán také hyperimunní antitetanický imunoglobulin. V České republice je v současné době dostupný lidský imunoglobulin proti tetanu firmy Grifols pod názvem Igan-tet 250 IU/1ml určený k intramuskulárnímu podání. Podání přípravku není vázáno na konkrétní odbornost, tj. aplikovat ho může kterýkoli lékař. Postupy po poranění u řádně očkovaných osob shrnuje tabulka 2.

V tabulce 3 jsou uvedeny postupy u neúplně očkovaných jedinců.

Poranění u neočkovaných dětí

V posledních letech na našem pracovišti opakovaně konzultujeme postup vakcinace po poranění u nedostatečně očkovaných batolat a předškolních dětí. Jedná se hlavně o úrazy na odřážděle, koloběžce či kole, pokousání psem, popáleniny při grilování, opařeniny. Dojde-li k takovému poranění u řádně očkovaného dítěte, pak v souladu s výše uvedenou vyhláškou nejsou nutná žádná další opatření k profylaxi tetanu. Jiná situace nastává, pokud zjistíme, že poraněné dítě nebylo řádně očkované. Nemá-li aplikované dávky vakcíny podle očkovacího kalendáře adekvátně svému věku, je potřeba podat chybějící dávku vakcíny. U zvláště rizikových poranění je třeba podat i antitetanický imunoglobulin. Dítě, které dosud nebylo vůbec očkované, je při rizikovém poranění nezbytně nutné zajistit současně aktivní i pasivní imunizaci. Při očkování dětí bychom vždy měli preferovat podání kombinovaných vakcín před monovakcínami proti tetanu. Do sedmi let věku je pro neočkované / neúplně očkované děti optimální volbou podání vakcíny hexavalentní vakcíny, pro starší děti Adacel nebo Boostrix (s/bez polio složky). Chceme-li dodržet toto doporučení, pak musí být aktivní imunizace doplněna praktickým dětským lékařem dítěte. Na úrazových ambulancích nejsou kombinované vakcíny k dispozici a není tam ani nastavena jejich úhrada. Rozhodnutí o profylaxi tetanu má provést lékař prvního kontaktu, zpravidla tedy chirurg, který dítě ošetřuje. Ten by také optimálně měl podat pasivní imunizaci, je-li indikována, a na provedení aktivní imunizace se domluvit s registrujícím pediatrem dítěte.

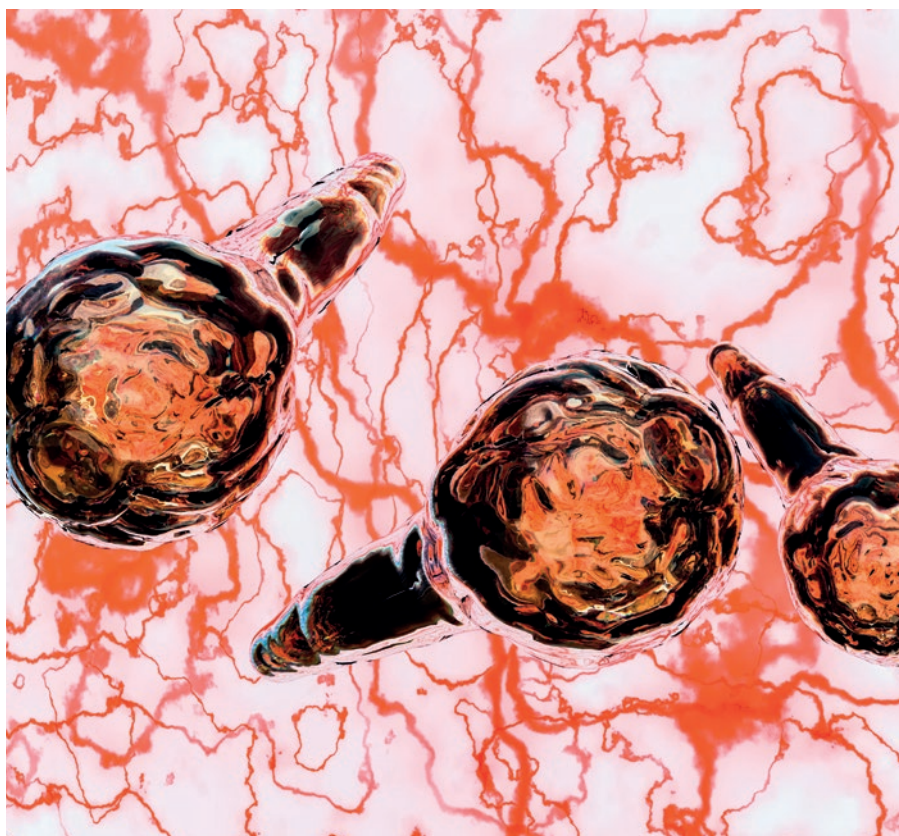
Při sestavování vakcinačního schématu pro poraněné dítě vycházíme ze zásady „každá dávka se počítá“. Nejde-li o zcela neočkované dítě, tj. v minulosti již dítě nějakou dávkou vakcíny obdrželo, snažíme se na proběhlé očkování navázat a co nejlépe se přiblížit intervalům stanoveným platným očkovacím kalendářem. U dosud neočkovaného dítěte by měla proběhnout primovakcinace třemi dávkami kombinované vakcíny ve schématu 0-2-6 měsíců, podle věku pak navazují posilovací dávky analogicky s očkovacím kalendářem. Vakcínu volíme s ohledem na věk, jak je uvedeno výše; preferenční užití kombinovaných vakcín u dětí se objevuje i v doporučeních ACIP a WHO. Monovakcíny proti tetanu

Tab. 2 Imunoprofylaxe tetanu při úrazech, poraněních nebo nehojících se ranách u řádně očkovaných

<5 let před úrazem	není nutné očkování
5–10 let před úrazem	1 dávka vakcíny
≥10 let před úrazem	1 dávka vakcíny současně s 250 IU imunoglobulinu proti tetanu

Tab. 3 Imunoprofylaxe tetanu při úrazech, poraněních nebo nehojících se ranách u neúplně očkovaných

3–6 týdnů před poraněním 1 dávka	1 dávka vakcíny proti tetanu
3 týdny až 10 měsíců před poraněním 2 dávky	
jiné intervaly	1 dávka vakcíny proti tetanu + 1 dávka (250 IU) lidského imunoglobulinu proti tetanu
neočkovaní	+ pokračovat podáním 2. a 3. dávky vakcíny



nejso pro očkování dětí optimální, a to ani v případě imunoprolaxe po poranění. Výjimkou jsou adolescenti starší 15–16 let, kteří mají dokončené očkování podle platného kalendáře. U nich je v případě rizikového poranění indikováno podání jedné dávky monovakcíny proti tetanu. Pokud ale dojde u mladšího dítěte k očkování monovakcínou proti tetanu (např. v rámci ošetření po úrazu na chirurgické ambulanci), mělo by další očkování podle schématu navázat podáním kombinované vakcíny.

Pro ilustraci uvádíme několik situací, které jsme řešili na našem pracovišti:

- **Osmiměsíční chlapec odeslaný k řešení vakcinace:** vlastní pes (mastif) ho kousnul do obličeje, když se hoch plazil k misce s psím krmením. Chirurg ošetřil drobné ranky na čele a pod nosem, naložil náplastové stehy. Podle záznamu v očkovacím průkazu byl hoch adekvátně očkován dvěma dávkami Hexacimy (v 3 a v 6 měsících). Stav vakcinace byl tudíž v souladu s očkovacím kalendářem, po proběhlé řádné aplikaci dvou dávek hexavakcíny nebyla po poranění nutná další intervence k profylaxi tetanu. Bylo doporučeno pokračovat v očkování podle kalendáře, tj. ve věku 12 měsíců u praktického pediatra.
- **Čtrnáctiměsíční dívka byla o Vánocích pokousána v obličeji vlastním psem.**

Byla ošetřena chirurgem, předepsána antibiotika (cefuroxim), odeslána k vyřešení profylaxe tetanu. V zdravotnické dokumentaci bylo uvedeno, že očkování u dívky bylo na přání rodičů zahájeno až v šesti měsících, druhou dávku hexavakcíny dostala v osmi měsících. V naší ambulanci byla po poranění aplikována třetí dávka hexavakcíny k zabezpečení dostatečné ochrany proti tetanu (praktická lékařka dítěte během vánočních svátků neordinovala).

- **Dvouapůlletá dívka, z rozhodnutí rodičů dosud neočkovaná, na sebe strhla hrnec s uvařenými brambory.** Chirurg poranění hodnotil jako popáleniny prvního až druhého stupně v rozsahu do 2 % tělesného povrchu. Na naše doporučení byla k profylaxi tetanu po chirurgickém ošetření aplikována pasivní imunizace (Igantet) a následující den praktická lékařka podala první dávku hexavakcíny. Očkovací schéma dále pokračovalo podáním druhé dávky za dva měsíce a třetí dávky za šest měsíců.

Vybrané kazuistiky patří mezi ty méně problematické, rodiče zde akceptovali námi navržený postup, který byl z hlediska vakcinace optimální. Není to ale pravidlem, poraněné dítě a jeho rodiče jsou pochopitelně ve velkém stresu a celá situace bývá značně vypjatá. Rodiče ne-

dostatečně očkováných dětí často mají k očkování primárně negativní postoj a komunikace bývá velmi náročná. U některých rodičů se setkáváme s rezolutním odmítáním jakékoli vakcinace, včetně pasivní imunizace. Je třeba jim vysvětlit, že u pasivní imunizace se nejedná o „vakcínu“ a že jde o nutný postup daný zákonnou normou. V případě zásadního nesouhlasu rodičů s očkováním kombinovanou vakcínou je krajním řešením podat monovakcínu proti tetanu. Lékař tak zabezpečí zákonně stanovenou ochranu dítěte proti tetanu po poranění, nicméně jde o postup, který není v souladu s vyhláškou o povinném očkování v ČR. Rodiče musí být s touto skutečností obeznámeni, a také s důsledky, které z toho plynou. Ošetřující lékař musí mít (i ve svém zájmu) na paměti nejen medicínský aspekt, ale i případné forenzní hledisko. Vakcinační status poraněného dítěte musí aktivně ověřit dotazem, nebo ještě lépe zkontrolovat v očkovacím průkazu dítěte. Zjištěné údaje je nutné zaznamenat ve zdravotní dokumentaci, stejně jako zvolený postup imunoprolaxe tetanu. Odmítnou-li rodiče doporučený postup, měli by to stvrdit podpisem v dokumentaci.

Závěr

Zatímco dříve bylo možné spoléhat na prakticky stoprocentní proočkovanost dětí proti tetanu, v posledních letech vyvstává nově potřeba profylaxe tetanu po poranění u neočkovaných / nedostatečně očkováných dětí. Praktická realizace profylaxe je na lékařích prvního kontaktu, což jsou zejména chirurgové ošetřující poraněné děti. Je třeba je o správných postupech informovat, aby volili adekvátní způsob profylaxe. Problematika profylaxe tetanu si žádá pozornost také od praktických dětských lékařů, kteří by se v optimálním případě měli podílet na aktivní imunizaci poraněného dítěte kombinovanou vakcínou. Měli by také i nadále usilovat o co největší proočkovanost dětské populace podle očkovacího kalendáře. Kombinace obou těchto přístupů by měla vést k tomu, že s onemocněním tetanem se v dětském věku nebudeme setkávat.

MUDr. Šárka Rumlarová,

MUDr. Pavel Kosina, Ph.D.,

MUDr. Věra Pellantová,

MUDr. Jana Haltmar

Klinika infekčních nemocí,

Centrum očkování a cestovní medicíny,

Lékařská fakulta UK

a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Pomoc se samovyšetřením poruchy čichu v souvislosti s covidem-19

Porucha čichu je v současnosti řazena k základním příznakům covidu-19. Typicky se objevuje u jinak bezpříznakových pacientů, obvykle v mladší či střední věkové skupině. Poruchu čichu lze vyšetřit pomocí parfémovaných fixů. K dispozici jsou zdarma.

Poruchu čichu udává na základě metaanalýz přes 60 % osob, které se nakazily virem SARS-CoV-2. Může se jednat o jediný symptom, kterým se onemocnění projevuje, proto se jedná o důležitý varovný signál. Pacienti, u kterých v současné době vznikne porucha čichu a chuti bez zřejmé příčiny, proto musejí být testováni na covid-19. „Porucha čichu se v souvislosti s koronavirem typicky vyskytuje u mladších jedinců s lehkým nebo bezpříznakovým průběhem, zatímco pacienti na jednotkách intenzivní péče poruchu čichu udávají daleko méně často. Jinak nevysvětlitelná porucha čichu může být ale spojena i s ostatními hlavními příznaky covidu-19, tedy s dušností, kašlem a podobně,“ vysvětluje prof. MUDr. Jan Plzák, Ph.D., přednosta Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku I. LF UK a FN Motol.

„V nynější koronavirové vlně se s poruchou čichu setkáváme ještě častěji než na jaře. Snažíme se proto pacienty informovat o příznacích, prognóze a možnostech léčby při přetrvávajících obtížích. Nabízíme pacientům možnost samovyšetření čichu pomocí parfémovaných fixů. Přestože pacienti často vnímají poruchu čichu jako úplnou (anosmie), jedná se obvykle pouze



o částečnou poruchu čichu (hyposmie), což je prokazatelné právě vyšetřením pomocí parfémovaných fixů,“ vysvětluje prof. Plzák, který se spolu s dalšími kolegy z rinologické skupiny České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP zapojuje v rámci Evropské rinologické společnosti do celoevropských studií věnujících se poruchám čichu v souvislosti s covidem-19.

Základním léčebným postupem je čichový trénink, až další v pořadí je farmakologická léčba, kterou musí vést lékař. Čichový trénink se ukazuje jako úspěšný a probíhá tak, že pacient čichá dvakrát denně minimálně po dobu pěti minut ke čtyřem vůním (růže, eukalyptus, hřebíček, citrón).

Trénink je doporučeno provádět dlouhodobě, alespoň po dobu 32 týdnů.

„Dobrou zprávou je, že pouze u cca 10 % postižených porucha čichu přetrvává déle než čtyři týdny. Tím se covid-19 výrazně liší od jiných povirových poruch čichu, u kterých dochází ke spontánní úpravě jen přibližně v jedné třetině případů,“ vyzdvihuje prof. Plzák. Podrobnější informace, návod, jak získat sadu parfémovaných fixů, návod na rehabilitaci pomocí čichového tréninku a patientské dotazníky, prostřednictvím kterých se mohou zájemci zapojit do stále probíhajících studií, najdete na <https://cich.info/>.

Lukáš Malý

Foto: cich.info

Psychoterapeuti opět podávají pomocnou ruku první linii a lidem ve finanční nouzi

Nezisková organizace #delamcomuzu založila sbírku na psychologickou pomoc pro pracovníky v první linii a lidi, kteří by si ji jinak nemohli dovolit - rodiče samoživitele, seniory a lidi s minimálním příjmem.

Sbírka probíhá na platformě Donio.cz po názvem Pomozte těm nejohroženějším udržet #hlavunadvodou. Darovat můžete jakoukoliv částku, i stokoruna může někomu změnit život. „Zájem o psychologickou pomoc začíná opět narůstat a v příštích týdnech očekáváme ještě větší nápor, nejen od zdravotníků, kteří jsou pod obrovským tlakem, bojují s vyčerpáním, únavou, ale taky od veřejnosti, především od lidí v izolaci, lidí, kteří přišli o své blízké, o práci, nebo z toho mají obavy,“ říká jeden

ze zakladatelů iniciativy, psychoterapeut Pavel Pařízek. „Přemýšleli jsme proto, jak dostat psychologickou pomoc mezi co největší počet lidí, kteří ji potřebují, ale nemůžou si ji dovolit. Zároveň jsme chtěli, aby nešlo jen o rychlou krizovou intervenci, na kterých byl projekt #delamcomuzu do velké míry postavený na jaře, ale také o hlubší práci s klientem, která mu pomůže nejen tady a teď, ale dlouhodobě.“ dodává. O bezplatné terapii se pak budou moci lidé přihlásit na portálu Terapie.cz, který se bude spou-

štět ve zkušební verzi příští týden, naplno pak na konci listopadu. Terapeuti zapojení do sbírky #hlavunadvodou budou poskytovat první terapeutické sezení zcela zdarma, dalších 11 sezení se bude terapeutům hradit z darovaných peněz částkou 500 Kč za terapii. Celkem tedy může každý, kdo splňuje stanovená kritéria, využít 12 sezení zdarma. Sbírkou iniciovala současná covidová situace, její organizátoři ale mají v plánu tímto způsobem financovat psychoterapie i poté, co krize pomine. (red)

Česká nutriční specialista přišla se zásadní studií

Covid-19 není jedinou nemocí, které naše společnost čelí. Za epidemií 21. století bývá považován také diabetes mellitus. Česká diabetologie nedávno zaznamenala pozoruhodný úspěch na mezinárodním poli díky studii CORRIDA.

„Léčbu cukrovky nelze na úkor covidu pomíjet,“ zdůrazňuje prof. MUDr. Martin Prázný, CSc., Ph.D., vedoucí Diabetologického centra 3. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze. Jak vysvětluje, nedostatečně léčená cukrovka může vést k závažným komplikacím, které zhoršují kvalitu života diabetiků. Cukrovku lze dnes díky moderním lékům a rozvoji technologií pro monitoraci krevního cukru úspěšně léčit, komplikacím dokážeme předcházet. Důležitý je zájem pacienta a jeho dobrá spolupráce s lékařem. Pak dokážeme najít cestu, jak cukrovku zvládnout. Pacient má pak lepší šance zvládnout zátěžové situace včetně covidu.

Velký úspěch české diabetologie

Česká diabetologie zaznamenala shodou okolností nedlouho před Světovým dnem diabetu pozoruhodný úspěch na mezinárodním poli díky studii CORRIDA, kterou v nejprestižnějším časopise oboru publikovala se svými kolegy **Mgr. Aneta Hásková**, doktorandka a nutriční specialista působící rovněž v Diabetologickém centru 1. LF UK a VFN. Studie srovnávající efektivnost systémů monitorace hladiny cukru v krvi u pacientů s cukrovkou 1. typu vyšla v časopise *Diabetes Care* s impakt faktorem 15,3. Jde o vůbec první randomizovanou studii s tímto zaměřením, díky čemuž se také stala stěžejním tématem na mezinárodní konferenci pořádané Americkou diabetologickou asociací.

„Pro monitoraci glukózy se využívají glukometry vyžadující odběr krve z prstu, ale nově také na dlouhodobých senzorech založené systémy pro okamžitou monitoraci glukózy (FGM – Flash Glucose Monitoring) nebo systémy pro kontinuální monitoraci v reálném čase (CGM – Continuous Glucose Monitoring). Oba systémy jsou pro pacienty pohodlnější a přinášejí mnohem více informací než tradiční glukometry. V České republice jsou pro pacienty s diabetem 1. typu dobře dostupné, žádná studie je ale dosud vzájemně nesrovnávala. My jsme se tomuto tématu rozhodli věnovat v naší studii CORRIDA, kde jsme si dali za cíl



posoudit účinnost těchto systémů z hlediska kontroly optimální hladiny cukru v krvi a v prevenci výskytu hypoglykemií v zátěžové situaci a po ní,“ přibližuje svůj výzkum hlavní autorka studie Mgr. Aneta Hásková a doplňuje: „Potvrdilo se, jak důležité jsou pro prevenci hypoglykémie alarmy, kterými sensorové technologie v reálném čase pacienta upozorňují na pokles i vzestup hladiny cukru v krvi. Pacienti mohou díky výstražce včas reagovat, upravit dávkování inzulínu, a díky tomu se mohou vyhnout hypoglykemiím a hyperglykemiím.“

Získaná data mohou sloužit jako základ pro budoucí odborné diskuze, klinickou praxi i jednání s pojišťovkami o úhradách monitorovacích systémů. „Podobné studie s novými technologiemi potvrzují jejich význam při zvládnání diabetu a přinášejí nové zásadní informace, podle kterých se můžeme my i naši pacienti lépe rozhodovat při volbě nejvhodnější metody monitorace krevního cukru,“ říká prof. Prázný.

Publikování článku v prestižním odborném periodiku, jakým je *Diabetes Care*, znamená pro doktorandku oboru nutriční terapie Mgr. Anetu Háskovou mimořádný úspěch. „Chtěla bych poděkovat MUDr. Janu Šoupalovi, Ph.D., který studii „designo-

val“ a dával mi cenné rady,“ říká autorka s tím, že studie CORRIDA je součástí širších výzkumných programů 3. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN. „Připravujeme rozšíření této studie, výsledky bychom měli publikovat v příštím roce,“ dodává Aneta Hásková, která je absolventkou oboru nutriční terapie, který se vyučuje na 1. LF UK.

„Velmi kolegyni Háskové přeji její úspěch, který navíc ukazuje, že 1. LF UK jde ve výuce nelékařských oborů, kam nutriční terapie spadá, správným směrem. Zároveň je praktickou ukázkou spolupráce lékařů a ostatních specialistů, kteří společně o pacienty s diabetem velmi odborně pečují a díky vědecké studii navíc posouvají celý obor diabetologie kupředu,“ podotýká děkan 1. LF UK doc. MUDr. Martin Vokurka, CSc.

MUDr. Šoupal obdržel za jinou studii COMISAIR, publikovanou v témže časopise v minulém roce, cenu České diabetologické společnosti. „Výzkum diabetu má na 1. LFUK dlouhou tradici, přispíváme k rozvoji diabetologie a měníme léčbu cukrovky na světové úrovni,“ říká prof. Prázný.

Lukáš Malý

Foto: archiv 1. LF UK

Česká naděje v boji proti rakovině

V označení „DRP-104“ se možná skrývá naděje pro onkologicky nemocné pacienty. Jde o látku vstupující do první fáze klinického testování, kterou vyvinul tým **Pavla Majera** z Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR ve spolupráci s vědci z Univerzity Johnse Hopkinse v americkém Baltimoru. Úvodní fáze testování na pacientech potrvá zhruba tři roky.

Skvělá zpráva, ale na oslavy je ještě příliš brzy: „Před naší látkou je ještě dlouhá cesta a řada překážek. To, že se dostane úspěšně až do cíle, není zdaleka jisté,“ říká Pavel Majer, vedoucí skupiny Drug Discovery při Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR. Šance na medicínské využití DRP-104 je podle něj zhruba patnáctiprocentní. Musela by projít ještě dalšími dvěma fázemi klinického testování.

Jak to funguje

Klinické testy provádí firma Dracen Pharmaceuticals, která od Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR a Univerzity Johnse Hopkinse zakoupila licenci na vývoj těchto látek. Za daným účelem získala investici 40 milionů amerických dolarů. Společnost Dracen Pharmaceuticals Pavel Majer spoluzaložil. Podle něj je obvyklé, že v USA vědci sami založí firmu na následný vývoj jimi testovaných látek.

DRP-104 uvolňuje v nádorech antimetabolit DON, jenž zastavuje buněčný metabolismus glutaminu, klíčového zdroje dusíku, který potřebují ke svému růstu rakovinné buňky, a tím potlačuje rakovinné bujení. Látka se podává nitrožilně, podobně jako většina chemoterapeutik. Testy se provádí na nádorech plic a hrtanu, v budoucnu se předpokládá použití u dalších typů nádorů.

Velké naděje se kladou zejména na kombinaci této léčby s imunoterapií, která se zaměřuje na posilování obranné reakce organismu vůči nádoru. Rakovinné buňky využívají mnoho způsobů, jak oklamat buňky imunitního systému a uniknout jejich pozornosti. Během imunoterapie se proto pacientům podávají PD-1 protilátky, které mají za cíl posílit obrannou reakci organismu, aby si s rakovinnými buňkami sám poradil. Prvotní testy na zvířatech ukázaly, že při použití látky DRP-104 jsou metabolicky strádající buňky citlivější na PD-1 protilátky a imunoterapeutická léčba je tak výrazně účinnější.

Bezpečnost především

„Většina z neúspěšných látek skončí z důvodu nedostatečné účinnosti, mnohem menší část kvůli vedlejším účinkům. V našem případě se jedná o prolečivo uvolňující DON, jehož efektivita byla již opakovaně prokázána. Jde nám tedy hlavně o eliminaci vedlejších účinků,“ vysvětluje Pavel Majer. Zároveň upozorňuje, že úspěšnost testování onkologických léčiv je v průměru nižší než u ostatních léků. Účelem první fáze klinických testů je hlavně ověření bezpečnosti a stanovení správné léčebné dávky pro následnou fázi.

„Než se potenciální lék poprvé dostane do fáze klinických testů na lidech, musí projít dlouhou cestou a mnoha dílčími zkou-



RNDr. Pavel Majer, CSc. je šéfem skupiny Drug Discovery v Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR.

kami. Většinu kandidátních látek se to nikdy nepovede. Zahájení klinických testů je tak samo o sobě velmi vzácný úkaz a výraz velké důvěry k této molekule. Jsme pyšní, že se něco takového povedlo další látce vymyšlené v našem ústavu,“ uzavírá Zdeněk Hostomský, ředitel Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR.

Právě zde působil významný chemik Antonín Holý, průkopník základního výzkumu v syntetické a medicínské chemii modifikovaných nukleosidů a nukleotidů a objevitel antivirotik používaných klinicky při léčbě virových onemocnění. Díky nadstandardním příjmům plynoucím z licencí na léky, které pomáhají pacientům s HIV, může pracoviště štedře podporovat inovativní nápady, mladé vědce a špičkovou vědu a výzkum.

Zdroj a foto: AVČR

Kdy bude lék na covid-19?

Pozornost všech se nyní upírá k výzkumníkům, kteří se snaží najít odpověď na covid-19. Zatím žádný lék registrován nebyl.

Farmaceutické společnosti, vybavené vědomostmi z dřívějších virových epidemií (např. SARS, MERS, chřipka, HIV) společně s akademickými centry i malými a středními podniky pracují na vývoji potřebných diagnostických metod, vakcín a léčiv, které by pomohly nemocným na celém světě. „Přestože zatím žádný lék registrovaný není, probíhá více než 200 klinických studií. Čtyři přípravky jsou aktuálně schválené pro emergentní využití v USA, jeden z nich je na základě podmíněčné registrace Evropskou

lékovou agenturou dostupný také u nás,“ uvádí Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, LL.M., výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP).

Od počátku pandemie se farmaceutické společnosti intenzivně účastnily boje proti koronavirové nákaze. Ve svých databázích vyhledávaly potenciálně vhodné molekuly/přípravky, které by bylo možné využít v boji proti SARS-CoV-2 (např. inhibitory ACE, proteázové inhibitory nebo imunoterapeutické metody). Mnohé společnosti se zapojily

do společných výzkumných projektů, např. evropské Iniciativy pro inovativní léčiva a její 21. výzvy s cílem nalézt nové způsoby léčby a diagnostiky onemocnění covid-19.

Od antivirotik až po imunomodulanty

Dnes probíhají intenzivní klinická hodnocení nových léčiv, či starších léčiv v nové indikaci SARS-CoV-2. Z dat evropského registru klinického hodnocení (European

Union Clinical Trials Register) vyplývá, že celkově probíhá více než 200 klinických studií potenciálních léčiv na covid-19. Jedná se například o antivirotika, přípravky buněčné terapie, přípravky genové terapie a imunomodulační přípravky.

V celosvětovém měřítku je v současné době jedním z největších společných výzkumných projektů akademické sféry a farmaceutického průmyslu studie SOLIDARITY, iniciovaná WHO, a zejména její „evropská sestra“, mezinárodní klinická studie DisCoVeRy. Jedná se o klinické hodnocení koordinované francouzským institutem Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Hodnocení probíhá v desítkách center klinického hodnocení v několika evropských státech a zaměřuje se na souběžný výzkum nejnadějnějších existujících léčiv, která by mohla pomoci

v boji s koronavirem. „Na základě výsledků dosavadního testování probíhá aktuálně již jen hodnocení přípravku Veklury (remdesivir), nicméně očekává se, že se do hodnocení přidají i další přípravky,“ vysvětluje Jakub Dvořáček. Ve Spojených státech je situace jiná než v Evropě. Zde jsou 4 přípravky schválené k výjimečnému, tzv. emergentnímu použití (a to včetně Veklury). „Je však nutné mít na paměti, že se stále jedná o přípravky ve stadiu klinického hodnocení, které lze experimentálně využít jen v některých případech podle zdravotního stavu a fáze onemocnění konkrétního pacienta. Některé přípravky je vhodné nasadit v počátečních fázích nemoci, jiné jsou naopak vhodné pro velmi těžce postižené pacienty. Nejedná se (zatím) o plošné řešení pro všechny nemocné,“ vysvětluje Jakub Dvořáček.

Na výzkum a vývoj léčiv na SARS-CoV-2 se vztahují stejná mezinárodně platná pravidla jako na ostatní léčivé přípravky. „Vývoj zcela nového přípravku většinou trvá mnoho let a stojí až 2 miliardy amerických dolarů. V případě SARS-CoV-2 se v mnoha případech pracuje s již existujícími, registrovanými přípravky v jiných indikacích, nebo s již dříve rozpracovanými molekulami. Vývoj proto nebude tak časově ani finančně náročný. Nicméně výsledky klinických hodnocení zatím nelze detailněji předjímat. Pokud bude výzkum léčiv úspěšný, bude je čekat zhodnocení a případné schválení nezávislými regulátory. Vzhledem ke stávající situaci je posuzování vhodnosti použití těchto přípravků obvykle prováděno v prioritním režimu,“ dodává Dvořáček.

Zdroj: AIFP

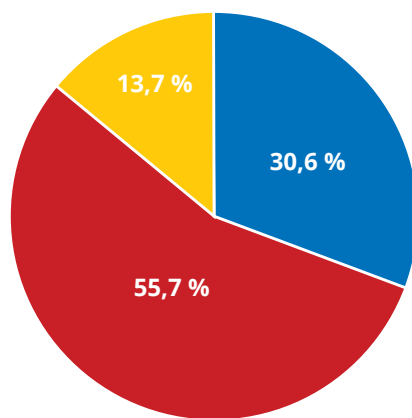
Chování pacientů během druhé vlny koronavirové pandemie

Ačkoliv se druhá vlna pandemie covidu-19 projevila v mnohem větší síle než ta jarní, Češi stále hazardují se svým zdravím. Výsledky průzkumu České asociace farmaceutických firem ukazují, že část populace snížila počet návštěv u lékaře a menší část vysadila pravidelně užívané léky na předpis nebo změnila jejich dávkování.

Podíl pacientů, kteří pravidelně chodí k lékaři, ale úmyslně snížili počet návštěv zdravotnických zařízení, činí 16,6 %, což je každý šestý. Jedná se o stejný jev, jaký jsme pozorovali už na jaře, včetně dalšího, a to, že vysadit nebo změnit dávkování léků na předpis jsou stále ochotní 4 ze sta Čechů. Tyto varovné trendy v patientském chování se vyskytují v menším rozsahu než na jaře, ovšem druhá vlna pandemie má násobně horší průběh.

Telemedicína usnadňuje triáž pacientů

Třetina dotázaných sáhla k lékařským konzultacím na dálku, formou elektronické komunikace se svým lékařem. Trend telemedicíny roste a umožňuje roztrždit pacienty s různě závažnými zdravotními problémy na ty, u kterých je nutný rychlý osobní zásah lékaře, ty, u nichž lze osobní návštěvu naplánovat, a ty, které lze odbavit vzdálenou audiovizuální komunikací. Pacienti se tak vyvarují společenského kontaktu, nebo jej omezí na minimum. Jen necelých 15 % těch, kteří se vydali na osobní návštěvu k lékaři, muselo čekat déle než 30 minut v čekárně. Dvě třetiny Čechů (66,7 %) v posledních 2 měsících



- Ordinace probíhala:**
- jako telefonická konzultace
 - osobně – na objednání v přesný čas – bez nutnosti delšího čekání
 - osobně – musel jsem čekat více než 30 minut v čekárně

svou frekvenci vyhledání lékařské péče nijak nezměnila.

Průzkum také ukázal, že více než polovina české populace (52,4 %) užívá pravidelně léky na předpis, necelá polovina z nich má aktuálně zásobu na 2 měsíce a déle. Optimistic-

kou zprávou je, že v případě, že by jim léky na předpis došly, řešila by to významná většina z nich distančně, pomocí eReceptu (81,3 %). I za současné situace by se však stále ještě osobně vydal pro recept k lékaři každý desátý Čech (9,9 %).

Méně samovolných zásahů do medikace

„V souvislosti se samovolným zasahováním do medikace samotnými pacienty, je z průzkumu patrné, že na rozdíl od jarní vlny pandemie, lidé tolik neriskují zdraví tím, že by pravidelně užívané léky na předpis vysadili nebo změnila jejich dávkování. Nyní by k takovému kroku sáhlo poloviční množství pacientů oproti jaru, tedy 4,1 %, což stále považujeme za alarmující zprávu, byť se jedné o zlepšení oproti jaru,“ komentuje výsledky průzkumu Martin Mátl, výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem.

Průzkum byl realizován s využitím platformy Ipsos Instant Research. Sběr dat probíhal on-line formou v říjnu 2020. V on-line dotazníku odpovídalo celkem 1100 respondentů v reprezentativním zastoupení podle věku, regionu, velikosti bydliště a vzdělání. (ČAFF)

Láska a sex za časů koronaviru

Tým Laboratoře evoluční sexuologie a psychopatologie v Národním ústavu duševního zdraví reagoval na nastalou situaci on-line výzkumem vlivu pandemie covid-19 na oblast sexuality. Zkoumali situaci v Česku.

Dopady pandemie nemoci covid-19 na lidskou psychiku jsou nezanedbatelné, což dokládá řada studií. Zhoršené psychické zdraví a dopad restriktivních opatření zavedených v souvislosti s pandemií se pak v zásadní míře mohou promítat do různých životních oblastí, sexualitu nevyjímaje. Zahraniční výzkumy z oblasti sexuality poukazují zejména na snížení frekvence sexuálních aktivit, snížení sexuální touhy, snížení sexuální spokojenosti, nárůst partnerských konfliktů a sexuálního násilí. Tým Laboratoře evoluční sexuologie a psychopatologie v Národním ústavu duševního zdraví (NÚDZ) se v březnu 2020 rozhodl reagovat na nastalou situaci realizací on-line výzkumu „Láska a sex za časů koronaviru“, který se zabýval širokou škálou témat, od otázek týkajících se frekvence sexuálních aktivit, míry sexuální touhy, partnerské komunikace, konfliktů či sexuálního násilí až po užívání antikoncepčních prostředků a mnohých dalších. „Výzkum byl spuštěn ve třech vlnách, a to vždy s měsíčním rozestupem. Získaná data tedy pokrývají období od dubna do července, a poskytují tak náhled na proměny zkoumaných

oblastí v čase, protože účastníci byli při prvním vyplňování dotazováni i na jejich vnímání zkoumaných oblastí před samotným začátkem pandemie. Do první vlny výzkumu se zapojilo více než 2 500 účastníků, do druhé vlny 1 400 účastníků a do třetí vlny 800 účastníků,“ popisuje Mgr. Kateřina Klapilová, Ph.D. z NÚDZ v Klecanech u Prahy.

Výsledky poukázaly na odlišné prožívání koronavirové krize u zadaných a nezadaných účastníků. U lidí, kteří trávili dobu pandemie po boku partnera, docházelo k nižším poklesům životní spokojenosti oproti nezadaným účastníkům. U nezadaných se zvýšila motivace najít si partnera ve srovnání s dobou před pandemií. To se však nepromítlo do návštěvnosti seznamek – zde nebyl zaznamenán žádný nárůst, podobně jako u konzumace pornografie, kde u nezadaných účastníků došlo pouze k mírnému zvýšení. Jak zadaní, tak nezadaní účastníci tohoto výzkumu vykazovali zvýšenou sexuální touhu, což se liší od výsledků výzkumů publikovaných v zahraničí. Zvýšená sexuální touha se však nepromítala do zvýšené frekvence sexuálních aktivit.

Větší emocionální blízkost – větší spokojenost

Jako významný stresor, který vstupoval do vnímané sexuální spokojenosti v párech během pandemie, se ukázal stres z času společně stráveného s partnerem. „Účastníci s vyšším skóre zmíněného stresu častěji vykazovali pokles partnerské spokojenosti a naopak. Dalším silným stresorem pak byla péče o děti. Jiné zkoumané stresory (např. strach z nákazy nebo obavy o zdraví) neměly na sexuální spokojenost významný vliv,“ říká doktorka Klapilová.

A jak pandemie ovlivnila partnerské vztahy celkově? „30 % párů uvedlo negativní dopad pandemie na jejich vztah, 33 % neutrální dopad a 37 % pozitivní dopad. U zadaných účastníků výzkumu se také během pandemie zvýšila vnímaná emocionální blízkost s partnerem. Ta byla důležitá pro udržení spokojenosti ve vztahu – čím větší emocionální blízkost s partnerem účastníci pociťovali, tím méně často u nich docházelo k poklesu spokojenosti ve vztahu. Naopak lidé, kteří označili emocionální blízkost s partnerem za nižší, vykazovali během pandemie častěji pokles spokojenosti ve vztahu,“ vysvětluje doktorka Klapilová.

Za jeden z nejvíce alarmujících dopadů pandemie covid-19 v oblasti sexuality je považován nárůst sexuálního násilí a problematického sexuálního chování v online prostředí. Tým projektu Parafilik z NUDZ se proto rozhodl na současnou situaci reagovat dočasnou nabídkou telefonických a online konzultací pro osoby s problematickým sexuálním nastavením a osoby jim blízké, které se v současné době ocitly ve stavu akutní krize a uvítaly by podporu při zvládnutí své sexuality. Informace o službě a kontaktech naleznete v nejbližší době na webových stránkách www.parafilik.cz.

Mezinárodní výzkum zkoumal sexuální touhu v partnerství

Tým výzkumníků z Laboratoře evoluční sexuologie a psychopatologie NUDZ se také spolu s vědci z Chorvatska, Německa,





Francie, Nizozemí, Portugalska, Švédsko a Turecko zapojil do mezinárodní studie „Změny v sexuální touze lidí žijících v partnerství“. Ta proběhla formou online dotazníku v období května až července 2020 a byla zaměřena na účastníky žijící v partnerství, kteří v době pandemie žili ve společné domácnosti. Výzkumu se zúčastnilo celkem 4 813 účastníků, za Česko jich bylo 507. Žádné změny v sexuální touze nepocítovalo 53 % účastníků, 19 % pocítovalo snížení (častěji ženy) a 28 % pocítovalo zvýšení sexuální touhy (častěji muži).

Procenta účastníků pocítujících stabilitu či změny sexuální touhy byla napříč zeměmi poměrně srovnatelná, studie se však snažila vysvětlit také to, u jakých typů párů zůstává sexuální touha pod vlivem krize stabilní, a u jakých se mění pozitivním či negativním směrem.

Faktory, které během pandemie napomáhaly udržení stabilní sexuální touhy, byly zejména spokojenost ve vztahu, emoční blízkost a dobré psychické mechanismy pro vypořádání se s pandemií. Velmi důležitým faktorem byla také obecná motivace

k sexuálním aktivitám, tedy to, zda lidé v partnerství přistupují k sexuálním aktivitám primárně s cílem zaměřit se na vlastní potěšení nebo spíše na partnerovo potěšení. U osob, které jsou v sexu primárně zaměřené na potěšení partnera či se sexu v partnerství spíše vyhýbají, docházelo k poklesu sexuální touhy. V rámci studie je dále plánována hlubší analýza interkulturních rozdílů a také kvalitativní analýza odpovědí.

Výsledek: zvýšená sexuální touha, větší spokojenost zadaných, ale i stres z času stráveného s partnerem

„Rádi bychom nyní pozvali veřejnost k účasti na poslední z námi plánovaných studií. Jde o mezinárodní výzkum konsorcia I-SHARE, který realizujeme společně s výzkumnými týmy z 33 dalších zemí. Výzkum je připraven ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a zaměřuje se na sexuální a reprodukční zdraví a dostupnost zdravotnické péče v souvislosti s pandemií covid-19. V tuto chvíli je velmi důležité, abychom data z první a druhé vlny pandemie za ČR zařadili do celosvětových statistik,“ uzavírá Kateřina Klapilová. Anonymní dotazník, jehož vyplnění zabere přibližně 15 minut, najdete na www.sexlabnudz.cz.

(NÚDZ)

Inzerce ▼ M201000055

Peugeot děkuje všem z první linie

Nenahraditelná, obdivovaná, ale také nebezpečná a náročná, to je první linie. Všichni na ni spoléhají, i když ne každý se do ní chce dostat. Je však spousta profesí, v nichž není na výběr, prostě se musí do terénu za všech podmínek. Jde hlavně o záchranáře, zaměstnance hygienických stanic nebo zdravotnických laboratoří a personál nemocnic, LDN, ústavů péče a sociálních služeb.

Mezi ty, kdo by nyní těmto odvážným a obětavým lidem chtěli poděkovat, se zařadila i značka Peugeot v ČR. Pro zákazníky vykonávající povolání v první linii výrazně snížila ceny svých nejprodávanějších modelů. Mohou si tak pořídit například osobní dodávku **Peugeot Rifter** se sedmiletou zárukou za 404 000 Kč. S využitím znač-



kového financování Live! navíc získají slevu 10 000 Kč. **Více na peugeot.cz**

Medikomiks vysvětluje dětem, co to jsou vážné nemoci

Po kreslených příbězích o hemofilii a lymfomu vznikl ve spolupráci s lékaři, pacienty a jejich rodinnými příslušníky nový díl Medikomixu zaměřující se na karcinom prsu. Všichni autoři do něj vložili své praktické zkušenosti a příběh odráží skutečné dění v české rodině.

Medikomixy jsou kreslené příběhy srozumitelně vysvětlující dětem, jak funguje lidské tělo, proč vznikne nemoc, co se děje během léčby a jak správně pomoci nemocnému v rámci rodiny. Nastavení správné atmosféry, komunikace a vzájemného porozumění je nejen z pohledu pacienta, ale i ostatních rodinných příslušníků velice důležité. Za projektem Medikomiks stojí biotechnologická společnost Roche, která se věnuje i vzdělávání pacientů a laické veřejnosti.

Medikomixy ulehčují oběma stranám pochopení nové situace a usnadňují komunikaci v náročné fázi života.

Čtenáři Medikomixů se v každém díle setkají se superhrdiny Mikrony. Ti zavedou rodiče a jejich děti do tajuplného Mikrosvěta, tedy lidského organismu. Zde jim ukazují, jaká je příčina, průběh a léčba závažných onemocnění. „Pro mnohé rodiče může být rozhovor s dítětem o vážné nemoci velmi náročný. Nevědí, jak takové téma dětem správně vysvětlit, váhají, zda to vůbec má smysl a opomenout nelze ani emoční náročnost takového rozhovoru. Medikomixy ulehčují oběma stranám pochopení nové situace a usnadňují komunikaci v náročné fázi života,“ vysvětlil MUDr. Jiří Pešina, ředitel komunikace společnosti Roche.

Medikomixy přebírají úlohu rádců i učitelů a rodiče tak mají po ruce pomocníka, který otevře diskusi o velmi vážném tématu a pomůže jej srozumitelnou a hravou formou vysvětlit dítěti. „Největší přínos vidím v tom, že dítě si na příběhu může uvědomit, že za nemoc maminky nemůže. Vztahy jsou o komunikaci a při rakovině spolu lidé musí hovořit. Někdo o vážné nemoci neumí mluvit otevřeně, proto je Medikomiks pomocníkem a dobrým vodítkem,“ popsala Dr. Mgr. Zuzana Nemčíková, psycholožka, která má opakovanou osobní zkušenost s karcinomem prsu.



Kromě bezplatné online verze, dostupné exkluzivně na www.medikomiks.cz, jsou komiksy pro pacienty a jejich blízké k dispozici také v tištěné podobě, a to ve vybraných patientských organiza-

cích a centrech: Český svaz hemofiliků, Hemojunior, Lymfom Help, Bellis mladé ženy s rakovinou prsu a Aliance žen s rakovinou prsu.

(red)

Španělská chřipka – pandemie se závratnou bilancí obětí

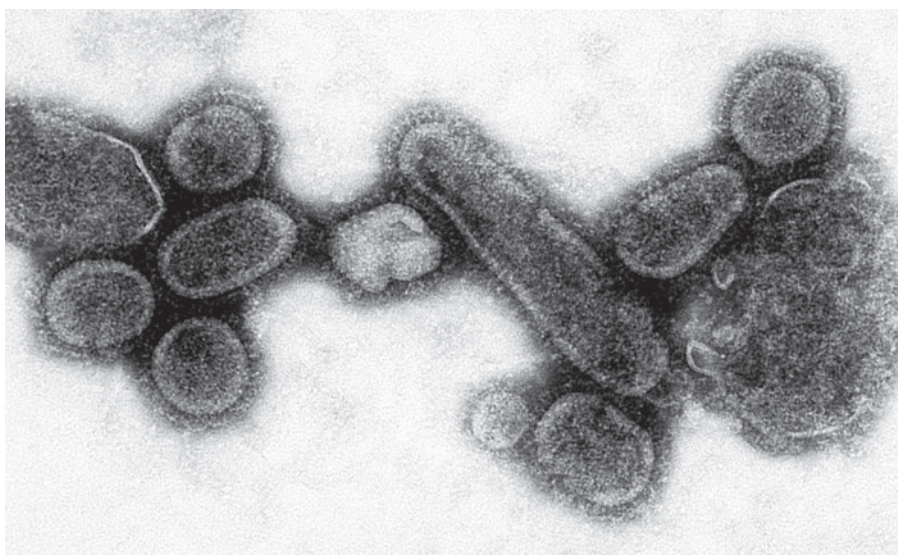
Za konec 1. světové války se pokládá 11. listopad 1918, kdy od 11 hodin zavládlo na všech frontách příměří. Konec útrap vojáků i civilních obyvatel však nastal jen částečně. Po všech kontinentech se už šířila jiná než válečná epidemie – pandemie španělské chřipky. Její dopad na obyvatelstvo byl katastrofální. Obětí bylo podle různých pramenů 50-100 milionů.

Úplně neočekávaná tehdy pandemie nebyla. První, relativně mírná vlna španělské chřipky nastoupila na jaře a na počátku léta, v Evropě a v USA. V pozdním létě a na podzim 1918 byla následována druhou vlnou spjatou s neobyčejně vysokou mortalitou, která ztratila v Evropě na razanci až v listopadu téhož roku. Na mnoha místech však probíhala ještě na přelomu let 1918/19, zvláště v lednu a únoru 1919, třetí vlna, rovněž spojovaná s vysokou úmrtností, po které v roce 1920 na mnoha místech následovala ještě obzvláště virulentní čtvrtá vlna.

U pandemie v letech 1918/19 byly častěji pozorovány recidivy i nebezpečné zápaly plic spojené s těmi nejtěžšími komplikacemi jako například empyémy nebo plicní krvácení. Markantním rysem byl celkový obecně hemoragický charakter. Na chřipku umírali lidé fyzicky zdatní, dobře živení, nejen slabí a podvyživení.

Whisky, chinin, Aspirin

Poté co vešly ve známost první případy chřipky, byla roku 1918 nastolena otázka, jak možné hrozící infekci uniknout. K me-



Viriony španělské chřipky (H1N1) pod elektronovým mikroskopem. V roce 1918 ještě původce nemoci přesně neznali, a proto bylo velmi těžké se jí bránit. Foto: Wikipedia

dikamentózní prevenci infekce lékaři doporučovali chinin v dávkování od 0,2 g do 0,3 g 3× denně, který měl zmírnit průběh nemoci, ale i zabránit jejímu vypuknutí. Většina klinických lékařů tento názor nesdílela, přesto prodeje chininu dosahovaly rekordní úroveň.

Na rozhraní mezi léčitelstvím a lidovou medicínou, ale i mezi profylaxií a terapií, se těšily velké popularitě alkoholické nápoje, ať už rum (čaj s rumem), grog, svařené víno nebo medicínální koňak. V Anglii byla od prosince 1918 whisky dokonce na recept.



Zdravotníci v ochranných oděvech.

Foto: Public domain

Nedůvěra v roušky může být dědičná

Stejně jako při současné pandemii covidu-19 se i tehdy všude připomínala úzkostlivá a důkladná hygiena. V hostincích a kavárnách má být používán přinesený příbor a vlastní sklenice na pití, člověk si má několikrát denně vyčistit ústa a před jídlem důkladně umýt ruce. Aktuálním požadavkem byla prostorová separace nemocných členů rodiny. V tisku je ostře kritizováno tradiční podávání ruky. Bylo doporučováno omezit pozdrav na pokrčení obočí či úklon hlavou. Za účinné opatření proti šíření chřipky se už tehdy pokládalo i nošení roušek.

Dne 27. 5. 1918, v Den obětí války, umírá v New Yorku na zápal plic americký podnikatel s nemovitostmi a restaurátér německého původu Frederick Trump. Přistěhovalec z Karlstadu ve Falcii je jednou z raných obětí španělské chřipky. O necelých 100 let později se jeho vnuk stal prezidentem Spojených států.

Historické kazuistiky s klinickými diagnózami

1. Služka, 35 let, onemocněla 12. října, pocituje opakovaně mrazení a celkovou malátnost, v 1. týdnu nemoci časté krvácení z nosu a silné bolesti hlavy, kašel, bez hlenů. Až 19. října silně krvavý výmětek a pocit stísněnosti. Stolicе zpočátku 2× vodnatá, poté normální. Během dalšího průběhu útlum nad spodními plicními laloky a šelest na celé pravé straně.

Teplota až 40 °C, sputum krvavé, pneumonické. Později výmětek hnisavější, pacientka se stává otupělou, hodně sténá. 24. října pokles teploty na 37 °C, puls slabý, 128/ min, 25. října smrt v důsledku srdeční slabosti. Dg: pneumonie způsobená chřipkou, hnisavá bronchitis haemorrhagica.

2. Železniční dělník, 14 let, přivezen na lékařskou kliniku umírající. Silně cyanotický. Nad oběma plícemi chrastivé zvuky. Puls stěží hmatný. Exitus jednu hodinu po příjmu. Dg: chřipka.

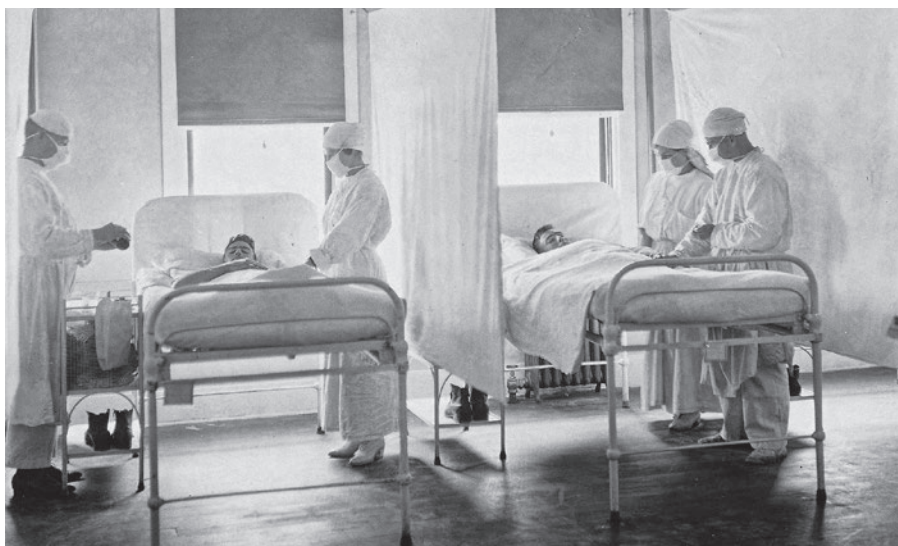
3. Manželka pekaře, 24 let, onemocněla 13. října 1918 horečkou, celková malátnost, bolesti hlavy a na prsou, bez výmětka. Objevily se rovněž bolesti v břiše a zádech. Silné krvácení z nosu třetí den nemoci. Denně 4–5× průjmová stolice. Pacientka ulehla hned po prvních projevech nemoci na lůžko. 22. října exitus letalis. Dg: chřipková pneumonie, enteritis, zvětšení srdce, gravidita.

S použitím textu:

<https://odbornost.avenier.cz/cz/spanelska-chripka-pohled-do-historie>
(red)



Nos roušku, nebo jdi do vězení! Kalifornie, 1918. Foto: Mill Valley Public Library / Public domain



Pacienti s chřipkou v listopadu 1918. Nejsilnější vlna nemoci už slábla, ale za dveřmi byla další. Foto: U.S. Naval History and Heritage Command / Public domain



Nouzová pohotovostní nemocnice postavená pro nemocné španělskou chřipkou v americkém Brookline (Massachusetts). Foto: NARA / National Archives / Public domain

Hitlerův ušlechtilý Žid

Ironií dějin byl osud Eduarda Blocha, domácího lékaře matky Adolfa Hitlera. Skromnému lineckému „lékaři chudých“ dal Vůdce ještě před vpádem do Rakouska přízvisko „ušlechtilý Žid“ a poskytoval mu sice podivnou, ale přece jen ochranu. Privilegium to bylo o to mimořádnější, že se Bloch odmítl stát „čestným arijcem“.

Krajan jazyka německého

Eduard Bloch se narodil v roce 1872 v Hluboké nad Vltavou, byl tedy našim krajanem. Panství Hluboká náleželo krumlovské linii Schwarzenbergů, rodu tradičně vlivně nakloněnému Židům. Za věrné služby od nich Blochovi obdrželi některá z privilegií, jež centrální vídeňská vláda přiznala Židům až mnohem později, například složit maturitu a studovat na univerzitě. Eduardův otec díky tomu absolvoval pražskou filozofickou fakultu. Celý život pak pracoval jako správce na schwarzenberském panství a vedle své práce po nocích pěstoval biblickou vědu.

Jeho syn Eduard Bloch měl po celý život silný sentimentální vztah k jižním Čechám a ještě jako starý muž hrdě a láskyplně napsal: „Zámek Hluboká, zbudovaný kolosálním nákladem ve stylu zámku ve Windsoru, je po Versailles považován za nejnádhernější evropský zámek. V jeho nitru se ukrývají nejvybranější umělecké poklady nezměrných hodnot.“ Poklady materiálními ale rozhodně neoplývali Blochovi, nevlastnili více než malý domek na cizím pozemku a tam žila celá velká rodina. Doma se mluvilo německy, venku všichni hovořili česky i německy, podle potřeby. Otázku jazyka a národnosti na jihu Čech tehdy jako problém ještě nikdo neřešil.

Po Praze raději s revolverem

Národnostně komplikované dějiny střední Evropy dostihly Eduarda Blocha až v Praze, kam z jižních Čech roku 1891 přišel za univerzitním studiem. Pražská univerzita už byla rozdělena na českou a německou část a Bloch se rozhodl pro medicínu na německé lékařské fakultě.

90. léta 19. století v Praze byla bouřlivá národnostními boji, především mezi německými buršáky a mladočeskými studenty. Záměrně vyvolávané „kravály“, surové potyčky, se odehrávaly na ulicích, s oblibou na známém korzu Na Příkopě, případně v hospodách. Češi chtěli „českou Prahu“, Němci se nechtěli bez boje vzdát svých po staletí silných pozic a navíc slovanský živel tradičně považovali za méněcenný. Strach z potyček a dobový antisemitismus, který gradoval při hilsneriádě, Blocha přiměl nosit



u sebe revolver, naštěstí jej ale nikdy nemusel použít.

Koncem roku 1899, uprostřed antisemitických bouří, absolvoval třetí a poslední rigo-rózum – bylo z chirurgie, porodnictví, očního lékařství a soudní medicíny. Již tři dny po něm obdržel doktorský diplom, s hodnocením *summa cum laude*, tedy s nejvyšším významáním. Na místo v Praze přesto neměl vyhlídky a nevzpomínal na ni v nejlepším.

Milostivou paní je každá pacientka

Po studiu byl mladý lékař povolán na vojnu, což znamenalo pracovat 6 měsíců v některé vojenské nemocnici. Dopadl velmi dobře, byl přidělen k posádkové nemocnici v Linci. Služba nebyla těžká, představení byli vlivní a poměry v tehdy provinčním městě ve srovnání s bouřlivou Prahou všeobecně idylické. Záhy dostal na starost vedení celého interního oddělení nemocnice a během krátké doby si jako lékař získal dobrou pověst. Vytvořil si prosperující privátní praxi pro rodiny důstojníků i civilní osoby.

Po skončení vojenské služby se rozhodl zůstat v Linci a vykonávat povolání praktického lékaře. Pacientů mu utěšeně přibývalo a během několika málo let se stal nejzaměstnanějším lékařem ve městě. Jeho ordinace byla kdykoli otevřena každému, kdo jej potřeboval, a k tomu, kdo za ním nemohl, dojel jednospréžkou, kterou si sám kočíroval. O desítky let později psal ve svých pamětech:

„Nikdy jsem nečinil sebemenšího rozdílu mezi chudým a bohatým. Vyhověl jsem každému volání nemocného o pomoc, i za nechlazenějších zimních nocí, takže moje stálá ochota pomoci se stala téměř příslovečnou.“ Sebehodnocení zřejmě nebylo nadsazené, Eduard Bloch byl v Linci velmi oblíbený a o „doktorovi chudých“ kolovalo i mnoho vlivných historek. Podle jedné z nich měl ve zvyku každou pacientku, ať chudou či bohatou, oslovovat „milostivá paní“, a pokud se některá „mamička“ takovému oslovování bránila, dostalo se jí poučení: „Milostivou paní se stáváte tím, že přijdete ke mně, že jste mojí pacientkou.“

Nepříznivá diagnóza paní Hitlerové

14. ledna 1907 se do Blochovy ordinace dostavila nová pacientka a požádala jej o důkladné vyšetření. Stěžovala si na bolesti na hrudi, někdy tak silné, že pro ně nemůže v noci spát. Doktor Bloch ji zevrubně vyšetřil a jeho diagnostický závěr byl jednoznačný: zhoubný novotvar.

„Jestliže i dnes,“ napsal v roce 1941, „v době, kdy technika operací a ozařování dospěly značné dokonalosti, znamená takováto diagnóza vysoký stupeň ohrožení života, pak tehdy byla rovna rozsudku smrti. Touto bledou, pomoc hledající ženou byla Klara Hitlerová, matka Adolfa Hitlera. Pacientce jsem o svém smutném nález samozřejmě nic neřekl, jak je to v takovém případě jen možné, naznačil jsem však nutnost operace. Zatím jsem jí předepsal prostředek na tlášení bolesti, který jí měl alespoň v noci ulevit. Pozval jsem si k sobě děti paní Hitlerové a nález jsem jim sdělil: jediná možnost jak prodloužit život jejich matce je radikální operace. Na zlou diagnózu reagoval mladý Adolf Hitler dojemně. Jeho protáhlá bledá tvář byla vyděšená. Z očí se mu řinuly slzy. To nemá jeho matka žádnou šanci? ptal se. Teprve později jsem si uvědomil, jak velká byla láska mezi matkou a synem. Vysvětlil jsem mu, že má šanci, ale malou. Dokonce i tato malá jiskřička naděje mu poskytla útěchu.“ Šanci předvídat, co se jednou stane z tohoto milujícího syna, ovšem laskavý židovský lékař neměl.

Pohlednice z Vídně

Klara Hitlerová přijala diagnózu statečně a souhlasila s operací. Eduard Bloch pak požádal svého přítele dr. Karla Urbana, primáře chirurgie v linecké Nemocnici Milosrdných sester, aby se riskantní operace ujal. Starostlivý syn trval na tom, aby matka nebyla umístěna ve velkém a přeplněném nemocničním pokoji, ale v pokoji zvláštní třídy. Pobyt v něm stál 5 místo 2 korun denně (cca 25 namísto 10 eur, v přepočtu na dnešní kupní sílu). Zdravotní pojištění neexistovalo a celkově tak dvacetidenní pobyt v nemocnici stál přesně tolik, kolik činila měsíční vdovská renta Klary Hitlerové.

18. ledna 1907 byla pacientka operována. Na její prosbu byl na sále přítomen i doktor Bloch. Výkon se podařil. Jak starostlivě Eduard Bloch přistupoval ke svým pacientům a jejich rodinám, dokresluje skutečnost, že už dvě hodiny po operaci navštívil děti vdovy Hitlerové, které doma čekaly na jeho zprávu o výsledku operace. Vzal na sebe úkol nemocnou doléčovat a stal se domácím lékařem celé rodiny, včetně tehdy sedmnáctiletého Adolfa.

Na podzim toho roku se Adolf Hitler vydal do Vídně, neúspěšně se tam pokoušel dostat na Akademii výtvarných umění. Z Vídně lékaři poslal pohlednici se zcela banálním pozdravem a díky za péči. Takové pohlednice Blochovi od Hitlera přišly celkem dvě. Jako nežádoucí svědectví o kontaktu Vídce s neříjcem obě o desítky let později zabavilo gestapo. Písemný projev díky Adolfa Hitlera židovskému lékaři byla v očích nacistů blamáž, a když už se přihodila, doklad o ní musel zmizet.

Už jen morfin a jodoformové obvazy

Stav Klary Hitlerové se od podzimu rychle zhoršoval, protože se vytvořily metastázy. Od konce října byla ležícím pacientem a Eduard Bloch za ní denně dojížděl do bytu. A protože byl zvyklý se také denně v synagoze modlit za každého svého aktuálního pacienta, jistě tak činil i za Klaru Hitlerovou. Klačiny bolesti už byly nesnesitelné a lékař sáhl po nejsilnějším prostředku, který měl k dispozici, totiž k jodoformu. Každodenně jím napustil gázu, přiložil ji na otevřenou hnisající ránu a ovázal. Nešlo o léčení, to již v tomto stadiu ani nebylo možné, ale o mírnění nesnesitelných bolestí a ošetření otevřené rány. Úlevu od bolestí jí nadlouho nepřinášely už ani injekce s morfiem.

Bloch s ní hluboce soucítil, ještě v newyorském exilu v roce 1941 vyprávěl: „Na Kla-



ru Hitlerovou těch dní nikdy nezapomenu. Bylo jí tou dobou 47 let, byla vysoká, štíhlá a docela hezká, i když poznamenaná nemocí. Mluvila jemným hlasem, byla trpělivá a starala se víc o to, co bude s její rodinou, než o svou blízkou smrt. „Adolf je ještě tak mladý,“ opakovala neustále.“ Předvídatost matky ale možná zahrnovala i temnější obavy, než zachytil Bloch. Jak napsal August Kubizek, Hitlerův přítel z té doby: „Adolf mířil do naprostého neznáma. Ta myšlenka matku trápila bez ustání.“

Kdo by tušil, co z něj bude

Paní Hitlerová zemřela v noci na 21. prosince 1907, tedy zhruba rok od stanovení diagnózy. Ráno přijel dr. Bloch do domu zemřelé vystavit úmrtní list a našel Adolfa sedět vedle mrtvé matky. Lékař po letech vzpomínal, jak tehdy ještě zůstal chvíli s rodinou a pokoušel



se mírnit zármutek. „Objasnil jsem jim, že smrt je v tomto případě vykoupením – a oni to chápali. Ve své profesionální praxi jsem zažil hodně scén při úmrtí v rodině, ale žádná na mě neudělala tak hluboký dojem. Za svou kariéru jsem neviděl nikoho, kdo by byl tak zdrcen smutkem jako Adolf Hitler.“ Na tomto místě je třeba zdůraznit, že takto hovořil na jaře 1941 v rozhovoru pro americký časopis Collier's. Nad takovým sdělením museli američtí čtenáři upřímně žasnout, protože Hitler byl už před americkým vstupem do války ztělesněním zla.

I sám Eduard Bloch ve svých pozdních vzpomínkách na syna Klary Hitlerové přiznal bezradně: „Ani jediný člověk na světě by tehdy ani v nejmenším nebyl tušil, že jednou bude ztělesněním vši špatnosti.“ Ale starý lékař trval na své pravdě, navzdory všemu svěmu rozčarování ze zločince, kterým se Hitler už stal. Osmnáctiletý Adolf, jehož dobře znal, byl podle něj citlivý zdvořilý mladý muž, jenž bezmezně miloval svou matku. Důvody jeho proměny byly záhadou i Blochovi. Po roce 1907 se ostatně s Hitlerem už nikdy nesetkal.

Na ja, kdyby všichni byli takoví...

Několik let po matčině smrti se mladý Hitler, pocházející z Lince, podívoval ve Vídně tomu „množství Židů v dlouhých kaftanech s černými lokny“ a v „Mein Kampf“ o dalších několika letech později psal: „Je tohle také Žid? To byla moje první myšlenka. V Linci takhle nevypadali.“ Zatímco Adolf Hitler odešel do Vídně, do Mnichova a ještě později ovládl Berlín i celé Německo a chystal se na zábor Rakouska, v němž se v průběhu 30. let se silicím antisemitismem zhoršovaly podmínky i židovským lékařům, doktor Bloch zůstal v Linci. Při jedné návštěvě Obersalzbergu, kam se dalo z Lince snadno dojet, si Hitler na Blocha vzpomněl a nechal se před svými oblíbenci slyšet: „Jakpak se asi má můj starý domácí lékař Bloch? Stále ještě ordinuje? Na ja, on je výjimka, to je takový ušlechtilý Žid, kdyby všichni Židé byli takoví, nebylo by ani židovské otázky.“ Alespoň v jednom z příslušníků „méněcenné rasy“ tedy byl schopen vidět něco dobrého a poskytovat mu proti svému vlastnímu režimu částečnou ochranu.

Ale i „ušlechtilý Žid“ byl bezbranný vůči tlaku, který nacisté na Židy vyvíjeli. Již v roce 1937 zela Blochova ordinace po většinu dne prázdnotou, protože mnoho pacientů ztratilo odvahu objevit se u židovského lékaře. Linecké gestapo sice dostalo příkaz poskytovat mu jisté úlevy, nicméně velmi rozhořčeně odmítl

„velkorysou“ nabídku na jmenování „čestným árijcem“. Od roku 1938 směl ošetřovat pouze židovské pacienty, i těch však ubývalo emigracemi. Ke svému velkému štěstí už Eduard Bloch nespátřil, jak o několik let nacisté z Lince vytvářejí judenfrei město a do koncentračních táborů odjíždějí transporty s jeho pacienty i velkou částí jeho vlastní rodiny, se kterou se již nikdy nesetkal.

Dobře vychovaný chlapec

Na konci listopadu 1940 dostal Eduard Bloch od Hitlera zvláštní povolení, díky kterému mohl s manželkou legálně emigrovat do USA. Ze svého majetku a našetřených peněz si s sebou směl vzít pouze zahraniční platidla v hodnotě 16 říšských marek, ale v kontextu doby působilo jako zázrak, že vůbec směl odjet.

Během plavby z Lisabonu do New Yorku Blocha přepadly prudké bolesti břicha a s hrůzou si diagnostikoval zánět slepého střeva: „Přece mi tedy není souzeno, abych dosáhl svého cíle, ač jsem mu nablízko, musím zahynout. Kdykoli jsem totiž spatřil ruce našeho lodního lékaře, pomyslel jsem na slova žalmistova: „Nechť prosím upadnu v ruce Hospodinovy, jedině v ruce lidské at



neupadám.“ Naštěstí jsem se mylil. Většina diagnóz, které stanovíme my lékaři sami sobě, naštěstí není správná.“ Bylo to natržení břišního svalu, zahojilo se a doktor Bloch přistál v New Yorku v celkem dobré kondici.

K jeho velkému zármutku se mu v USA nepodařilo získat povolení vykonávat lékařskou praxi, protože překročil předepsaný věk, a tak už nikdy nesehnal žádnou odpovídající práci. Rozruch vyvolalo v roce 1941 Blochovo interview, kde popsal svůj dřívější srdečný vztah k mladému Hitlerovi. Novináře více zajímalo Hitlerovo sexuální chování, o kterém

už tehdy kolovaly různé zvěsti. Mezi nimi byla i komická historka o lineckém kozlovi, jenž Hitlerovi v dětském věku údajně rozdrtil genitálie. Tím měl být vysvětlen Hitlerův napadný nezájem o sexualitu.

Válečná propaganda podle všeho naléhavě potřebovala munici, Eduard Bloch jí s tím ale příliš nepomohl. Tazatele ohledně případných Hitlerových tělesných anomálií ujistil, že mladý Adolf neměl žádné „tělesné znetvořeniny“. Ani na otázku, jaké měl mladý Hitler nemoci, nemohl posloužit žádnými zvláštnostmi. Namísto toho široce líčil případy nachlazení a záněty mandlí. Při vyšetření, když pacientovi přitiskl jazyk ke spodnímu patru a snažil se čistit hnisající místa, Adolfek nikdy „bázlivě neuhýbal“. Nadchnout Ameriku nemohla ani vzpomínka na to, jak se dobře vychovaný chlapec při odchodu vždy uklonil a zdvořile poděkoval.

Dr. Eduard Bloch zemřel 1. června 1945 v Bronxu. Příběh podivné známosti lineckého lékaře chudých a jeho pacienta, jenž se později stal masovým vrahem, výborně mapuje monografie „Hitlerův ušlechtilý Žid“ rakouské historičky Brigitte Hamannové. Knihu v českém překladu vydalo nakladatelství Prostor.

Jana Jílková

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 11/2020

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 Měšťák, 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 Vojtíšková
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 Koňarik,
e-mail: konarik@mf.cz

Personální inzerce

e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

Inzerce

obchod@mf.cz

Foto na obálce:

Shutterstock.com

mladá fronta

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 Žlábku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,

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

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

Objednávky do zahraničí:

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

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrossro, 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 19. 11. 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



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 kardiiovaskulární 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: 387 874 300-01**

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

Personální inzerce
do časopisu



Zdravotnictví a medicína

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



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce ▼ XA201001854

213 zdravotní
RBP pojišťovna

Nabídka pro klienty RBP

**MAGNETICKÁ
REZONANCE
DO 4 TÝDNŮ**



magnet
213

Časově dostupný!

Indikoval vám lékař vyšetření **na magnetické rezonanci?**

Zavolejte na infolinku RBP **800 213 213**

Vše dojednáme za vás, jsme jediná ZP s touto nabídkou.

Dostanete se na magnet **bez čekání**, nejpozději do 4 týdnů.

www.rbp213.cz

Inzerce ▼ XA201001161

Inzerce ▼ ▼ XA201001977

euro'

#chcivedetvic



europredplatne.cz

Sestra roku



Děkujeme partnerům soutěže!

Generální partner:



Hlavní partneři:



Partneři:



Partner galavečera:



Mediální partneři:



Záštity:



Sestru roku podpořili:



Pořadatelé:



www.sestraroku.cz