

2
2025

Rozhovor s PharmDr. Jiřím Stránským

str. 12

www.zamcasopis.cz

Výhodný spořicí účet pro lékaře

moneta.cz/lekari

- ⊙ Kreditní karta s odměnou 5 % za tankování
- ⊙ Neúčelový úvěr bez daňového přiznání až 1 500 000 Kč se splatností až 10 let
- ⊙ Prémiový osobní účet Gold zdarma

3,0%
p.a.

Podmínky u Spořicího účtu v Kč platí pouze pro fyzické osoby podnikatele, kteří si založí Konto PRO podnikání. Platnost fixní sazby u spořicího účtu je do 29. 4. 2025. Od 30. 4. se sazba mění na repo sazbu ČNB -1,8 %. Prémiový osobní účet GOLD pro fyzickou osobu je zdarma, pokud si fyzická osoba podnikatel založí Konto PRO podnikání. Založení a vedení Konta PRO podnikání je zdarma (vč. 100 elektronických transakcí měsíčně). Vedení zdarma je v případě elektronických výpisů. Nabídka se týká podnikatelského splátkového úvěru Expres Business a revolvingového úvěru MONETA Business Card. MONETA Money Bank si vyhrazuje právo žádosti o úvěr nevyhovět. Platnost a veškeré podmínky kampaně najdete na našem webu. Bezúročné období je doba od 1. dne měsíce do 25. dne následujícího měsíce, po kterou Vám banka poskytuje čerpání úvěru bez úroku, ale pouze za podmínky, že celou vyčerpanou částku splatíte do data splatnosti uvedeného na výpisu. V případě nesplacení částky do uvedeného dne je započítáván úrok ve výši 18,99 % ročně z čerpané částky. MONETA Money Bank si vyhrazuje právo nevyhovět žádostem o sjednání výše uvedených produktů a může si vyžádat doložení výše příjmu.

 **MONETA BANK**

Představujeme novinku

prof. MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA

Srdeční selhání pro praktické lékaře

Zvyšující se prevalence srdečního selhání znamená, že o tyto pacienty se budou starat nejen praktičtí lékaři, internisté a kardiologové, ale setkají se s nimi i specialisté z dalších oborů, pokud nemocní se srdečním selháním budou jejich specializaci potřebovat. Moderní farmakologická, přístrojová a intervenční léčba srdečního selhání prodlužuje život pacientů s tímto syndromem. Diagnózu srdečního selhání je však nutné stanovit včas, prognóza nemocných i přes pokroky v léčbě zůstává srovnatelná s některými maligními nádory.

Kniha „Srdeční selhání pro praktické lékaře“ je určena nejen lékařům oboru všeobecného lékařství, ale i lékařům jiných specializací, případně studentům medicíny. Kromě přehledu moderní diagnostiky a léčby kniha obsahuje i některé praktické aspekty péče o pacienty se srdečním selháním.



Doporučená cena: 329 Kč
**Cena na e-shopu eezy.cz
265 Kč**

EEZY Publishing, s.r.o.
Vyšehrad Garden,
Na Pankráci 322/26
140 00 Praha 4

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 2/2025

www.zamcasopis.cz

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.
 Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
 prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
 doc. MUDr. Ondřej Meštík, Ph.D.
 Mgr. Jana Nováková, MBA
 prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.
 prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC
 MUDr. Ondřej Tefr
 prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
 prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
 MUDr. Jana Vojtíšková
 prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Šéfredaktorka

Bc. Petra Hátlová

Redakce

Ing. Jana Brabcová, Ph.D.
 MUDr. Lucie Hajná
 PhDr. Jana Jílková
 Mgr. Lukáš Malý
 Mgr. Barbora Vodičková

**Projektový a kreativní manažer,
technické zpracování**

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

Vydává

EEZY Events & Education, s.r.o.
 Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4,
 IČ: 07057521

Adresa redakce

Zdravotnictví a medicína
 EEZY Events & Education, s.r.o.
 Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4,
 info@zamcasopis.cz

Inzerce

kupcova@eezy.cz

Foto na obálce

123rf.com

Distribuce titulu

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

Objednávky do zahraničí

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

Objednávky SR

Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.
 Oddelenie inej formy predaja
 P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3
 tel.: +421 2 4989 3568,
 e-mail: objednavky@ipredplatne.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 „123rf.com“ jsou použity
 na základě licence.

Tisk

Grafotechna Plus, s.r.o.
 Číslo dáno do tisku 14. 2. 2025

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem
 vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© EEZY Events & Education, s.r.o., 2025
 Evidenční číslo MK ČR: E 20524,
 ISSN 2336-2987

ZDRAVOTNICTVÍ



- V estetické medicíně vždy vyhovět nelze 2
- Na rakovinu děložního hrdla zemře ročně 300 žen 4
- Ve Fakultní nemocnice v Motole provedli rekordní počet operací srdce 6
- Drastické shazování kil vyšší plodnosti nepomůže 8
- Víra pomáhá zvládat krizové situace 8
- Bílkovinu v moči si lidé mohou nechat vyšetřit u svého praktika 9
- Informační poruchy ve světle lidského zdraví 10
- Rozhovor s PharmDr. Jiřím Stránským 12
- Reformy ve zdravotnictví podporují především vzdělanější a bohatší Češi 16
- Prokazování příčinné souvislosti v medicínských sporech 18
- Nemocnice Na Homolce a 1. lékařská fakulta UK mají novou Kardiologickou kliniku 19
- Zprávy z regionů 20

MEDICÍNA



- Na 24. konferenci fetální medicíny se setkali odborníci z Česka a Slovenska 23
- Léčba rány, tentokrát napříč životem 26
- Bez sester to nejde II 28
- Hranice rizikového pití překračuje stále více žen i celých rodin 30
- Obřízka neboli cirkumcize 32
- Hypertrofie labia minora: možnosti řešení 33
- Technologie z Hollywoodu pomáhá dětem v paliativní péči 34
- Zájem o transplantaci Langerhansových ostrůvků v zahraničí roste 35
- Pacienti s epilepsií mohou žít bez záchvatů 36
- 54 procent Čechů uvádí, že se cítí osaměle, osamělost nejvíce sužuje mladé dospělé 37
- Vědci popsali DNA chromozomu Y pomocí lučního kvítí 38
- Nejsevernější lékař 39

V estetické medicíně vždy vyhovět nelze

Estetická medicína je mladý obor. Je to však obor s obrovskou expanzí. Počet pacientů a klientů, kteří vyhledávají tuto péči, raketově vzrůstá. „Do rukou lékařů, kteří se věnují estetické medicíně, se svěřují ženy, muži i velmi mladé ženy. Většinou přání lze vyhovět, ale jsou i případy, kdy lékař nevyhovět nemůže,“ říká MUDr. Monika Kavková z kliniky Be Elite Clinic.

Co stojí za rychlým rozvojem estetické medicíny?

Zejména zájem pacientů a klientů, který souvisí se životním stylem. Je to logický důsledek toho, jak je v dnešní době vnímána estetika lidského vzhledu. Estetika vzhledu hraje obrovskou roli v osobním životě, v sociálním životě, ale i v pracovním životě. Při jakémkoli setkání s člověkem je zásadní to, co vnímáme na první dobrou, jak na nás člověk vizuálně zapůsobí. Mozek tyto údaje zpracovává velmi rychle a ovlivňuje náš postoj k dotyčnému. To, zda se člověk druhému líbí, či nelíbí, má několik atributů. Tyto atributy jsou změřeny, ale i když je neměříme a nebereme je vědecky, ale pouze z pohledu životního stylu, tak požadavky a tlak na krásu a estetiku jsou v posledních letech skutečně výrazné, a to se následně odráží v růstu počtu klientů a v rozvoji a možnostech estetické medicíny.

Co je u klientek silnější, touha být krásná, nebo touha zpomalit proces stárnutí a zmírnit jeho projevy?

To je různé, každý to má v sobě trochu jinak nastavené. Z hlediska estetické medicíny dělíme naše klienty na čtyři základní skupiny.

První je anti-agingová skupina, druhá skupina je beautyfikační, třetí je transformační a čtvrtá je korekční.

Do anti-agingové skupiny patří starší ženy. Jsou to ženy, které chtějí vypadat svěže. Nechtějí žádné zásadní úpravy svého vzhledu a nechtějí, aby na nich zákroky estetické medicíny někdo poznal. Chtějí mírně pozastavit změny, které jsou způsobeny procesem stárnutí, případně se chtějí v časové ose o pár let vrátit. Což se nám v portfoliu miniinvazivních zákroků více či méně daří.

Kdo spadá do beautyfikační skupiny?

Většinou mladé klientky, které jsou hodně orientované na módu, na sociální sítě a jsou velmi dobře informované o aktuálních tren-

dech. Často za námi přicházejí s mobilem v ruce, ve kterém mají svojí vlastní fotku s filtrem. Jejich přání je zlepšit estetiku obličeje, přičemž požadavky většinou cílí na jednu partii obličeje, třeba na rty nebo na konturu dolní čelisti, brady či líce. Základem chtějí potencovat svou vlastní krásu. Generace těchto mladých žen se nestydí za to, že jdou na estetické ošetření. Podle celosvětových studií tato generace vyměnila krém za jehlu a nemá s tím problém.

Co je možné si představit pod pojmem korekční skupina klientů?

Tyto klientky jsou napříč věkovými kategoriemi. To jsou ženy, které jsou třeba po úrazech či mají nějaké vrozené či jiné defekty v obličeji, se kterými chtějí pomoci, chtějí je odstranit. U nich jde často spíš o zdravotní než estetickou indikaci, ale i ta zdravotní indikace je s estetickým záměrem, i ony chtějí zlepšit svůj vzhled.

A máme poslední skupinu, ta je transformační...

Ta se v poslední době stává hodně tvrdým oříškem. To jsou ženy, které do ordinace přicházejí a v ruce mají fotku někoho úplně jiného, než jsou ony samy, a chtějí se jím vzhledově stát nebo se mu významně přiblížit. Nejznámější příklad takové transformace je třeba modelka Bella Hadid. Když se podíváte na její fotografie z doby, kdy byla mladší, z doby, než začala se zákroky, zjistíte, že vypadala úplně jinak, než vypadá nyní. U ní nastala velká změna.

Ženy z této skupiny jsou pro nás vztyčný ukazováček, protože obvykle mají poruchu vnímání sebe sama. Jsou to obvykle mladé ženy, které jsou natolik ovlivněné sociálními sítěmi a rychlým a na vzhled náročným světem, že nepřijímají samy sebe. Tak chtějí být někým jiným. A to je už potom k zamyšlení.

Říkáte někdy klientkám ne? Odmítáte je někdy?



MUDr. Monika Kavková

Ano, často říkám ne. Říkám to právě těmto slečnám. Protože i v estetické medicíně musí být nějaká míra a nějaké hranice. V okamžiku, kdy vidím, že člověk má buď nerealistické očekávání, to znamená, že chce něco, co není reálné, nebo chce něco, co je v ostrém rozporu s estetickým vnímáním, ale i s medicínským přesvědčením a s mojí pozicí lékaře, tak klientku odmítnu.

Kdybychom se ohlédli dvacet let zpátky a porovnali, co uměla tehdejší estetická medicína, a to, co umí nyní. Jaký rozdíl by to byl?

Obrovský. I koncept ošetřování obličeje byl výrazně jiný, než je dnes. To souvisí s nárůstem možností a s nárůstem zákroků.

Před dvaceti lety jsme se učili pracovat s materiály, se kterými sice stále pracujeme, ale dnes už víme, jak se chovají v průběhu času. Což jsme před dvaceti lety nevěděli. A mnohdy se ukazuje, že se chovají jinak, než jsme si původně mysleli.

Když jsme před dvaceti lety začínali s aplikací vlastního tuku, kolagenu, kyseliny hyaluronové, nebo i nevstřebatelných materiálů, které přišly později, tak jsme jimi

ošetřovali oblasti, do nichž bychom s nimi dnes vůbec nešli. Nebo bychom použili jiný způsob aplikace. Protože víme, že by to mohlo být i nebezpečné. Dřív se například nosoretní rýhy hodně plnily výplněmi.

Dnes víme, že prohloubení nosoretní rýhy vzniká důsledkem více faktorů. Dochází k poklesu měkkých tkání, posunu tukového polštáře, ke změně kvality kůže a podkoží, resorpci kostí či se mění práce mimických svalů. Na obličej se díváme jako na celek a nosoretní rýhu řešíme většinou v oblastech vyšších, například výplní spánků, lící apod.

Kdybych ale měla stručně odpovědět, tak změn je hodně, v materiálech, v přístupu, ve vzdělávacím procesu, v našich znalostech i v množství zkušeností.

Jaké jsou trendy poslední doby?

Ty vycházejí z přání klientů. Když se ukázalo, že ženy nechtějí, aby bylo vidět, že jsou po nějakém estetickém výkonu, že chtějí vypadat zcela přirozeně, tak tento požadavek rezonoval v estetické obci tak silně, že jsme začali pátrat po tom, jaké zákroky můžeme dělat, abychom tento požadavek splnili. Abychom nemuseli používat velké množství výplňového a dalšího materiálu, a přitom jsme byli efektivní. Tím začal vznikat přidružený obor regenerativní estetická medicína. Přestože tento obor byl už nějakou dobu součástí anti-agingové medicíny, tak se objevily další možnosti a technologie k jeho využití.

O co jde?

Zejména o přístupy a technologie využívající biostimulaci. Těch máme každý rok více a více. Jsou to polynukleotidy, exozomy, polymléčné kyseliny, kalcium hydroxyapatit, zkrátka celá řada biostimulačních substancí, které pracují na principu vyvolání regenerativní reakce po nějakém impulsu. Tím impulsem nemusí být jen chemická látka, může jít o mechanický zásah či poškození, kterými stimulujeme tkáň k odpovídající reakci. Toto pracuje na principu regenerace poškozené buňky. Pokud je buňka zraněná, tak se začne regenerovat. Buňky můžeme narušit teplem, jehličkami nebo třeba kanylou zavedenou do podkoží a tkáň se sama začne regenerovat, to znamená, že začne produkovat kolagen a elastin. Možnost biostimulace je samozřejmě více.

Následně tento proces regenerace doplníme látkami, které vpravíme do hlubších vrstev za účelem vytvoření biostimulace. Takto se ošetřované tkáň zpevňuje a regenerují bez používání materiálů, které by přidávaly objem. Nemění se ani vzhled ob-

ličje, pouze se tkáň ve vlastní časové ose posouvá o několik let zpět.

U někoho, kdo má regenerativní schopnost větší, se posouvá třeba o deset let, u někoho o dva roky. Ale každá změna je hezká.

Využívá estetická medicína k regeneraci tkání i přístroje?

Těch máme celou řadu. Jsou to přístroje, které zasahují do hlubokých tkání. Například používáme silný fokusovaný ultrazvuk, kterým dokážeme cílit na smas, což je vrstva, v níž se pohybují plastičtí chirurgové, když dělají třeba facelift. My jsme schopni si v této hloubce pomocí ultrazvuku najít polohu smasu a přesně na něj cílit energií.

Přístrojů tohoto typu je více a každý z nich je určen na jinou vrstvu a jinou vrstvu ošetřuje. Využívají se i lasery a tak dále.

Miniinvasivní estetická medicína pracuje se čtyřmi typy zákroků.

První jsou aplikace toxinů. Druhé jsou aplikace dermálních výplní, třetí jsou biostimulační zákroky a čtvrté jsou dermální liftující nitě. Všechny tyto technologie mají spoustu možností a podskupin. Ve světě jsou nejčastější aplikace toxinů, neurotoxiny typu botulotoxin jsou velmi populární.

Na velké popularitě nabývají i biostimulační zákroky. Nejvhodnější ale je, když jsou všechny metody navzájem kombinovány a jsou v nějaké synergii.

Kdybychom se bavili o konkrétních výkonech, které z nich jsou nejžádanější?

Změny v souvislosti s časem vnímají ženy nejčastěji v dolní třetině obličeje. Jde o prohloubené nosoretní rýhy, otočené ústní koutky – marionety – a převis tkáně přes dolní čelist – tzv. systlíky.

Kolem třicátého roku věku chodí ženy zpravidla poprvé na botulotoxin v okolí obočí. Mladší klienti chodí na botulotoxin do glabely. Beautyfikační zákroky začínají i ve dvaceti.

Využívají vašich služeb i muži?

Ano, a ten trend je vzestupný, ale nechtějí u toho být moc vidění.

Skupiny gay mužů jsou součástí našich klientských databází roky. Ale nejde jen o ně. V současné době je trend takový, že naše klientky vodí na ošetření své manžely. Vědí, co chtějí, a vědí, jaké ošetření u nich vyžadují. Následně pak manželé docházejí sami nebo s manželkami.

Pánové většinou chodí na aplikaci botulotoxinu v horní třetině obličeje a často

chodí na botulotoxin aplikovaný do podpaží, na redukci pocení. To chodí hodně často.

Je estetická medicína bezpečná?

Ano je, i když je pravda, že s množstvím zákroků se zvyšuje i počet komplikací. Ale to je celkem logické.

Špatně je ale to, že se v poslední době rozmohla tendence říkat, že estetická medicína nemusí být prováděna lékařem a je nabízena kosmetičkami. Bohužel velké množství komplikací pochází z rukou těchto medicínsky nevzdělaných žen. Nejfatálnější komplikací spojenou s aplikací dermální výplně je oslepnutí. A těchto případů celosvětově každý rok přibývá. Jde o případy, kdy zákrok provedl někdo bez medicínských a anatomických znalostí. Kosmetičky nepoznají, pokud se už během aplikace kyseliny hyaluronové tkáň chová zvláštně, to vidí lékař, který jí ví, jak se má v danou chvíli zachovat, jak má zasáhnout, a hlavně jak má tyto komplikace preventovat.

Estetická medicína je velmi bezpečná, ale z rukou lékařů, protože ti dbají na své vzdělávání v oblasti anatomie, technologií i materiálů.

Jaké jsou nejčastější komplikace při používání botulotoxinu a výplní?

Je nutné si uvědomit, že každý výkon s sebou může nést nějaké riziko a to riziko stoupá, pokud ho provádí člověk bez odpovídajících znalostí a zkušeností.

Největší riziko spojené s aplikací botulotoxinu je, že pokud se dostane do nesprávného svalu, může klesnout obočí či koutek. Podle místa aplikace. Ale je to záležitost reverzibilní. Během krátké doby se vše vrátí do původního stavu. Aplikace botulotoxinu je poměrně bezpečná.

Druhá kategorie je aplikace dermálních výplní. Rizikem aplikace výplně je nekróza a nejfatálnějším rizikem je oslepnutí. V obličejí neexistuje místo, které by bylo z hlediska této aplikace bezpečné. Každé místo je nějak spojeno s cévou, která se nějak váže na nitrooční plochu sítnice. To znamená, že k oslepnutí může dojít při každé aplikaci kyseliny hyaluronové, z každého místa obličeje, pokud není aplikována bezpečně, lékařem, ve správném místě a správné vrstvě.

Nedávno jsme měli na klinice paní, kterou kosmetička ošetřila kyselinou hyaluronovou na glabele a k nám přišla s nekrózou přes půlku čela a bude mít do konce života jizvu. U ní výplň naštěstí nešla do oka, takže vidí.

Petra Hátlová

Foto: archiv Moniky Kavkové

Na rakovinu děložního hrdla zemře ročně 300 žen

Každý rok v Česku kvůli rakovině děložního hrdla zemře asi 300 žen. Nádorovému onemocnění, které je způsobeno lidským papilomavirem (HPV), lze přitom předejít očkováním. Zkušenosti jiných států ukazují, že je touto cestou možné snížit výskyt nemoci na minimum. V souladu s Národním onkologickým plánem má Česko do roku 2030 za cíl naočkovat proti HPV minimálně 90 procent dívek do 15 let, výrazně chce zvýšit i proočkovanost chlapců. K vymýcení nemoci by mohlo přispět také přijetí komplexního Národního plánu pro eliminaci nádorů asociovaných s HPV.

„Očkování proti lidskému papilomaviru je nejúčinnější prevencí HPV onemocnění. Viry napadají různá místa na těle žen i mužů a mohou vést k rozvoji závažných onkologických onemocnění,“ říká MUDr. Hana Cabrnová, MBA, praktická lékařka pro děti a dorost a místopředsdkyně České vakcinologické společnosti ČLS JEP.

HPV je jednou z nejčastěji sexuálně přenosných infekcí. Stojí za vznikem většiny případů rakoviny děložního hrdla a 90 procenty případů genitálních bradavic. Viry mohou způsobit také další typy rakovin, například některé nádory řitního otvoru, genitálu, pochvy a zevních rodidel. Zapříčinit mohou i polypy dýchacích cest.

Vakcinovaných je málo

Lékaři proto doporučují, aby se proti HPV nechali naočkovat dívky i chlapci, ideálně před zahájením pohlavního života. Od ledna 2024 mají vakcíny plně hrazeny ze zdravotního pojištění všechny děti od 11 let až do dovršení 15. narozenin. „Rozšíření věkové hranice pro úhradu má svůj důvod. K nákaze může dojít už při prvních intimních kontaktech, které se mohou odehrávat dříve než koitální styk. Je proto vhodné, aby byli dívky a chlapci chráněni co nejdříve,“ upozorňuje lékařka. Populaci starší 15 let na očkování přispívají zdravotní pojišťovny z fondů prevence.

Aktuálně je v Česku proočkováno přes 70 procent dívek a 50 procent chlapců, což podle odborníků ani Národní onkologického plánu stále není dostatečné. Ke zlepšení situace by mohl přispět komplexní Národní plán pro eliminaci nádorů asociovaných s HPV, k jehož vzniku vyzval Senát PČR. „Vládě jsme předložili výzvu, v níž žádáme, aby co nejdříve tento plán vypracovala a implementovala. Jeho cílem je naplnit opatření, která v červnu 2024 schválili

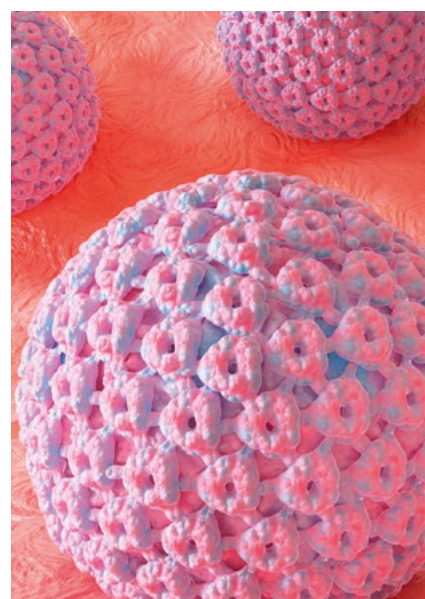
ministři zdravotnictví zemí EU v Doporučení Rady EU o nádorových onemocněních a jsou v souladu s cíli Světové zdravotnické organizace,“ říká místopředseda Výboru pro zdravotnictví Senátu PČR doc. MUDr. Ondřej Šimětka, Ph.D., MBA (BEZPP), který je zároveň přednostou Gynekologicko-porodnické kliniky Lékařské fakulty Ostravské univerzity a Fakultní nemocnice Ostrava.

Cílem národního plánu by mělo být, aby do roku 2030 dostalo očkování alespoň 90 procent dívek do 15 let, současně by se měla výrazně zvýšit proočkovanost chlapců. Důležitou roli hrají také screeningová vyšetření. V Česku je mohou zdarma podstoupit všechny ženy v rámci každoročních preventivních prohlídek na gynekologii. Ve věku 35, 45 a 55 let mohou u svého gynekologa absolvovat také HPV DNA test, který odhaluje přítomnost infekce HPV.

Doočkování v populaci má význam

„Na základě dobré praxe v jiných státech a v souladu s Doporučením Rady EU zároveň navrhujeme, aby byli cíleně doočkováni dospívající a mladí dospělí, kteří doposud vakcínu nedostali, přestože by z ní stále měli prospěch. Tímto způsobem by se podařilo urychlit eliminaci výskytu rakovin, které jsou způsobené HPV,“ přibližuje doc. Šimětka.

Například zkušenosti Austrálie ukazují, že přijetí komplexního národního plánu může významně pomoci. V roce 2007 tamní vláda zavedla bezplatný plošný očkovací program proti HPV pro dívky a později i chlapce. V kombinaci s vysoce navštěvovaným screeningem a dostupnou léčbou to vedlo k poklesu výskytu karcinomů asociovaných s HPV. „Lze předpokládat, že v Austrálii – jako první zemi na světě – se toto onemocnění stane do roku 2035 velmi vzácným,“ říká doc. Šimětka.



Ilustrační foto: 123rf.com

V Česku rakovinou děložního hrdla každý rok onemocní přibližně 750 žen, přičemž asi 300 z nich na ni zemře. Jedná se o třetí nejčastější nádorové onemocnění žen v produktivním věku. „Je naprosto přelomové, že máme vakcínu proti onkologickému onemocnění. Pokud se nám podaří zvýšit proočkovanost i účast na pravidelných screeninzích a prevenci, věřím, že můžeme významně snížit počet žen, které dnes na onemocnění zbytečně umírají,“ dodává doc. Šimětka.

Vakcínami proti HPV zdravotníci očkují již od roku 2006. Bezpečnost a účinnost očkování opakovaně potvrdila řada odborných studií, ale také počty naočkovaných dávek na celém světě. „To je největší důkaz, že je vakcína z hlediska bezpečnosti v pořádku. Kontrolní mechanismy hlášených nežádoucích účinků jsou navíc daleko přísnější než u léků, protože očkovací látky podáváme zdravé populaci,“ vysvětluje MUDr. Cabrnová.

(htl)



PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

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

Virtuální průkaz pojištěnce VZP nově v aplikaci

Klienti Všeobecné zdravotní pojišťovny, kteří využívají aplikaci Moje VZP, mají nově k dispozici vyobrazení průkazu EHIC. Jedná se přibližně o dva miliony lidí. Zanesením digitálního obrazu průkazu do aplikace chce VZP usnadnit svým pojištěncům prokázání příslušnosti k pojišťovně dříve, než bude legislativně dořešena problematika digitálních průkazů. Jak probíhá ověřování pojištění a průkazu, se dozvíte v dnešní Poradně.

Poskytovatelé mají i nadále možnost ověřit příslušnost pojištěnce ke zdravotní pojišťovně, platnost pojištění a platnost průkazu pojištěnce standardní cestou, např. přes VZP Point, který je zabezpečeným komunikačním kanálem mezi VZP a poskytovateli.

Do aplikace Moje VZP se klienti přihlašují pomocí bankovní identity nebo prostřednictvím Portálu občana. V aplikaci je nahrán obraz průkazu daného pojištěnce, který tak obsahuje všechny údaje potřebné k poskytnutí zdravotní péče a je velmi dobře chráněn. Rozhodnutí o tom, zda průkaz pojištěnce VZP zobrazený prostřednictvím zabezpečené aplikace bude akceptován, je ale samozřejmě na jednotlivých poskytovatelích zdravotních služeb. Všichni klienti VZP jsou zároveň vybaveni plastovými průkazy pojištění tak jako dosud. Platnost průkazů (pojištění) je možné ověřit online prostřednictvím portálu VZP Point. Návod na získání přihlašovacích údajů naleznete na www.vzp.cz/vzp-point.

Ověření platnosti pojištění

V případě jakýchkoli pochybností ohledně platnosti zdravotního pojištění je možné ji zkontrolovat, a to jak na základě předložení plastového průkazu EHIC, tak i jeho digitálního obrazu. Postup pro ověřování platnosti pojištění je v obou případech stejný.

Ověření lze provést po přihlášení do VZP Pointu, kdy v levém navigačním menu zvolíte „Ověření v registrech“ a „Platnost pojištění“. Následně zadáte datum, ke kterému chcete platnost ověřit, číslo pojištěnce nebo číslo prů-



*PhDr. Ivan Duškov, MSc.,
náměstek ředitele VZP pro služby
klientům*

kazu a vše potvrdíte modrým tlačítkem „Ověřit pojištění“. Výsledkem je zobrazení čísla pojištěnce, druh pojištění (veřejné zdravotní pojištění nebo mezinárodní smlouvy) a registrující zdravotní pojišťovna. Nebyl-li pacient k danému datu pojištěn, zobrazí se vám tato informace.

Platnost pojištění je on-line ověřována také v Centrálním registru pojištěnců, který zobrazuje údaje pojištěnců VZP ČR i všech zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Datum, ke kterému je potřeba účast v systému veřejného zdravotního pojištění ověřit, lze zadat i zpětně. Ověřuje se aktuálně známý stav pojištění, přičemž nejsou vyloučeny pozdější změny.

Pokud pacient nemá průkaz zdravotního pojištění a nepamatuje si číslo

pojištěnce, lze provést ověření na základě příjmení a data narození.

Ověření platnosti průkazu VZP

Nejste-li si jistí platností průkazu VZP, opět je možné využít VZP Point. V levém navigačním menu zvolte „Ověření v registrech“ a „Ověření platnosti průkazu pojištěnce (EHIC)“, zadejte číslo průkazu, který vám pacient předložil, a datum, ke kterému chcete kontrolu provést. Upozorňujeme však, že v tomto případě lze zadávat pouze průkazy vydané VZP ČR.

Výsledkem tohoto dotazu může být různá kombinace (ne)platnosti průkazu pojištěnce a (ne)platnosti průběhu pojištění. Při nesrovnalostech doporučujeme ověření platnosti průkazu kombinovat s ověřením platnosti pojištění.

Hromadné ověřování pojištění

Pro úplnost doplňujeme, že je možné i hromadně ověřit platnost pojištění vašich pacientů a příslušnost ke zdravotní pojišťovně. V tomto případě klikněte ve VZP Pointu v levém navigačním menu na „Nové podání“ a zašlete soubor dle platného datového rozhraní s čísly pojištěnců, u kterých potřebujete získat přehled o historii jejich pojištění. V tomto případě se však nejedná o on-line komunikaci, proto bude požadovaný soubor připraven ke stažení s časovým odstupem v menu „Odeslaná podání“.

„Manuál pro ověření platnosti pojištění“ najdete na www.vzp.cz/poskytovatele v sekci Nejčastěji stahujete.

Ve Fakultní nemocnice v Motole provedli rekordní počet operací srdce

V roce 2024 provedli kardiologové Fakultní nemocnice v Motole celkem 1009 operací srdce a nitrohrudních velkých cév. Tento milník umístil Motol mezi tři největší česká kardiocentra, po IKEM Praha a CKTCH Brno. V oblasti kardiologie a transplantací srdce a plic patří motolská nemocnice mezi lídry nejen v Česku, ale i v Evropě.

V roce 2024 došlo k meziročnímu nárůstu kardiologických operací o více než 25 procent. Tento růst je důsledkem nejen zvyšující se kapacity nemocnice, ale i zavedení nových specializovaných programů. Nemocnice se zaměřuje na komplexní péči o pacienty všech věkových kategorií – od novorozenců až po seniory, kteří potřebují operace pro vrozené nebo získané srdeční vady. Ve své kategorii je Motol jediným pracovištěm v Česku, které poskytuje kompletní spektrum operací na jednom místě.

„Fakultní nemocnice v Motole se etablovala jako jediné centrum v Česku, které komplexně pokrývá kardiologickou péči pro pacienty všech věkových skupin. Tato centralizace nám umožňuje provádět náročné srdeční operace, včetně těch pro vrozené srdeční vady, u pacientů od dětství až do dospělosti,“ říká MUDr. Štěpán Černý, CSc., MBA, přednosta Kliniky kardiovaskulární chirurgie 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole.

Inovativní přístupy a specializace

Motolská kardiologie se vyznačuje nejen rozsáhlým počtem operací, ale i pokročilými technologiemi. V roce 2024 byla provedena řada miniinvasivních a robotických operací, přičemž Motol je v současné době jediné pracoviště v Praze a jedno z mála v Česku,

kteří robotické techniky pro operace srdce pravidelně využívá. Kromě toho se soustředí i na záchranné operace srdečních chlopní, především u mladých pacientů, a na komplexní operace nitrohrudních cév.

„Robotické operace jsou pro naše pacienty výhodné především díky rychlejšímu zotavení, menším řezům a přesnosti zákroku. V roce 2024 jsme provedli téměř osmdesát robotických kardiologických výkonů, což tvoří patnáct procent z celkového počtu operací srdce na naší klinice,“ dodává přednosta Černý.

Fakultní nemocnice v Motole je rovněž lídrem v péči o dospělé pacienty, kteří přežili vrozené srdeční vady. V roce 2023 bylo v Motole otevřeno Centrum pro vrozené srdeční vady v dospělosti, které se zaměřuje na komplexní péči po celý život pacienta.

„Vytvoření tohoto centra znamená zásadní posun v kvalitě péče o pacienty, kteří byli operováni v dětském věku a potřebují další specializovanou péči v dospělosti,“ říká prof. MUDr. Jan Janoušek, Ph.D., vedoucí lékař centra.

Kardiologie pro děti: Odbornost a mezinárodní prestiž

Dětská kardiologie v Motole je unikátní nejen v rámci Česka, ale i v širším evropském kontextu. V roce 2024 zde bylo provedeno

483 operací srdce u dětí, včetně transplantací srdce. Lékaři z Dětského kardiocentra se rovněž podíleli na misích v rozvojových zemích, kde poskytovali kardiologickou péči dětem v těžkých životních podmínkách.

„Naše pracoviště je jediné v Česku, které poskytuje komplexní péči o děti se srdečními onemocněními a má zkušenosti nejen s domácími pacienty, ale i s nemocnými z rozvojových zemí,“ vysvětluje MUDr. Roman Gebauer, primář kardiologie Dětského kardiocentra.

Pokrok v transplantaci péči

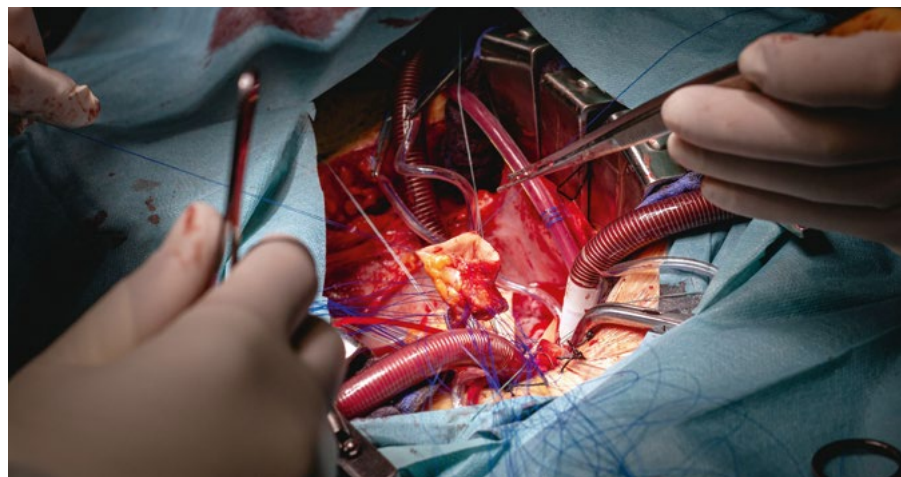
Fakultní nemocnice v Motole je rovněž významným centrem pro transplantace srdce a plic. V roce 2024 bylo v Motole úspěšně dokončeno 72 transplantací plic u dospělých i dětských pacientů. Dále byly provedené dvě kombinované transplantace srdce a plic a osm izolovaných transplantací srdce u dětských pacientů, což nemocnici zařadilo mezi evropskou špičku v tomto oboru. Spolupráce mezi kardiologem a odborníky na transplantace plic umožňuje využívat nejmodernější technologie, včetně mimotělního oběhu, což je klíčové pro úspěšné provádění složitých transplantací.

„Tato spolupráce mezi našimi chirurgickými týmy nám umožňuje poskytovat pacientům s pokročilými srdečními a plicními problémy nejlepší možnou péči. Minulý rok byl rekordní a posunul nás na páté místo v Evropě a osmé místo na světě v počtu transplantovaných plic,“ dodává prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D., přednosta III. chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Motole.

Fakultní nemocnice v Motole plánuje v roce 2025 další rozvoj kardiologických a transplantacních programů. V plánu je výstavba nových operačních sálů a zajištění ještě vyšší kapacity pro složité kardiologické operace a transplantace srdce a plic. Motol se i nadále profiluje jako jedno z nejmodernějších a nejvýznamnějších pracovišť v oblasti kardiovaskulární medicíny v Česku a Evropě.

(htl)

Foto: FN v Motole



TÉMA MĚSÍCE: Nitrooční čočky

Nitrooční čočky odstartovaly revoluci v oční chirurgii a denně se využívají při operacích šedého zákalu, což je vůbec nejčastější chirurgický zákrok na světě. Během operace je zakalená lidská čočka odstraněna a nahrazena umělou nitrooční čočkou, která nejen obnovuje vidění, ale může také korigovat dioptrické vady. O různých typech čoček a jejich vlivu na vidění jsme si povídali s MUDr. Andreou Janekovou, FEBO, FEBOS-CR.

Co jsou nitrooční čočky?

Nitrooční čočky se implantují do oka jako náhrada přirozené čočky. Nejčastěji se používají při operaci šedého zákalu (katarakty), kdy nahrazují zakalenou čočku. Mohou ale být implantovány i za účelem odstranění dioptrických vad v presbyotickém věku. Moderní nitrooční čočky jsou vyrobeny z biokompatibilních materiálů, které zajišťují jejich dlouhodobou stabilitu a optickou kvalitu.

Jak fungují?

Nitrooční čočka láme světlo podobně jako přirozená čočka oka, aby se obraz správně zaostřil na sítnici. Některé typy nitroočních čoček mají speciální optiku umožňující vidění na více vzdáleností. Po implantaci zůstává čočka v oku trvale, nepodléhá opotřebení a nevyžaduje žádnou údržbu.

Jaké typy nitroočních čoček existují?

Díky moderním technologiím dnes existuje široká škála čoček, které umožňují pacientům vidění na různé vzdálenosti a v mnoha případech snižují nebo zcela eliminují závislost na brýlích.

- **Monofokální čočky** – Tyto čočky poskytují ostré vidění na jednu vzdálenost (obvykle na dálku). Pacienti po operaci často potřebují brýle na čtení.
- **Multifokální čočky** – Tyto čočky mají více ohniskových vzdáleností, což znamená, že pacient může vidět na dálku i na blízko, aniž by potřeboval brýle.
- **Trifokální čočky** – Tyto čočky poskytují zlepšení ve všech třech hlavních vzdálenostech: na dálku, střední vzdálenost a na blízko. Představují pokročilý typ multifokálních čoček.
- **EDOF (Extended Depth of Focus) čočky** – Čočky s rozšířenou hloubkou ostrosti poskytují plynulé a kvalitní vidění na širší spektrum vzdáleností (dálka, střed a funkční blízko). Jejich výhodou



Odborný poradce:

MUDr. Andrea JANEKOVÁ, FEBO, FEBOS-CR

Vedoucí lékař centra kataraktové, refrakční a vitreoretinální chirurgie, zástupce primáře

Ročně provede přes 2500 nitroočních operací. Specializuje se na chirurgii šedého zákalu, refrakční chirurgii a chirurgii sítnice a sklivce. Věnuje se rovněž minimálně invazivní chirurgii glaukomu (tzv. MIGS).

je, že nemají některé nežádoucí efekty čoček multi a trifokálních, například světelné fenomény za tmy.

- **Asférické čočky** – Tyto čočky minimalizují optické aberace a zlepšují kontrastní vidění, což je obzvláště užitečné při špatných světelných podmínkách.
- **Torické čočky** – Určeny pro pacienty s astigmatismem. Tyto čočky kompenzují nepravidelný tvar rohovky a zlepšují kvalitu vidění.
- **Specifické typy nitroočních čoček** – Existuje celá řada dalších nitroočních implantátů, které se mnohdy vyrábějí pacientovi na míru a jsou v mnoha případech jediným možným řešením pro některé oční vady.

Jak vybrat tu správnou čočku?

Výběr správného typu nitrooční čočky závisí na individuálních potřebách pacienta, protože každý typ nabízí specifické výhody. Při předoperačním vyšetření pacient konzultuje možnosti s lékařem, který na základě výsledků měření a rozhovoru o životním stylu doporučí nejvhodnější variantu. Dnešní pokroky v oblasti nitroočních čoček umožňují pacientům přizpůsobit vidění jejich životnímu stylu, a to pro všechny vzdálenosti.

Jsou nitrooční čočky hrazené ze zdravotního pojištění?

V rámci operace šedého zákalu, která je plně hrazena zdravotní pojišťovnou, mají pacienti nárok na monofokální nitrooční

čočku. Ta umožňuje ostré vidění na jednu vzdálenost (obvykle do dálky). Pokud pacient preferuje lepší vizuální komfort či chce minimalizovat nebo zcela eliminovat potřebu brýlí, může si zvolit doplatkové prémiové čočky. V Očním centru Praha si prémiové nitrooční čočky volí 85 procent pacientů.

Jak implantace nitroočních čoček probíhá?

Implantace nitrooční čočky je rychlý, bezbolestný zákrok, který se provádí ambulantně na operačním sále v lokální anestezii. V současné době lze operovat obě oči v jeden den. Během operace chirurg odstraní přirozenou čočku a nahradí ji novou umělou čočkou. Celý proces trvá přibližně 15 minut a pacient po operaci odchází domů. Díky moderním technologiím je hojení rychlé a pacient obvykle téměř ihned zaznamená výrazné zlepšení vidění.

Může se umělá nitrooční čočka znovu vyměnit?

Za běžných okolností se umělá nitrooční čočka znovu nevyměňuje, pokud k tomu není závažný zdravotní důvod. Pokud si však pacienti přejí zlepšit vidění, například nahradit monofokální čočku a zbavit se brýlí, není nutná výměna – místo toho lze implantovat tzv. přídatnou (add-on) čočku. Ta slouží ke korekci zbytkové dioptrické vady a umožňuje dosáhnout lepší kvality vidění.

Drastické shazování kil vyšší plodnosti nepomůže

Začátek roku přinesl předsevzetí o zdravém životním stylu a fitcentra se plní těmi, kteří se rozhodli zhubnout. Mezi nimi jsou i ti, kteří plánují v letošním roce podstoupit umělé oplodnění a chtějí se co nejrychleji zbavit přebytečných kil. Lékařské studie ale ukazují, že drastické hubnutí k lepší plodnosti nevede, naopak může tělu ublížit. Poukazují ale i na fakt, že vysoká konzumace potravin s vysokým glykemickým indexem negativně ovlivňuje plodnost mužů, a to v podobě nižší pohyblivosti spermií.

„Ze zdravotního hlediska samozřejmě není dobré být obézní. Na druhou stranu rychlé, až hysterické shazování kil před začátkem procesu umělého oplodnění také není zdravé. Tělo se dostává do ketoacidózy, snaha rychle zhubnout člověka stresuje a celkově ovlivňuje jeho psychiku. Poslední větší studie publikované v USA na Harvardu navíc ukázaly, že krátkodobé zhubnutí pro zvýšení plodnosti žen s nadváhou a obezitou, které podstupují IVF, nefunguje,“ říká specialista na umělé oplodnění MUDr. Marcel Štelcl, Ph.D., vedoucí lékař reprodukční kliniky ReproGenesis. „Jsme proto raději, když žena přijde tak, jak je, než abychom čekali rok a více na to, jestli se jí poda-

ří přebytečná kila shodit. Průměrný věk párů, když nás poprvé navštíví, se pohybuje kolem 37 let. V úspěšném procesu vedoucím k oplodnění hraje roli doslova každý měsíc. U žen s výraznější nadváhou sice můžeme očekávat komplikovanější anestezii a obtížnější odběr vajíček, nicméně čekání na pozvolnou a zdraví neškodnou redukci hmotnosti může skutečně zabrat mnoho měsíců. Frustrace pacientek se tak ještě více prohlubuje.“

Lékaři obecně doporučují držet se zásad vyváženého a rozumného stravování celoživotně – extrémní výkyvy jak na jednu, tak druhou stranu tělu zkrátka neprospívají. „S neplodností léčíme ženy i jejich partnery. Příčiny neplodnosti na-

chážíme rovnoměrně u obou. Jak vyplynulo z populační prospektivní kohortové studie, jejíž výsledky publikovali autoři loni v říjnu, plodnost mužů ovlivňuje i konzumace potravin s vysokou, nebo naopak nízkou glykemickou hodnotou. Ve skupině 651 mužů na tom byly lépe ti, kteří jedli zdravěji. Kvalita spermií mužů, jež preferovali ‚rychlé cukry‘, byla nižší,“ uvádí MUDr. Štelcl.

Podle odborníků na umělou reprodukci je důležité především přijít včas, po 35. roce života totiž plodnost ženy rychle klesá. V Česku se pomocí asistované reprodukce rodí přibližně 4–5 procent dětí.

(htl)

Víra pomáhá zvládat krizové situace

Religiozita funguje jako účinný mechanismus ke zvládání extrémního stresu, což se projevilo během pandemie covid-19 před pěti lety. Tato zjištění vyplývají z rozsáhlého výzkumu mezi více než 15 000 italskými zdravotnickými pracovníky, na kterém se podílela také Paola Bertoli z Národního institutu SYRI. Hlavním závěrem studie je, že spiritualita zdravotníkům pomohla a jejich vzpomínky na stresující zážitky z první vlny pandemie byly méně dramatické.

Itálie byla jednou z nejvíce postižených zemí pandemie. Zdravotníci, označovaní během krize jako „covid angels“, čelili enormnímu emočnímu tlaku. Negativní a nepředvídatelné události totiž přinášejí osobám v první linii vysokou míru stresu, který se projevuje strachem, úzkostí a vyčerpáním.

„Různé studie zdůrazňují význam psychologické podpory. Vzhledem k pozitivním výsledkům pozorovaným v souvislosti s náboženstvím je důležité respektovat duchovní potřeby jednotlivců. Naše studie naznačuje, že během krizových situací by zaměstnavatelé měli podporovat spiritualitu (nikoli nutně religiozitu), aby pomohli zdravotníkům nalézt úlevu. Tuto skutečnost by měly zohlednit i krizové plány nemocnic,“ uvedla Bertoli.

Dalším důležitým faktorem je uznání role zdravotníků při záchraně životů a péči o pacienty. „To se stalo právě v Itálii v rámci kampaně covid angels. Ocenění pečovatelských a zdravotnických pracovníků vede ke snížení jejich psychické zátěže,“ vysvětlila Bertoli.

Rozsáhlý sběr dat mezi zdravotníky

Do studie bylo zapojeno přibližně 15 000 respondentů včetně 5 000 lékařů a více než 9 000 sester. Data byla shromážděna mezi 15. červnem a 31. srpnem 2020, tedy v období uvolnění hlavních restrikcí v Itálii. Z výsledků vyplývá, že lékaři vykazovali méně epizod úzkosti a obav než sestry. Podobně muži přiznávali nižší míru úzkosti než ženy.

Nejmenší stres pociťovali zdravotníci pracující mimo nemocnice, zatímco ti sloužící přímo v nich čelili větší psychické zátěži.

Podle Bertoli jsou tato zjištění v souladu s poznatky psychologie a psychiatrie. Religiozita pomáhá zvládat stres tím, že snižuje intenzitu tíšňových reakcí v lidském mozku. „Náboženské přesvědčení nabízí alternativní výklad zátěžových situací a dává jim konkrétní smysl,“ dodala Bertoli.

Itálie jako celek byla během první vlny pandemie hluboce zasažena. Mezi koncem února a polovinou června 2020 bylo diagnostikováno 237 290 případů covid-19 a 34 371 lidí nemoci podlehl. V Česku byla čísla ve stejném období výrazně nižší.

(red)

Bílkovinu v moči si lidé mohou nechat vyšetřit u svého praktika

Zvýšená hladina bílkoviny v moči nebolí, přesto není radno ji podceňovat. Ukazuje totiž na řadu zdravotních problémů. Například na poškození ledvin nebo riziko ischemické choroby srdeční či selhání srdce. Podle lékařů mají lidé, kterým se bílkovina v moči objeví, až trojnásobně vyšší riziko srdečního selhání. To odpovídá riziku, které podstupují lidé po prodělaném infarktu. Odhalit bílkovinu přitom dnes není složité, stačí rychlý test ze vzorku moči, o který mohou pacienti požádat při preventivní prohlídce u svého praktika. Diabetici a lidé s vysokým krevním tlakem by podle odborníků měli vyšetření absolvovat alespoň jednou ročně. Praxe je však často jiná. Zatímco o rizicích spojených s vysokým cholesterolem či krevním tlakem lidé většinou vědí, bílkovina v moči bývá velkou neznámou. Vyšetření tak podstoupí jen zlomek pacientů, což se netýká jen Česka.

„Bílkovina v moči ukazuje na poškození ledvin. Nejčastěji se s ní setkáváme u rizikových skupin pacientů, jakými jsou diabetici, lidé s vysokým krevním tlakem a kardiaci. Právě nemoci srdce se ve většině případů pojí s onemocněním cév. A k průniku bílkoviny do moči dochází ve chvíli, kdy se poškodí výstelka cév v ledvinách. K tomuto porušení přispívá zmíněná cukrovka a také hypertenze,“ popisuje MUDr. Jiří Veselý, člen výboru České asociace ambulantních kardiologů. Špatná funkce ledvin ale není jediným problémem, na který bílkovina upozorňuje. „Vyšetření nám dává dobrý obraz o celkovém stavu cév v těle pacienta. Pomáhá nám vyhodnotit budoucí riziko vzniku srdečního selhání či ischemické choroby srdeční,“ říká prof. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D., FHFA, přednosta I. interní kardiologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně.

Odhalit bílkovinu v moči není složité, stačí absolvovat rychlý test. „V minulosti se parametr vyšetřoval prostřednictvím 24hodinového sběru moči. Pro pacienta to bylo nepohodlné a výsledky nebyly příliš přesné. Dnes se test provádí z jednorázového odběru, kdy je vzorek moči následně odeslán k analýze do laboratoře. Jde o rychlou a relativně levnou metodu, která nám ale umí říct hodně o budoucích zdravotních rizicích pacientů,“ přibližuje prof. Krejčí. O vyšetření mohou lidé požádat svého praktického lékaře při preventivní prohlídce, ale i specialistu – například diabetologa, kardiologa či internistu. Rizikové pacienti by podle odborníků měli test podstupovat opakovaně, alespoň jednou ročně.



Ilustrační foto: 123rf.com

Tomuto vyšetření se ale zatím nepřikládá dostatečný význam. Letos publikovaná německá studie analyzovala záznamy téměř 450 000 pacientů z více než 1 200 ordinací praktických lékařů. S hypertenzí se potýkalo téměř 76 procent pacientů, s kardiovaskulárním onemocněním dalších 35 procent a diabetem 2. typu trpělo přes 32 procent lidí. Testem na přítomnost bílkoviny prošlo jen necelých osm procent těchto pacientů.

„Uvádí se, že bílkovinu v moči má až čtyřicet procent diabetiků a až dvacet procent lidí bez cukrovky nad šedesát pět let věku. Pokud se nám ji podaří pomocí testu zavčas odhalit, jsme schopni díky moderním lékům její výskyt zredukovat, a snížit tak riziko srdečního selhání. Lidé, kteří mají bílkovinu v moči, jsou totiž selháním srdce ohroženi stejně jako pacienti, kteří dříve prodělali infarkt. Zabránit dokážeme také samotnému poškození ledvin,“ upozorňuje MUDr. Veselý

a popisuje, že pokud pacient situaci dlouhodobě neřeší, přestávají mu ledviny dostatečně filtrovat krev. Ve výsledku pak může jejich funkce klesnout natolik, že je nutná transplantace nebo dialýza.

Selhání srdce, poškození ledvin a cukrovka 2. typu jsou onemocnění, která často bývají provázaná a pojí se s obezitou i vyšším věkem. Podle odborníků až 60 procent pacientů s chronicky poškozenými ledvinami trpí zároveň kardiovaskulárním onemocněním. Přibližně u jednoho ze tří pacientů s cukrovkou 2. typu nefunguje správně srdce. Až 40 procent pacientů s diabetem má i chronické onemocnění ledvin.

Na problémy s ledvinami může kromě vyšetření bílkoviny v moči upozornit také jednoduchý krevní test. Lékaři proto doporučují, aby lidé nezanedbávali preventivní prohlídky, které mohou potíže zavčas odhalit.

(htl)

Informační poruchy ve světle lidského zdraví

Kvalita zdraví je klíčová pro plnohodnotný život nás všech. Stále více přítomný stres spojený s nepodloženými informacemi má na naše zdraví negativní dopad. Šíření biomedicínských dezinformací a misinformací, aktivity trollů, spambotů nebo falešných profilů na sociálních sítích rezonují společností celosvětově. Dezinformace a misinformace spolu úzce souvisejí. V případě dezinformací jde o zprávy obsahující lživý či podvodný nebo zmanipulovaný obsah, šířené se záměrem uvést příjemce/konzumenta v omyl. Misinformace obsahují převážně zavádějící nepravdivou informaci, nicméně šířenou bez zlého úmyslu a beze snahy uvést čtenáře v omyl.

Falešné zprávy mohou být podobně nakažlivé jako viry. Vzhledem k bezprecedentnímu dosahu sociálních sítí a rychlosti, s níž se na nich šíří, čerpá současný výzkum a analýzy informačních poruch stále více z epidemiologických postupů a modelů koncipovaných původně ke studiu šíření infekčních chorob. Vzhledem k podstatě problému je potřebné další napojení na vědy typu sociologie, psychologie, informatika, kybernetika.

Dezinformace a misinformace zastávají roli patogenů, a jejich proces šíření na sociálních sítích (tzv. infodemie) nese znaky pandemického šíření infekčních agens. Zásadním myšlenkovým východiskem je potřeba pochopení, proč lidé falešným zprávám podléhají, stejně jako potřeba pochopení zákonitostí šíření a snahy co nejpřesněji identifikovat zranitelné/rizikové skupiny obyvatelstva. Ačkoli jsou tato východiska všeobecně známá, je analýza založená na důkazech velmi omezená.

Odpovědi by mohly být analýzy prováděné kvantovými počítači, za využití principu superpozice, provázanosti a interference. Superpozice umožňuje kvantovým bitům zpracovávat a vyhodnocovat data paralelně, interference optimalizuje výsledky tak, aby se minimalizovaly chybné výstupy. Technologie „kvant“ umožňuje analýzu velkých objemů dat a z pohledu našeho problému infodemie falešných zpráv možné rozpoznání vzorců jejich šíření, což je pro boj s nimi klíčové.

Danou problematiku začínají řešit nově zaměřené projekty. Vznikají nová výzkumná pracoviště (Institut globálního zdraví, Emory University, Atlanta, GA USA), specializovaná oddělení zaměřená

na analýzy a šíření falešných zpráv (CDC, Atlanta, GA, USA). V roce 2022 otevřela lékařská fakulta v Bělehradě první Laboratoř pro infodemiologii a infodemický management. Longitudinálním panelovým výzkumem zaměřeným na trendy české populace v oblasti konzumace mediálního obsahu a vlivu dezinformačních kampaní se v České republice zabývá Středoevropská observatoř digitálních médií (CEDMO). Jedním z výstupů je zjišťování četnosti narativů procházejících českou společností. V roce 2023 vedl narativ tvrdící, že „Světová zdravotnická organizace, Česká republika a Evropská unie uzavřely pandemicou smlouvu, která zajišťuje Světové zdravotnické organizaci v případě další pandemie pravomoc vnutit obyvatelstvu povinné očkování a povinné karantény“. Za rok 2024 drží prvenství narativ „Vakcíny založené na technologii mRNA jsou příčinou výrazného nárůstu autoimunitních onemocnění, nadměrných úmrtí a nekontrolovatelných ‚turbokovin‘“. Nejrizikovější skupinu pozitivního příjmu těchto narativů tvořili lidé z Ústeckého kraje, se základním nebo středoškolským vzděláním bez maturity (cedmohub.eu/cs/).

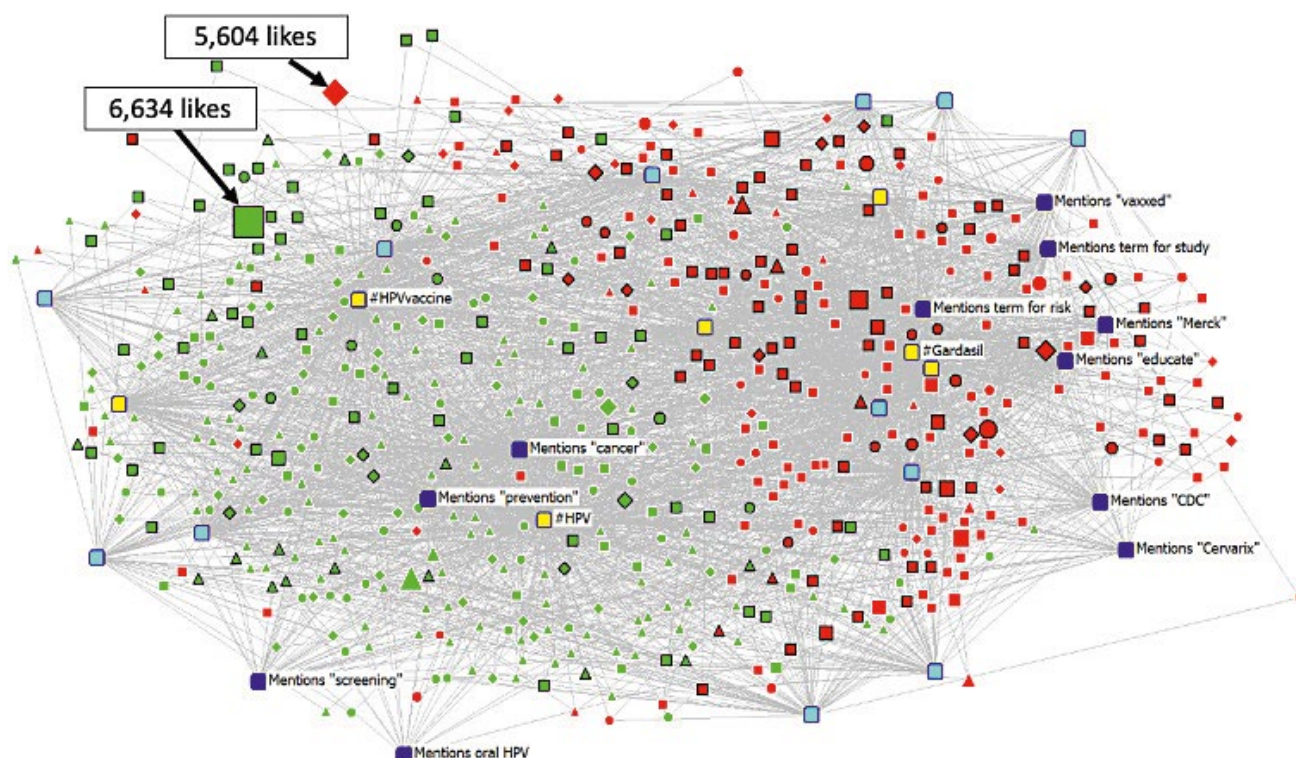
Proces šíření dezinformací a misinformací byl na základě doporučení Světové zdravotnické organizace nazván „infodemie“. Definice z pohledu Světové zdravotnické organizace charakterizuje infodemii jako „pandemii vysoce škodlivých nepravdivých či zavádějících zdravotnických informací“. Důsledkem infodemie je množství různých škodlivých fyzických projevů (např. zvýšený krevní tlak, zvýšená hladina kortizolu, poruchy spánku), stejně jako psychologických potíží nebo emočního přetížení

(např. úzkost, panika, podráždění, deprese).

Protiřečící si masivní dezinformační kampaně, emocionálně silně zabarvená tvrzení bez důkazů, smyšlené kazuistiky vedou na sociálních sítích u části populace k nedůvěře a ztrátě respektu vůči zdravotnickým institucím a jejich odborným doporučením, stejně jako vůči programům veřejného zdraví. Otřásají principem „medicíny založené na důkazech“ (evidence-based-medicine). To má za následek snižování kvality zdraví jednotlivců, rodin, komunit i celé populace. Pacienti odmítají či nevhodně užívají léky, zavrhnou či znevažují vakcinační programy, stejně jako odbornou práci zdravotníků.

Typickým příkladem jsou antivakcinační hashtagy (Instagram) infodemické kampaně proti očkování vakcínou proti lidským papilomavirům (HPV) (obr. 1). Karcinom děložního hrdla je přitom z pohledu celosvětových statistik druhým nejčastějším onkologickým onemocněním žen ve věku do 45 let. Vakcíny proti HPV představují zcela zásadní pokrok v prevenci těchto nádorových onemocnění. Nicméně na sociálních sítích lze nalézt desetitisíce sdílení narativů: „Nebylo prokázáno, že HPV vakcína zabraňuje rakovině děložního čípku“, „Stěry z děložního čípku jsou dostatečné k prevenci rakoviny děložního čípku“, „Vakcíny nejsou bezpečné a nejsou dostatečně testovány“, „Vakcíny jsou zbytečné, protože u většiny lidí si dokáže imunitní systém s nemocí poradit a nemoc u nich nepropukne.“

Infodemie zdravotnických falešných informací je tedy jednoznačně velkou hrozbou pro veřejné zdraví a obecně pro medicínu jako celek. Řešení vyžaduje



Vysvětlivky: Kruh – příspěvek byl napsán skupinou mimo zdravotnické profese, čtverec – příspěvek pochází od jednotlivce mimo zdravotnické profese, trojúhelník – příspěvek od skupiny zdravotnických profesionálů, diamant – příspěvek od zdravotnického profesionála, jednotlivce. Černý okraj uzlu značí osobní vyprávění, bílý okraj představuje klasicky podané ozdrojované informace. Červená barva značí antivakcinační obsah příspěvku, zelená naopak pozitivní přístup k vakcinaci a vakcínám. Světle modrá barva vystihuje coby zdroj příspěvku shromážděné z obrázků na sociálních sítích, tmavě modrá barva čerpá data z textů titulků a žlutá zastupuje prvky sociálních médií. Velikost uzlů se odvíjí od počtu příspěvků.

Obr. Síťová analýza několika set příspěvků na sociálních sítích, obsahujících hesla #Gardasil, #HPVvaccine, #HPV. Centrem antivakcinačních názorů zaměřených na rizika očkování byl pojem #Gardasil, zatímco hesla #HPVvaccine a #HPV byly centrem provakcinačních příspěvků soustředěných na problematiku prevence nádorového bujení. Antivakcinační příspěvky obsahovaly mnohem více uzlů s černým okrajem, což značí, že příspěvek byl osobním vyprávěním na rozdíl od informací/zdrojů s bílým okrajem (viz vysvětlivky). Velikost příspěvků byla úměrná počtu obdržených „lajků“ - nejvíce „lajkovaný“ příspěvek (6634 lajků) byl pozitivní osobní narativní příspěvek, vytvořený osobou mimo zdravotnictví.

Zdroj: Massey, PM, et al.: Dimensions of misinformation about the HPV vaccine on Instagram: Content and network analysis of social media characteristics. J Med Internet Res. 2020;22(12):e21451.

je proaktivní přístup, včetně kultivace porozumění textům a kritického myšlení, systematického kvalitního vzdělávání ve školách. Mezi další doporučení patří mimo jiné i vytváření oficiálních účtů zdravotnických organizací na sociálních sítích, úprava algoritmů pro vyhledávání informací z validních zdrojů na sítích, zobrazování validních zdrojů při vyhledávání na prvním místě vyhledávačů.

Na západních univerzitách i středních školách se postupně rozšiřuje curriculum výuky zaměřené na rozvoj schopnosti studentů rozlišovat mezi informacemi a dezinformacemi. V rámci toho je jednou ze základních strategií doporučení používat při komunikaci se studenty přímá a stručná vysvětlení fak-

tů, párování vědeckých faktů s osobními příběhy.

Obecně je potřebné pokusit se u laické veřejnosti zvýšit respekt vůči práci zdravotníků a vědců. Na tom musí pracovat i specialisté z daných oborů sami. Bohužel se ukazuje, že odborníci v biomedicínských oborech mají jen velmi mlhavé představy o informačních poruchách a jejich definicích a zákonitostech šíření. Argumentační pozice je pro ně jednoznačně velmi složitá. Musí být přesná, a přesto přijatelná pro příjemce informace, z nichž mnozí jsou dnes v trvalém kontaktu s dezinformacemi, misinformacemi, konspiračními teoriemi a pavědeckými názory, které jsou často velmi obecné a lákavě jednoduché pro pochopení. Z toho-

to důvodu se úroveň rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem v USA řídí dle výše vzdělání pacienta („informed consent“) a zahrnuje zjištění, že pacient chápe diagnózu, možnosti své léčby a potenciální rizika.

Přes všechna tato opatření jsme na samém začátku cesty boje proti falešným a zavádějícím informacím, a citát Samuela Langhorne Clemense, známého jako Mark Twain (1835–1910) „Je snadné lidi oklamat a velmi obtížné je přesvědčit, že byli oklamáni,“ dočasnost více než vystihuje.

prof. RNDr. Vanda Boštíková, Ph.D.
mezinárodní multioborový hub CEDMO
při Univerzitě Karlově, Praha, Česká republika
prof. RNDr. Aleš Macela, DrSc.
Univerzita obrany, Brno, Česká republika

Eva Presová

Foto: archiv Jiřího Stránského



„V současné době je ve výpadku
více než 150 přípravků.“

Jiří Stránský

Reálná spotřeba léčiv na psychiatrická onemocnění v posledních letech stoupá. Opravdu neléčitelných chorob v současné době ubývá. Paralelní export je v některých případech výhodný pro stát. Některé oblíbené mýty, které panují o těchto tématech, vyvrací na základě dat PharmDr. Jiří Stránský, obchodní ředitel divize Pharma ve společnosti Sprinx Pharma.

Jak vidíte vývoj spotřeby léků v Česku?

V posledních šesti, osmi letech jejich objem stoupá. V loňském roce jsme dosáhli na objem spotřeby v cenách bez marží více než 106 miliard korun. Vůbec poprvé jsme stomiliardovou hranici těsně přesáhli v roce 2023. Budeme-li nadále postupovat tímto tempem, budeme se pohybovat někde mezi 110 a 112 miliardami korun. Když vezmeme v úvahu, že rozpočet celé kapitoly zdravotnictví pro letošní rok by měl být kolem 500 miliard, spotřeba léčivých přípravků v cenách bez marží a bez DPH představuje přibližně dvacet procent z celkového koláče.

Jak se vyvíjí spotřeba léků u psychiatrických diagnóz?

Hodně se mluví o tom, že v souvislosti s vývojem ekonomiky, inflací, probíhajícími válečnými konflikty a podobně se řada lidí dostává do složitějších psychických situací a potřebuje léky. Čísla ale neukazují, že by reálně docházelo k nárůstu spotřeby, to znamená počtu balení, případně počtu denních dávek. U léčiv pro terapii depresivních nebo příbuzných stavů můžeme vidět, že spotřeba nestoupá a preskripce se postupně posouvá k modernějším typům přípravků. Spotřeba vyjádřená v penězích je v této skupině dlouhodobě stabilní, pokud stoupá, pak v jednotkách procent, některé roky dokonce proporcčně klesá. Souvisí to s tím, že se Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) daří úspěšně regulovat úroveň úhrad, od kterých se spotřeba odvíjí, protože je zřejmé, že nikdo nechce přípravek, za který by musel významně dopláct. Výrobci, kteří v tomto segmentu působí, se dlouhodobě snaží držet cenu léku tak, aby se pro konečného spotřebitele rovnala výši doplatku, pokud je to možné, významně nepřesahující 100 korun za jedno balení. Tím je nárůst ve finančním objemu regulován.

V současnosti probíhají klinické zkoušky několika nových přípravků v oblasti léčby demencí, zejména alzheimerovského typu. To je například stále oblast, kde umíme vývoj choroby pouze zpomalit, ale neumíme ho zatím zásadně ovliv-

nit. Zdá se, že moderní přípravky by měly posunout hranice opět o něco dál, takže pacienti by měli lepší výhled.

Které terapie jsou považovány za moderní v onkologii a neurologii?

Jde obecně o kategorii přípravků, kterým se říká biologické. Jsou to přípravky velmi různorodé, pokud se týká složení, mechanismu účinku i schválených indikací, a v současné době je to zejména tato skupina, která přináší inovaci do řady terapeutických oblastí. Jak ubíhá čas, tak se také postupně objevují léky označované termínem „biosimilars“, které vycházejí z podobných principů a účinkují podobně až identicky jako originální biologická léčiva. Jejich nezanedbatelnou výhodou je to, že jsou méně nákladné. Za stejný objem peněz tak dokážeme poskytnout terapii více pacientům.

Díky výzkumu se dostávají na trh i nové přípravky, které nám umožňují účinněji a bezpečněji léčit nemoci, které jsme dosud léčit nemohli. Skupina opravdu nevléčitelných chorob se postupně zmenšuje. Řečeno v nadsázce, s postup-

V současnosti probíhají klinické zkoušky několika nových přípravků v oblasti léčby demencí

ným zlepšováním úrovně diagnostiky každý rok objevíme nějakou další diagnózu, o které jsme doteď nevěděli, protože jsme ji nedokázali účinně diagnostikovat. Firmy, které se zabývají výzkumem a vývojem, pracují na tom, aby na zásadní medicínské výzvy dokázaly reagovat, a uvádějí na trh léky, které se s nimi dokážou, přinejmenším do značné míry, vypořádat.

A jak je to u dalších civilizačních chorob?

Nás, středoevropany, bezpochyby trápí řada kardiovaskulárních onemocnění a také těch, která souvisejí s poruchami metabolismu krevních tuků. Hodně se hovoří také o nárůstu počtu diabetiků. Tato civilizační pandemie souvisí s nadváhou a obezitou, které jsou příčinou mnoha zdravotních komplikací. Obecně se očekává, že právě na tyto segmenty se zaměří v blízké budoucnosti farmaceutické firmy v rámci svého výzkumu a vývoje. Některé inovativní přípravky jsou už na trhu. Pro zajímavost, objem prostředků, které vy-

nakládáme za terapii diabetu, je zhruba o třetinu vyšší než u kardiologické a psychiatrické léčby, kam jde shodně asi osm miliard korun ročně.

Jaký podíl na cenách léků tvoří marže?

U přípravků na lékařský předpis už dlouhou dobu v Česku používáme maržové schéma, které je regresivní. Procentuální podíl klesá v závislosti na zvyšující se ceně konkrétního přípravku. Existuje osm maržových pásem. Větší podíl léků vydaných v lékárnách v Česku spadá do prvních dvou, které mají nejvyšší sazby přesahující třicet procent. To jsou na počty balení nejpoužívanější léčivé přípravky, které se nejčastěji realizují ve veřejných lékárnách, méně v nemocničním segmentu. Naopak nejdražší přípravky mají nejnižší úroveň marží, méně než pět procent. Pro léčiva je zpravidla důležitá úroveň jejich úhrady, která je ne vždy stanovená tak, aby byl přípravek hrazený stoprocentně. Řada lékařů tak pracuje i se snížením marže na svůj úkor, aby pacienti nedopláceli nebo dopláceli co nejméně.

Za jaké ceny nakupují nemocnice?

U nemocnic nákupy probíhají téměř výhradně na základě výběrových řízení a parametrů, které z nich vzešly. Není žádným tajemstvím, že dominantním kritériem je cena, za kterou výrobce nebo distributor dodává. Častým kritériem bývá také úroveň marže, která se pohybuje v jednotkách procent.

A jak v praxi fungují centrální nákupy?

Existují různé dílčí skupiny, obvykle fakultních nemocnic, které zkoušejí společný systém nákupu. Významnou roli v prošlapávání cesty, pokud jde o problematiku výběrových řízení, hraje např. Fakultní nemocnice Olomouc. Zatím ale v Česku ve významnější míře nepostupujeme tak, jak se o tom občas mluví v médiích, tedy že někdo nakoupí nějaký lék pro celou republiku.

Nedávno v médiích proběhla zpráva, že si Česko formou rezervace zablokovalo do státních hmotných rezerv významný počet balení antibiotik – jako přípravu na situaci, kdy by tato balení mohla chybět na trhu. Není to tak, že by Správa státních hmotných rezerv nakoupila krabice s léky a někde je nastěhovala, ale dohodla se s distributory, že ve chvíli, kdy je k tomu vyzve, budou dohodnuté objemy antibiotik držet pro tyto potřeby u sebe. Uvidíme, možná se tímto způsobem bude postupovat i u jiných typů přípravků. Mluví se také

o tom, že by zdravotní pojišťovny mohly hrát aktivnější roli ve vyjednávání o cenách určitých typů léků, zejména centrových, které jsou nákladné a jejich použití je omezeno na určitý počet center splňujících personální a technické vybavení pro diagnostiku chorob. Cílem je zajistit maximální možnou efektivitu využití těchto přípravků.

Kterých medicínských oborů se to týká především?

Onkologie, revmatologie, dermatologie, oftalmologie, ale i dalších. Vždycky se jedná o moderní terapie a snaha je, abychom prostředky, které vynaložíme na nákup těchto léčiv, vynaložili co nejúčelněji.

Jak lze v rámci zdravotnického systému snižovat náklady na léky?

Pokles nákladů souvisí s tlakem na ceny a úhrady u nově zaváděných přípravků a také s postupujícím časem. Léky, které byly před pěti lety velmi moderní, velmi dobře snášené a jejich cena byla vysoká, postupně nahrazují jejich generické alternativy, které jsou také velmi dobře snášené a stále velmi účinné, ale jejich cena je už výrazně nižší. V praxi vidíme malou skupinu pacientů s komplikovanými onemocněními, kteří dostávají velmi nákladnou inovativní terapii, a velkou skupinu nemocných, kteří postupně přecházejí na levnější alternativy.

Ke snižování nákladů významně pomohlo zavedení referenčních košů jak pro ceny, tak pro úhrady. Přípravky se posuzují nejen podle toho, jak jsou účinné a bezpečné, ale také podle toho, jak si stojí náklady na léčbu ve vazbě na již užívanou terapii. Zároveň došlo k provázání informací o cenách na úrovni celé EU, takže dnes není vůbec složité se správnými nástroji zjistit, kolik peněz hradí kolegové v Německu, v Rakousku, jaké jsou ceny ve Skandinávii. Myslím si, že český systém je nyní nastavený racionálně.

Co by se přesto mohlo zlepšit?

Určitě budeme muset řešit velmi přímocárý nárůst cen za posledních pět let, který se týká léčivých přípravků pro malou skupinu pacientů se závažnými onemocněními, která nejsou ovlivnitelná jiným způsobem terapie. Nejnákladnější jsou onkologická onemocnění, poruchy imunitního systému, autoimunitní choroby a vzácná onemocnění. Náš systém zdravotního pojištění je nastaven jako solidární, takže ve chvíli, kdy pacient potřebuje i velmi nákladnou léčbu, tak se k ní dostane.

Na jaké choroby přibýlo v posledních letech nejvíce nových léků nebo účinných látek?

Zdravotnictví je tržní segment jako každý jiný. Nejvíce nových účinných látek tedy přibývá v segmentech, kde podle analýzy inovativních výrobců není dostatek účinných a bezpečných terapií, nebo dokonce nejsou vůbec. Jedná se buď o zvláště závažné, nebo okrajové diagnózy, u nichž dnes neexistuje nebo jen omezeně existuje smysluplná léčba. Týká se to onkologie, imunologie, kardiologie a terapie poruch tukového metabolismu, řada inovací přichází také v oblasti diabetu. Moderní anti-diabetika v posledních letech směřují k vícefaktoriálnímu účinku, kdy nejde jenom o snižování hladiny krevního cukru, ale o celkové ovlivnění metabolismu a zlepšení prognózy onemocnění.

Za stejný objem peněz dokážeme poskytnout terapii více pacientům

Inovativní výrobci se zaměřují zejména na oblasti, kde jsou zřetelné terapeutické výzvy, které nejsou dostupnými terapeutickými postupy uspokojivě řešeny. Výrobci generických přípravků se zaměřují zejména na včasný vstup na trh co nejbli-

že datu vypršení patentu. V obou případech jsou jako první na řadě velké trhy, jako jsou USA, Japonsko a velké evropské země. Jsou to také trhy, které výrobci berou jako referenční i pro cenová a úhradová vyjednávání.

Jak to vypadá s vývozem léků z Česka na zahraniční trhy?

Dnes už neříkáme, že exporty způsobují nedostatek léčiv na českém trhu, protože víme, že tomu tak není. V Česku máme nastavenou a průběžně upravovanou legislativu i kontrolní mechanismy. Export ale pravděpodobně dostupnost léčiv zásadním způsobem neovlivňoval nikdy. Je potřeba říct, že exportní nebo importní paralelní obchod v rámci Evropy je zcela legální postup, protože jej umožňuje jak legislativa, tak stav registrace jednotlivých léků, tak předpisy pro distribuci. Můžete nakoupit přípravek na trhu, kde se vyskytuje s nižší cenou, vyvézt ho do země, kde je cena vyšší, a realizovat zisk z toho rozdílu. V našem okolí jsou státy, které podporují paralelní import, protože tím jejich zdravotnické systémy šetří náklady.

Česko je spíše zdrojová země. Souvisí to s tím, že export od nás se dlouhodobě, minimálně posledních pět let, pohybuje kolem 3,5 miliardy korun v cenách bez marží. Paralelní import do Česka je zhruba v poměru 1 : 10, představuje tedy přibližně 350 milionů korun. Dováží se k nám zejména přípravky, které nejsou přechodné



Ilustrační foto: 123rf.com

na trhu, nebo ty, které nejsou hrazené a je možné je opatřit v okolních zemích s cenovou výhodou. Typicky se jedná například o antikoncepci.

Vaše firma vyvinula komplexní modul agendy SÚKL. Můžete ho přiblížit?

Je to produkt, kterým jsme reagovali na novelu zákona o léčivech, jejíž platnost nabíhala postupně v průběhu loňského roku a souvisela s novými povinnostmi pro držitele registrace a pro distributory. Například v okamžiku, kdy je ohlášený očekávaný výpadek, musí výrobce ze zákona informovat SÚKL o tom, kolik toho léku dovezl do Česka a jaký objem ho má k dispozici. Ve chvíli, kdy uvažuje o tom, že by nahlásil přerušení dodávek, musí mít přesně definovanou zásobu, kterou pokryje časové období jednoho nebo dvou měsíců po nahlášení výpadku tak, aby na něj ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se SÚKL mohlo reagovat. V současné době je ve výpadku více než 150 přípravků. Náš systém na základě velmi jednoduché umělé inteligence monitoruje, zda má výrobce dostatečné zásoby léčiva, a pomáhá mu v rozhodování, jak má aktuálně reagovat. Je to systém, který zjednodušuje práci zejména lidem v distribučních a logistických odděleních firem. V souvislosti s novými pravidly existuje totiž řada parametrů, jejichž prostřednictvím by měly firmy evidovat to, co se událo v posledních 12 měsících, a měly by vypočítávat objemy zásob. Všechno tohle za výrobce a distributory udělá náš systém, který umí vyprodukovat hlášení přesně podle parametrů, které SÚKL požaduje.

Jaké vidíte trendy do budoucna z hlediska efektivity zdravotnictví?

Říká se, že zdravotnictví spotřebuje všechny peníze, které do něj dáte, ať už je to jakákoliv částka. V současné době se zdá, že jedním z trendů není přidávat do něj víc a víc peněz. To se ukázalo za více než třicet let, kdy funguje systém veřejného zdravotního pojištění, jako cesta, která může tomu systému v nějaké akutní fázi pomoci, ale určitě nevede do ráje. Jestli vede do pekla, nevíme, ale navzdory regulačním mechanismům náklady stále stoupají. Narůstají logicky z toho důvodu, že se zvyšují počty pacientů a jejich diagnózy jsou závažnější. Jednou z cest je určitě centralizace péče, která může vést k efektivnímu využívání prostředků. Může se nám totiž stát, že třeba budeme mít dostatek přístrojů i léčiv, ale nebudeme mít dostatek lidí, kteří je budou moci používat a budou

PharmDr. Jiří Stránský

- Vystudoval Farmaceutickou fakultu v Hradci Králové Univerzity Karlovy.
- Původním povoláním je lékárník.
- V první polovině 90. let přešel „na druhou stranu“ – do farmaceutického průmyslu.
- Zastával manažerské pozice ve společnostech Roche Pharmaceuticals, CIBA Vision, Linde Gas Therapeutics nebo MEDA Pharma.
- Od roku 2012 pracuje ve firmě Sprinx jako obchodní ředitel divize Pharma.
- K jeho koníčkům patří literatura, hudba a cestování.

je umět obsluhovat. Ke spojování a specializaci tedy možná dojdeme z úplně jiných důvodů, než jsou náklady na léčiva.

A pokud jde o vývoj z pohledu trhu s léčivými přípravky?

Myslím si, že v současnosti je to asi jeden z nejlépe prozkoumaných a nejlépe regulovaných segmentů zdravotnictví v Česku. Určitě máme rezervy, ale budoucnost by podle mého názoru měla spočívat v tom, že budeme léčivé přípravky a terapeutické postupy posouvat směrem k prevenci a k rychlejšímu a efektivnímu postupům nevyžadujícím například dlouhodobé hospitalizace, které jsou velmi nákladné.

Minimálně bychom měli vědět, co se děje a kolik máme pacientů, kolik jich léčíme

Jakou roli budou ve zdravotnictví hrát technologie?

Obecně se očekává, že důležitost IT řešení vzroste. Na úrovni EU se chystá Evropský prostor pro zdravotní data (EHDS), který by měl nastavit základní pravidla pro sdílení zdravotních dat na národních úrovních a na evropské úrovni. Podmínkou toho, aby tohle mohlo fungovat, je to, že všichni, kteří produkují nějaká zdravotnická data, ať už jsou to velké nemocnice, nebo praktičtí lékaři, by na to měli být připraveni softwarově i hardwarově. Měly by existovat společné standardy předávání dat v jednotné podobě. To je postup, který se nám koneckonců potvrdil v souvislosti s hlášením výpadků a skladových zásob – dat je sice mnoho, nicméně jsou zpracovatelná a je možné nad nimi vytvořit aplika-

ce, které budou upozorňovat na to, že se k něčemu schyluje, že někde můžeme mít nějaký problém. Podobně můžeme postupovat i při analýzách velkých souborů dat týkajících se terapie určitých chorob.

Jak konkrétně?

Když má centrum pro léčbu nějakého onemocnění sto pacientů, tak samozřejmě má nějaké údaje. Ale když je těch center o stovce pacientů dvacet, tak se zase můžeme posunout někam dál. Můžeme z dat vyvodit závěry, které mohou mít obecnou platnost, a tím pádem můžeme modifikovat terapeutické postupy nebo analyzovat, kde nám tihá nějaká časovaná bomba. Všichni víme, že to není žádná velká raketová věda, ale stroje dokážou počítat rychleji a přesněji než my, jen k tomu potřebují správná data, protože když rychle a přesně spočítáte špatná data, tak vám vyjde špatný výsledek. Sběr dat a jejich třídění tedy představuje velmi důležitý základ.

Právě teď ve velkém stylu vstupujeme do období, kdy se z jednotlivých vlastních dat a analýz ÚZIS, nemocnic, zdravotních pojišťoven a dalších subjektů přesouváme k širšímu pohledu, který může být nejen na úrovni našeho státu, ale i většího geografického prostoru, kde jsou léčebné postupy podobné nebo stejné. Mělo by dojít k tomu, že ta data budou za určitých podmínek dostupná zdravotnickým regulátorům nebo těm, kteří budou zodpovědní za nějaké postupy nebo aktivity k zajišťování zdravotní péče. Určitě bude snadnější to, co se osvědčí v jiné zemi, aplikovat u nás, anebo naopak některé naše postupy aplikovat někde jinde. Minimálně bychom měli vědět, co se děje a kolik máme pacientů, kolik jich léčíme, jaké diagnózy léčíme, a měli bychom být schopni a ochotni se z toho do budoucna poučit. Navzdory některým optimistickým názorům si myslím, že je to běh minimálně na střední trať.

Reformy ve zdravotnictví podporují především vzdělanější a bohatší Češi

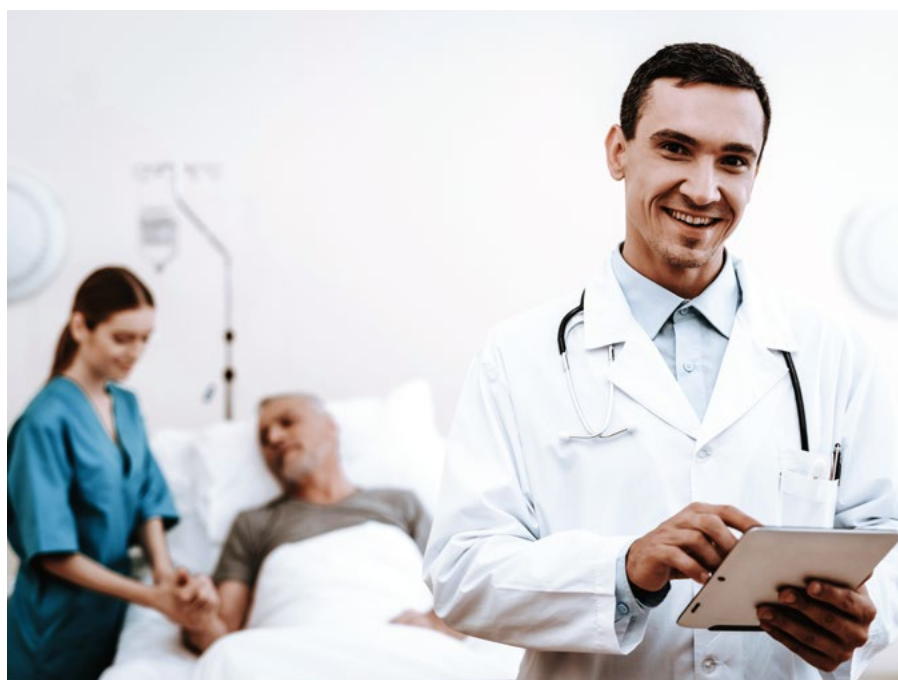
Omezování zdravotnictví je téma, které si popularitu rozhodně nezíská. Přesto je jasné, že otázka úspor ve zdravotnictví leží na stole. Přijdou však Čechům některé z často zmiňovaných návrhů na šetření přijatelné?

Reforma zdravotnictví je v odborných kruzích v poslední době častým tématem. Ale jak ji vnímají samotní Češi? Z výsledků průzkumu agentury STEM/MARK vyplývá, že většina veřejnosti o konkrétních návrzích na změny a úspory ve zdravotnictví příliš informovaná není. Dokonce dvě třetiny Čechů nezaznamenaly žádný z návrhů, které by mohly vést k úsporám nebo navýšení financování zdravotní péče.

Jaké změny by tedy byly pro veřejnost přijatelné? A kde leží hranice mezi nutnými reformami a tím, co jsou lidé ochotni akceptovat?

V rámci průzkumu agentury STEM/MARK jsme se respondentů ptali, zda by podpořili některá z často diskutovaných opatření, která by mohla přinést úspory nebo zvýšit finanční prostředky ve zdravotnictví. Záměrně jsme se vyhnuli poskytování jakýchkoli prognóz, například o očekávaném nárůstu výdajů ve zdravotnictví nebo o stárnutí populace. Naším cílem bylo zjistit, jak lidé tyto návrhy vnímají bez předchozího vysvětlování či ovlivnění dalšími informacemi.

Díky tomuto přístupu jsme získali autentický pohled na to, jak veřejnost



Ilustrační foto: 123rf.com

reaguje na jednotlivé návrhy, pokud jsou prezentovány samostatně, bez kontextu ekonomických či demografických predikcí. Výsledky průzkumu přináší cenné poznatky o tom, co jsou Češi ochotni

akceptovat, a kde naopak narážíme na hranice veřejné podpory.

Většina lidí (75 %) by souhlasila alespoň s jedním z námi nabízených navrhovaných opatření, naopak čtvrtina Čechů by nebyla pro žádné z nich. Největší podporu má snížení administrativní zátěže lékařských pracovníků digitalizací, které podporuje více než polovina Čechů, a dále zavedení placeného nadstandardu, se kterým by souhlasili 3 z 10 Čechů. Ostatní opatření jako zvýšení poplatku za pohotovost, nižší limity pro extrémně drahé léčby nebo regulační poplatek u lékaře mají menší podporu. Nejméně populární bylo rušení nemocnic. „Češi jsou na regulaci zdravotnické péče citliví a inklinují spíše k opatřením, která vypadají, že se jich jako pacientů nedotknou zdražením či omezením péče. Politiky tedy čeká ještě hodně práce v přesvědčování voličů o potřebnosti a podobě zdravotnické reformy,“ vysvětluje analytik společnosti Dalibor Stehno.

Dále jsme zjišťovali souhlas s odměňováním žádoucího chování slevou na



Graf 1 Byl/a byste pro zavedení některých z následujících opatření, která by měla ušetřit náklady českému zdravotnictví?

zdravotním pojištění. Více než polovina Čechů by souhlasila s motivační slevou na zdravotním pojištění za prevenci, například za chození na preventivní prohlídky nebo za dodržování pokynů lékaře. Slevou na zdravotním pojištění za dodržování zdravé životosprávy by byli motivováni 3 z 10 Čechů. Zdravotní pojištění ve stávajícím režimu by ponechala čtvrtina Čechů a pro úplně jinou podobu zdravotního pojištění by bylo méně než 5 procent. „Dávat slevy na zdravotní pojištění je pro Čechy lákavé, protože do solidárního systému vnáší princip odpovědnosti za vlastní zdraví, ale mohou na to doplatit lidé, kteří za svoji situaci nemohou. Například někteří lidé mají vyšší predispozice k obezitě, ať už vrozeně, či naučeně. Navíc k obezitě se přistupuje jako k nemoci, proto by nedávalo v solidárním systému smysl,

Jak výzkum probíhal

Výzkumu agentury STEM/MARK uskutečněného prostřednictvím online dotazování na Českém národním panelu se zúčastnilo celkem 510 respondentů reprezentujících českou internetovou populaci nad 18 let proporcčně podle pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, kraje a velikosti obce bydliště. Sběr dat probíhal v termínu od 14. do 20. října 2024. Součty pruhových grafů nedávají součet 100 procent, protože se jedná o otázku, kde je možné odpovědět na více odpovědí. Pokud některý z koláčových či složených pruhových grafů nedává součet 100 procent, jedná se pouze o důsledek automatického zaokrouhlování.

kdyby byl nemocný člověk penalizován. V neposlední řadě může působit sleva za dobrou životosprávu nedůvěřivě, protože není jasné, jak by se třeba kuřáctví či sportování ověřovalo, a mohlo by to nutit pacienty k neupřímnosti ke svému lékaři. Stejně tak dostupnost preventivních prohlídek je v některých

regionech významně nižší a možnosti lidí se objednávat k lékaři tak nejsou stejné,” komentuje Dalibor Stehno.

Pro regulační opatření i slevy na pojištění jsou častěji vysokoškolsky vzdělaní a lidé z movitějších domácností. „Je pravděpodobné, že jsou to právě vzdělanější a movitější Češi, kteří z takového systému mohou těžit, protože mají většinou zdravější životní styl. Zároveň si mohou dovolit regulační poplatky platit,” vysvětluje Dalibor Stehno. Slevy na pojištění podporují méně lidé, co spíše nedůvěřují lékařům a nejsou spokojeni se zdravotnictvím.

Jak hodnotí Češi svoji zkušenost s českým zdravotnictvím?

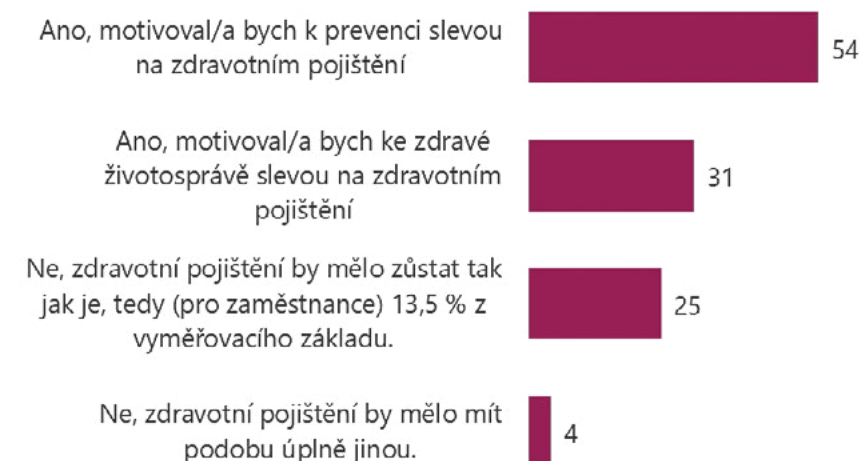
Při poslední návštěvě lékařského zařízení mělo 8 z 10 Čechů pocit, že jim byla věnována dostatečná péče. Stejně tak 8 z 10 Čechů uvádí, že jim byla dostatečně vysvětlena diagnóza.

Obecně spokojené s kvalitou a dostupností zdravotní péče jsou více než dvě třetiny Čechů. Méně často uvedli „Určitě ano“ lidé z menších obcí, naopak častěji takto odpovídali lidé z měst nad 100 000 obyvatel. Spokojenost se zdravotnictvím roste se subjektivním zdravím, s důvěrou ve zdravotnictví, pocitem dostatečné péče i porozuměním diagnóze při poslední návštěvě lékařského zařízení.

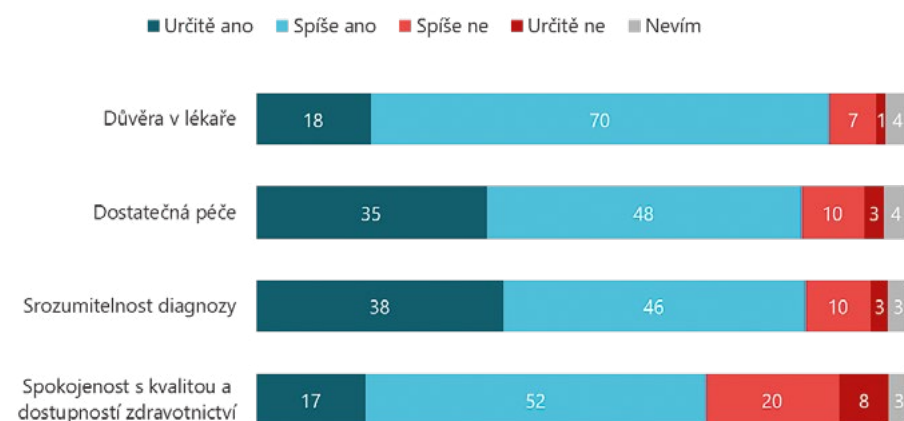
Téměř 9 z 10 Čechů důvěřuje lékařům. Vyšší důvěru pozorujeme v Česku zejména u lidí, kteří jsou zdravější. Vyšší důvěru mají také lidé, kteří si myslí, že jim při jejich poslední návštěvě lékařského zařízení byla věnována dostatečná péče. Stejně tak roste spokojenost s kvalitou a dostupností zdravotní péče v Česku.

(red)

Zdroj grafů: STEM/MARK, všichni respondenti, n = 510 (údaje v %)



Graf 2 Byl/a byste pro zohlednění zdravé životosprávy a dodržování prevence do výše zdravotního pojištění?



Graf 3 Obecné hodnocení lékařů a zdravotnictví

Prokazování příčinné souvislosti v medicínských sporech

Složitost prokazování příčinné souvislosti v medicínských sporech ilustruje případ těhotné pacientky, která navštívila nemocnici s bolestmi břicha. Po vyšetření ji propustili, avšak následující den byla kvůli silným bolestem znovu hospitalizována.

V návaznosti na to lékaři provedli císařský řez, který pacientka nepřežila. Pitva odhalila příčinu smrti krvácení do CNS způsobené cévní malformací. Toto onemocnění mohlo vést ke smrti i bez jakékoliv další příčiny.

Znalecký posudek však dospěl k závěru, že pokud by lékaři provedli císařský řez o den dříve při kontrolním vyšetření, pravděpodobnost přežití pacientky by vzrostla o 50 procent. Otázkou je, zda nemocnice odpovídá za smrt pacientky.

Teorie příčinné souvislosti obecně

Jedním z nutných předpokladů odpovědnosti za škodu je příčinná souvislost. Aby mohl být někdo povinen k náhradě újmy, musí být jeho protiprávní jednání příčinou této újmy. Určení, zda je daná podmínka v konkrétním případě splněna, není podrobně upraveno v zákoně, a tak jsou konkrétnější vodítka ponechána právní nauce a judikatuře. Z ní vychází několik kritérií, přičemž základním je tzv. kritérium nutné podmínky.

V rámci tohoto kritéria se ptáme, zda bylo protiprávní jednání (opomenutí lékařů) nutnou podmínkou škody (smrti pacientky). Neboli jinými slovy: pokud bychom si odmysleli selhání nemocnice, znamenalo by to, že pacientka by nezemřela?

Zmíněný případ dobře ilustruje složitost prokázání této podmínky v medicínských sporech. Nelze totiž se stoprocentní jistotou určit, zda by pacientka byla naživu, pokud by nedošlo ke selhání lékařů. Lidské tělo je složité a individuální a nelze vždy přesně stanovit, jaká příčina vedla ke konkrétnímu následku.

Teorie ztráty šance

Poškozený se tak ocitá v obtížné situaci, protože je to on, kdo v rámci sporu musí prokázat existenci příčinné souvislosti.

Na tuto praktickou překážku reaguje tzv. teorie ztráty šance, která usnadňuje důkazní situaci poškozeného. Podle teorie ztráty šance totiž poškozený nemusí dokazovat, že by ke škodě (s jistotou) nedošlo, pokud by lékaři nepochybili. Stačí, že prokáže zvýšenou pravděpodobnost, že by ke škodě nedošlo.

Na druhou stranu je poškozenému nahrazena pouze ta část skutečné újmy, která odpovídá míře zvýšené pravděpodobnosti. Pro lepší představu lze uvést následující příklad: pokud poškozenému vznikla újma 1 milion korun a prokáže, že selhání lékaře snížilo pravděpodobnost odvrácení této újmy o 50 procent, bude mu přiznána náhrada 500 tisíc korun.

Koncept defenzivní medicíny

Na základě úvodního případu těhotné pacientky Nejvyšší soud v případě pod sp. zn. 31 Cdo 2376/2021 posuzoval, zda se teorie šance v našem právní řádu uplatní, a dospěl k závěru, že nikoliv.

Soud zejména zdůrazňuje, že teorie ztráty šance nemá oporu v zákoně. Odpovědnost za škodu lze dovodit pouze tehdy, pokud dojde k zásahu do právního statku chráněného zákonem, jako je například život, zdraví nebo majetek. Zákon však neposkytuje oporu pro to, aby za takový statek byla považována i pouhá zvýšená pravděpodobnost předejití újmy.

Uznání této pravděpodobnosti jako chráněného právního statku by navíc vedlo k posunu od náhrady skutečné újmy k náhradě újmy hypotetické. Taková náhrada by však byla obtížně předvídatelná a její rozsah těžko určitelný. Protože zákon s touto formou újmy nepočítá, neobsahuje ani pravidla pro stanovení její výše. Určování rozsahu škody by pak zůstalo na rozhodnutí soudů v jednotlivých případech, což by vedlo k nepředvídatelnosti a arbitrárnosti soudních rozhodnutí.

Tyto právní argumenty byly podpořeny také právně-politickým argumentem, v jehož rámci se soud ptá, zda by zvýšená hrozba nároků pacientů vůči nemocnici vedla ke zkvalitnění zdravotní péče. Soud dospívá k závěru, že nikoliv.

Obava z potenciálních žalob by mohla vést k tomu, že by si lékaři chtěli „krýt záda“ – například by z opatrnosti posílali pacienty na nadbytečná vyšetření nebo se vyhýbali složitějším zákrokům s nejistým výsledkem. Důsledkem by pak bylo nejen prodražení zdravotní péče, ale i její celkové zhoršení.

Nejvyšší soud v této souvislosti také reflektuje samotné vnímání medicíny – zda ji lze chápat jako exaktní vědu, která lidský organismus považuje za stroj, jenž lze opravit, nebo spíše jako stále nedokonalé umění pravděpodobnosti, jež se potýká s mnoha dosud nepoznanými aspekty lidského těla.

Ochrana poškozeného

Lze tak uzavřít, že teorie ztráty šance se v našem právním řádu neuplatní. Soudy však často hledají způsoby, jak poškozeným usnadnit důkazní situaci.

Možností ochrany poškozené je vícero. Pro příklad lze uvést: Obrácení důkazního břemene v odůvodněných případech, možné nároky z ochrany osobnosti, snížení nároků na jistotu potřebnou na prokázání příčinné souvislosti, tj. je nutné prokázat pouze vysokou míru pravděpodobnosti.

Zejména mají soudy tendenci snižovat nároky na prokazování příčinné souvislosti. Poškozený tak nemusí prokazovat stoprocentní jistotu, ale vysokou míru pravděpodobnosti, jak vyplývá např. z rozsudku pod sp. zn. 25 Cdo 3332/2020. Soudní praxe však zůstává nejasná a výsledek v konkrétní věci bude záviset na konkrétní právní argumentaci.

Mgr. et Bc. Juraj Juhás, Ph.D.

Jiří Machala

Advokátní kancelář Glatzová & Co., s.r.o.

Nemocnice Na Homolce a 1. lékařská fakulta UK mají novou Kardiologickou kliniku

1. února 2025 zahájila činnost nová Kardiologická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Nemocnice Na Homolce. Vznik této kliniky, která spojuje akademickou a klinickou sféru, schválil Akademický senát 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy dne 13. ledna 2025.

Tento krok potvrzuje dlouhodobou spolupráci mezi kardiologickým oddělením Nemocnice Na Homolce a 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy (1. LF UK), přičemž hlavním zaměřením bude pregraduální výuka studentů této fakulty se zaměřením na 5. a 6. ročník, výuka zahraničních studentů a samozřejmě nedílnou součástí aktivity nové kardiologické kliniky bude stávající biomedicínský výzkum, při kterém se kardiologická klinika bude zaměřovat především na vývoj a testování nových technologií pro léčbu kardiovaskulárních onemocnění. V této oblasti dominují především intervenční přístupy v rámci strukturálních onemocnění, srdečních aryemií a srdečního selhání. V této oblasti se pak bude zaměřovat i na postgraduální vzdělávání, především studium doktorandů.

Tyto inovativní projekty, vedené prof. MUDr. Petrem Neužil, CSc., FESC, primářem kardiologického oddělení,

probíhají v rámci experimentální laboratoře, která je součástí společného výzkumného centra 1. LF UK, Nemocnice Na Homolce a Všeobecné fakultní Nemocnice v Praze.

„Kardiologická klinika v Nemocnici Na Homolce je moderním pracovištěm, které poskytuje komplexní péči o pacienty s onemocněními srdce a cév. V rámci naší kliniky realizujeme každý rok až 3500 katetrizačních zákroků, což nás řadí mezi největší kardiovaskulární centra v Česku,“ říká primář oddělení prof. Petr Neužil. „Naším cílem je nejen poskytovat špičkovou péči našim pacientům, ale i vzdělávat budoucí generace lékařů a přispívat k rozvoji kardiologie prostřednictvím biomedicínského výzkumu a vývoje nových léčebných metod. Klinika bude poskytovat prostor pro vzdělávání studentů 1. LF UK, kteří se budou moci zapojit do každodenní klinické praxe a výzkumu.“

Další rozvíjení spolupráce

Vznik kliniky vítá i děkan 1. LF UK prof. Martin Vokurka: „S kardiologickým pracovištěm Nemocnice na Homolce nás pojí dlouholetá spolupráce ve výuce mediků i ve vědě. Se vznikem kliniky se nyní může intenzivně rozvíjet a rozšiřovat. Kardiologie je významný obor a seznámení budoucích lékařů se širokým spektrem moderních diagnostických a léčebných metod je velmi důležité, stejně jako možnost zapojit se do klinické a výzkumné práce už při studiu. Studenti 1. LF UK tak budou mít možnost poznat kardiologii na našich pracovištích opravdu komplexně od teoretických základů až po špičkovou klinickou praxi.“

Kardiologická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Homolce je součástí širšího propojení tří renomovaných institucí a spolupracuje s mezinárodními partnery v oblasti klinické a translační medicíny. Klinika se zaměřuje na vysoce specializovanou léčbu srdečních aryemií, provádí katetrizační ablace, implantace kardiostimulátorů a kardioverterů-defibrilátorů pro nemocné ve vysokém riziku náhlé srdeční smrti. Patří k evropské špičce v oboru léčby poruch srdečního rytmu a chronického srdečního selhání a je jedním z největších center v Evropě, s výjimečným zaměřením na intervenční katetrizační zákroky při akutním infarktu myokardu, léčbu anginy pectoris, uzávěry defektů síňové přepážky a prevenci cévních mozkových příhod. Klinika rovněž patří mezi první pracoviště v Česku, kde byly aplikovány dočasné mechanické srdeční podpory při léčbě akutního srdečního selhání.

Nová klinika posílí konkurenceschopnost českého biomedicínského výzkumu a technologie, přičemž bude i nadále pokračovat v poskytování kvalitní péče o pacienty a v inovativním přístupu k léčbě kardiovaskulárních onemocnění.

(htl)



Úrazoví chirurgové z Ústí jako první použili nový hybridní sál s výpočetním tomografem

Lékaři kliniky úrazové chirurgie z ústecké Masarykovy nemocnice ve spolupráci se specialisty z radiologické kliniky využili hybridní sál osazený CT přístrojem ke kontrole výsledků operace u pacientů se složitými nitrokloubními zlomeninami. Jedná se teprve o druhý sál v Česku disponující plnohodnotným CT přístrojem. Výpočetním tomografem umožňuje v reálném čase provádět vyšetření na submilimetrové úrovni (řez tenký až 0,4 mm) a vytvářet dvojrozměrné i trojrozměrné rekonstrukce skeletu i měkkých tkání, které si poté operátor může prohlížet a hodnotit výsledek své práce v průběhu operace.



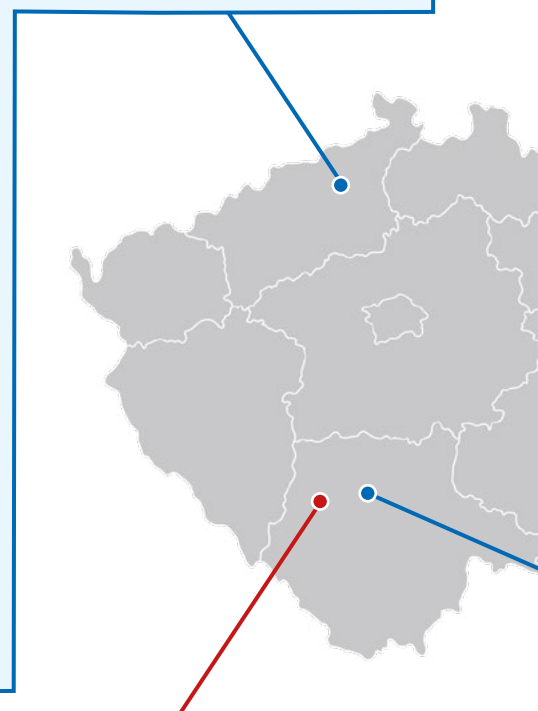
„Zásadní výhodou tohoto postupu je získání okamžité a přesné informace o postavení jednotlivých úlomků kostí, částí kloubu a šroubů či kovových dlah, umístěných v pacientovi během výkonu. Samotný prostý rentgenový přístroj, zobrazující jen dvojrozměrné obrazy, nám neposkytne dostatek informací o situaci v nepřehledných či anatomicky složitých lokalitách. Když jsme neměli k dispozici hybridní sál, CT jsme standardně prováděli až druhý či třetí den po operaci. Nyní máme možnost vyšetřovat přímo v rámci chirurgického výkonu a ihned potvrdit přesnost operace i umístění šroubů. Jakoukoliv nedokonalost lze nyní hned upravit a pacient odjíždí ze sálu s dokonalým výsledkem,“ zhodnotil novou techniku operátor MUDr. Lubomír Kopp, Ph.D.

Pro prohlížení zhotoveného CT vyšetření je na novém hybridním sálu k dispozici futuristický monitor, ovládaný gesty operátora, umožňující práci s CT obrazem bez nutnosti fyzického kontaktu ruky s ovládacími prvky. „Stereoskopická kamera, umístěná nad monitorem, sleduje mé ruce, vyhodnocuje jejich pohyby, vzdálenost i gesta a zobrazuje mi jednotlivé řezy v různých rovinách. Těmi mohu listovat, měnit jejich orientaci, zvětšovat či zmenšovat obraz, provádět 3D rekonstrukce, měnit kontrast a hloubku zobra-

zení, a to vše bez nutnosti snímat sterilní rukavice. Mohu si tedy kdykoliv během výkonu zobrazit kteroukoli anatomickou část pacienta a listovat ve směrech a rychlostí, kterou potřebuji k orientaci v obrazech, aniž bych se musel posléze znovu převlékat do sterilního pláště a rukavic,“ popisuje funkce speciálního monitoru doktor Kopp.

(htl)

Foto: Krajská zdravotní



Strakonická nemocnice získala unikátní čističku vzduchu

Strakonická nemocnice se stala prvním zdravotnickým zařízením ve střední Evropě, které začalo využívat revoluční přístroj na čištění a dezinfekci vzduchu CDa Pro od britské společnosti Innova Nanojet.

Přístroj obdržela nemocnice jako jednu z cen k získání titulu „Nejlepší nemocnice roku 2024“. Široké uplatnění našel na Plicním oddělení, kde se denně používá v patientských pokojích, na chodbě, v jídelně, v ambulancích i vyšetřovnách.

Zaměstnanci i pacienti si nový přístroj velmi pochvalují, protože pomáhá udržovat čistší a zdravější vzduch. „Díky speciální technologii rozprašuje do ovzduší kapky vody o nano velikosti, které na sebe vážou škodlivé částice, jako prach, bakterie a viry, a účinně je odstraňuje ze vzduchu, kde jsou nejrizikovější pro lidský organismus. Výrazně tak přispívá k omezení šíření nemocí a zlepšení celkové kvality prostředí,“ uvedla hlavní sestra Nemocnice Strakonice, a.s., Mgr. Edita Klavíková.

Díky této technologii dokáže CDa Pro odstranit i částice menší než 0,3 mikronu, mezi které patří například viry chřipky či SARS-CoV-2, které jsou konvekčním čištěním vzduchu obtížně odstranitelné. Přístroj se osvědčil nejen při prevenci přenosu nemocí, ale také zlepšuje kvalitu ovzduší zvlhčováním, odstraňuje nepříjemné pachy a ulehčuje život alergikům. Pro dosažení optimálních výsledků stačí provozovat čističku jen několik minut denně.

(red)

Nová chladičí čepice pomůže onkologickým pacientům ve zlínské nemocnici

K pracovištím, která disponují přístrojem pro chlazení pokožky hlavy za účelem zmírnění ztráty vlasů, nyní nově patří i Komplexní onkologické centrum Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně (KNTB).

Ztráta vlasů patří mezi onkologickými pacienty k nejobávanějším vedlejším účinkům chemoterapie. „Pro využití chladičí čepice jsou indikováni pacienti, kteří se u nás léčí ambulantně a je u nich velká pravděpodobnost ztráty vlasů. Chladičí

systém Paxman má velmi dobré výsledky u pacientek léčených s karcinomem prsu. Při správném použití lze zabránit ztrátě vlasů až o šedesát procent, vlasy navíc dorůstají mnohem rychleji i během samotné léčby. Funguje to tak, že v průběhu chemoterapie mají pacienti na hlavě čepici, tím se jim sníží teplota hlavové pokožky, chemoterapie se nedostane do vlasových folikulů a vlasy nevypadají,“ uvedla MUDr. Markéta Pospíšková, Ph.D., primářka Onkologického oddělení Krajské nemocnice T. Bati.

Přístroj pro chlazení pokožky hlavy stál necelých 840 tisíc korun a zlínská krajská nemocnice ho zakoupila díky projektu Pomáháme onkologii, který již devátým rokem podporuje Komplexní onkologické centrum KNTB. „Za osm let jsme přispěli zlínské onkologii téměř sedmi miliony korun. Vždy se snažíme pomoci finančně tam, kde můžeme zlepšit komfort pacientů. Nyní se tedy jedná



o chladičí čepici. Věřím, že přístroj pacienti velmi ocení,“ řekl Marek Šíkula, jeden ze zakladatelů projektu Pomáháme onkologii.

Metoda chladičího systému Paxman není hrazena ze zdravotního pojištění, většina zdravotnických zařízení ji má zpoplatněnou. Krajská nemocnice Tomáše Bati nyní nabídne tuto službu první tři měsíce zdarma, aby mohla vyhodnotit fungování přístroje a zájem pacientů.

(htl)

Foto: KNTB

Časté močení léčí v Písku nově botulotoxinem

čtyřiceti procent sedmdesátnic. Důvodem bývá vyšší dráždivost močového měchýře, jeho malá kapacita nebo kombinace obojího. Pokud nezaberou léky, fyzioterapie nebo jiné druhy léčby, lze využít botulotoxin. Zárok, při němž se látka aplikuje do močového měchýře, probíhá v krátké narkóze a slibuje až devítiměsíční úlevu od potíží.

„Tato metoda není pro pacientky příliš náročná a umožňuje nemocnici opustit už následující den po zákroku. Provádí se asi v desetiminutové narkóze pomocí speciální endoskopické věže. S její pomocí se botulotoxin aplikuje injekční stříkačkou přímo do svaloviny močového měchýře, kde sníží aktivitu nervů. Efekt se dostavuje zpravidla za čtyři až sedm dní a vydrží šest až devět měsíců,“ uvedl Michal Turek, primář Gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Písek a vedoucí lékař nemocničního Urogynekologického centra, které tuto metodu nově zavedlo. K zákroku se pacientky mohou objednat samy nebo na základě doporučení svého

gynekologa či praktického lékaře. Podstupují ho po vyšetření v Urogynekologické ambulanci Nemocnice Písek a s negativním výsledkem vyšetření moči na přítomnost infekce. „Úlevu od potíží, tedy zvýšení kapacity močového měchýře a snížení frekvence močení, pocítuje po tomto zákroku až osmdesát procent žen,“ řekl Michal Turek.

Nová metoda léčby dráždivého či nízkokapacitního močového měchýře rozšiřuje nabídku Urogynekologického centra Nemocnice Písek, které se zaměřuje na inkontinenci a poruchy ženského pánevního dna. Jeho služby představují komplexní spektrum výkonů na pánevním dně a vedle zákroků bránicích úniku moči se jedná o poševní plastiky a fixace pochvy nebo dělohy. S počtem 200 operací proti ženské stresové inkontinenci ročně se centrum řadí k největším v celém Časku. Jako jediné v jižních Čechách má obor urogynekologie akreditovaný pro další

(htl)

Foto: Nemocnice Písek

Ženy s dráždivým močovým měchýřem nebo s jeho malou kapacitou mohou v Nemocnici Písek podstoupit léčbu botulotoxinem, která snižuje frekvenci močení i jeho nutkavost a zmírňuje urgentní inkontinenci. Léčba je nově zařazena do nabídky služeb Urogynekologického centra Nemocnice Písek. Nutkavé nebo časté močení trápí celou řadu žen – téměř dvacet procent čtyřicátnic a kolem



FARMAKOTERAPIE INSOMNIE

doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.

Psychiatrická ordinace, Praha

Dobrý spánek vnímá většina lidí jako jeden ze základních atributů dobrého zdraví. Za poruchou spánku se může skrývat onemocnění, jehož další příznaky pacient z různých důvodů nedoveďe nebo nechce podrobněji uvést, či si je neuvědomuje. Údaj o nespavosti (insomnii) nelze nikdy podcenit. Naopak, je zapotřebí se jím zabývat jako důležitým symptomem, který nás může dovést k diagnóze základního onemocnění. Správný postup při krátkodobé insomnii může zabránit jejímu přechodu do chronické formy. S akutní, přechodnou insomnií se setkal každý člověk, příznaky chronické insomnie se vyskytují podle současných výzkumů minimálně u třetiny populace. Evropské statistiky uvádějí 10 % dospělých s chronickou insomnií.^{1/} Častější je u žen než u mužů a s přibývajícím věkem. Nárůst výskytu chronické insomnie souvisí se zrychlujícím se životním tempem, zvyšujícím se průměrným věkem populace, nepravidelným režimem spánku a bdění, digitálními aktivitami a zvyšujícím se počtem civilizačních chorob. V současné době existuje několik konsenzuálních modelů a pravidel léčby insomnie. Za nejvýznamnější pro naši tuzemskou praxi považujeme Evropské doporučení vytvořené pod patronací Evropské společnosti pro výzkum spánku (ESRS).^{1/} Dalším významným dokumentem je Doporučení pro klinickou praxi Americké akademie spánkového lékařství (AASM).^{2/} V České republice byla Českou neurologickou společností ČLS JEP^{3/} převzata Evropská doporučení, vlastní doporučení vydala Psychiatrická společnost ČLS JEP.^{4/}

DIAGNOSTIKA A KLASIFIKACE INSOMNIE

Insomnie je definována poruchou nočního spánku (neschopnost spánek navodit a/nebo ho udržet, tj. časté a/nebo časné probouzení), která ovlivňuje denní aktivity, za předpokladu vytvoření možností a podmínek ke kvalitnímu spánku. Máme-li insomnii považovat za onemocnění *sui generis*, měly by obtíže trvat po dobu alespoň tří měsíců a vyskytovat se nejméně třikrát týdně. Pacient se v takovém případě obvykle příliš stará o důsledky nespavosti, obává se období spánku a stěžuje si na zhoršení výkonnosti v práci i při jiných sociálních aktivitách, na zvýšenou únavu, depresivní náladu, podrážděnost nebo kognitivní poruchy. Nebezpečným důsledkem insomnie bývá snížený práh bdělosti a opakované usínání v průběhu dne (snížení pozornosti, event. až mikrosnípky s nebezpečím úrazu zejména při řízení motorových vozidel). Mohou se objevit i různé nepříjemné somatické a vegetativní příznaky.

Soudobé poznatky spánkové medicíny zohledňuje Mezinárodní klasifikace poruch spánku ICSD-3-TR^{5/}, Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické společnosti DSM-5^{6/} i Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11.^{7/} MKN-11 poprvé v historii mezinárodní klasifikace nemocí uvádí samostatnou kapitolu Poruchy spánku. U některých jedinců může mít chronická nespavost spíše epizodický průběh, s opakujícími se epizodami poruch spánku/bdění, které trvají vždy několik týdnů v průběhu několika let. Jedinci, kteří uvádějí symptomy související se spánkem bez zhoršení denního stavu, nejsou považováni za osoby trpící některou z definovaných poruch spánku. Pokud je nespavost způsobena jinou specifikovanou

poruchou spánku a bdění, duševní poruchou, jiným onemocněním nebo látkou či lékem, může být chronická nespavost diagnostikována pouze v případě, že je samostatně středem klinické pozornosti. S diagnózou insomnie bychom neměli zaměňovat poruchy spánku způsobené směnným provozem a dalšími poruchami cirkadiálního rytmu (např. syndromem jet lag). Syndrom předsunuté nebo zpožděné fáze spánku, kde je doba usínání u pacientů předsunuta nebo zpožděna oproti průměrné populační konvenci minimálně o 2 hodiny, není považován za poruchu. Jde o vrozené nastavení cirkadiálního rytmu. Často je mylně diagnostikováno jako insomnie.^{8/}

ETIOPATOGENEZE INSOMNIE

Dle etiologie rozlišujeme:

a) Poruchy spánku, charakterizované problémy se zahájením nebo udržením spánku, nebo jako nedostatečně osvěžující spánek, vedoucí ke klinicky významné nepohodě nebo zhoršení výkonu v oblastech sociálních, pracovních, případně dalších (dříve též „primární insomnie“ nebo „psychofyziologická insomnie“). Nejsou důsledkem somatického nebo psychiatrického onemocnění.

Příčiny poruch spánkového procesu^{9/} nejsou dosud zcela objasněny. Bylo definováno několik neurobiologických faktorů, které s insomnií pravděpodobně souvisejí: hypothalamo-hypofýzo-adrenální osa, cytokiny, produkce melatoninu. Za biologické markery se považují zvýšené hladiny cirkulujících katecholaminů, zvýšený bazální metabolismus, zvýšená tělesná teplota, variabilita srdeční frekvence/respirační sinusová arytmie a zvýšená frekvence vln beta EEG/korová aktivace EEG. Mezi neurotransmitery podporující bdění počítáme acetylcholin, dopamin, kyselinu glutamovou, histamin, hypokretin (orexin) a noradrenalin. Mezi neurotransmitery podporující spánek pak adenosin, kyselinu gama-aminomáselnou (GABA), melatonin a imunitní modulatory.

b) Insomnii, která se vyskytuje ve spojitosti s jinými somatickými, psychiatrickými nebo spánkovými poruchami (dříve též „sekundární insomnie“). Komorbidní onemocnění často způsobující insomnii shrnuje **tabulka 1**.

Insomnie se vyskytuje u všech duševních poruch. Může být i důležitým diagnostickým markerem. Insomnie pravidelně doprovází abúzus psychoaktivních látek. Nově se masově vyskytuje v souvislosti s nadužíváním digitálních médií.^{9/} Poruchy spánku jsou také důležitými příznaky neurologických nemocí a mnoho takzvaně primárních poruch spánku má neurologickou podstatu. Navíc poruchy spánku mohou být rizikovými faktory neurologických nemocí (např. obstrukční spánková apnoe pro cévní mozkovou příhodu) nebo jejich prodromálním stadiem.^{10/} Přechodná, ale i dlouhodobá nespavost se objevuje u řady tělesných onemocnění. Poloha vleže často zvýrazňuje příznaky městnavé ischemické choroby srdeční a zhoršuje dušnost. Astmatické záchvaty narušují spánek v průběhu noci. Večerní

Tab. 1 Častá komorbidní onemocnění nebo faktory související s insomnií^{1/}

Psychiatrická	Somatická	Neurologická	Užívání psychoaktivních látek
depresivní poruchy	kardiovaskulární poruchy	neurodegenerativní onemocnění	alkohol
bipolární poruchy	diabetes mellitus	cerebrovaskulární onemocnění	nikotin
úzkostné poruchy	chronické onemocnění ledvin	traumatická poranění mozku	kofein
hraniční porucha osobnosti	chronická obstrukční plicní nemoc	roztroušená skleróza	tetrahydrokanabinol
posttraumatická porucha	revmatické poruchy	syndrom neklidných nohou, periodické pohyby končetin ve spánku	opioidy
schizofrenie	chronická bolest	fatální familiární insomnie	farmaka s psychoaktivním účinkem
abúzus psychoaktivních látek	jakékoli maligní onemocnění poruchy dýchání ve spánku		kokain
			amfetaminy

obava ze záchvatu může zhoršovat usínání. U všech nemocí, kde se objevuje bolest, se snadno vyvine nespavost. Přiměřená analgezie a správná léčba omezují příznaky a snižují spotřebu hypnotik. Podobně bolest a fyzický dyskomfort mohou zvýraznit spánkovou poruchu. Příčinou nespavosti může být rovněž syndrom neklidných nohou a spánková apnoe. Nespavost je častá také u hypotyreózy, urémie, hepatopatií. Nespavost mohou způsobovat také některá léčiva. Patří k nim zejména betablokátory (propranolol, metoprolol, pindolol), hypolipidemika (např. atorvastatin), bronchodilatancia (metylxantiny), kortikosteroidy, centrálně působící anorektika nebo nazální dekongestiva.

CHRONOBIOLOGICKÉ ASPEKTY INSOMNIE

Z klinického hlediska je nespavost především varovný signál desynchronizace biologických rytmů. Pouhé farmakologické uvedení do spánku hypnotikem, bez další klinické úvahy o kauzalitě nespavosti, je v současné době nutno považovat za obsolentní. Ve většině případů není vhodná opakovaná preskripce a dlouhodobé užívání benzodiazepinů nebo Z-hypnotik z následujících důvodů: mění fyziologickou strukturu spánku, náhlé vysazení může vyprovokovat rebound insomni (zejm. benzodiazepiny s krátkým a středním biologickým poločasem), mohou vést ke vzniku biologické nebo psychologické závislosti, zejm. u starších pacientů mohou vyvolat poruchy paměti a stavy noční zmatenosti.

Blíže ke kauzalitě chronické nespavosti mají psychofarmaka příznivě ovlivňující nejen start a kontinuitu spánku, ale i synchronizaci biologických rytmů. Za takové synchronizátory můžeme považovat antidepresiva, psychopropylaktika (např. lamotrigin, valproát sodný, gabapentin, lithium). Některá novější antidepresiva obsahují kombinaci složky sedativní a synchronizační (v klinické praxi se osvědčily zejména trazodon a mirtazapin).^{9/} V souvislosti s poznatky chronobiologie byla vyvinuta řada látek kombinujících hypnotickou složku na úrovni serotoninových 5-HT_{2C} receptorů a chronobiologický účinek melatoninu na úrovni receptorů MT₁ a MT₂. Patří k nim v ČR registrovaný agomelatin. Skutečným cirkadiánním regulátorem, který resetuje hlavní tělesné hodiny v suprachiasmatickém jádře je tasimelteon, duální agonista melatoninových receptorů se selektivní agonistickou aktivitou na receptorech MT₁ a MT₂. Z uvedeného vyplývá, že u pacientů s chronickou nespavostí hrají v mnoha případech významnější roli než hypnotika/sedativa léky se synchronizujícím potenciálem.

LÉČBA INSOMNIE

Evropské a americké doporučené postupy^{1-4/} se shodují v názoru na nezbytnost souběžné aplikace psychoterapeutických a farmakologických metod. Současně upozorňují na přetrvávající

nedostatek exaktních dat, zejména u studií farmakologické léčby insomnie, a vyzývají k pečlivé individuální klinické práci s jednotlivými pacienty. Nejprve je potřeba se zaměřit na úpravu cirkadiánního rytmu v případě, že spánek není synchronní s cirkadiánním rytmem. Důležité je neopomenout otázku užívání látek ovlivňujících spánek a přidružených onemocnění (komorbidní spánková porucha). Dle doporučených postupů^{1,2/} je první volbou při léčbě insomnie kognitivně behaviorální terapie (CBT-I). Základními postupy jsou relaxační metody, spánková restrikce, kontrola stimulu, kognitivní terapie. Problémem CBT-I je především její omezená dostupnost.^{1,11/} V případě neúčinnosti pak pokračovat farmakoterapií. Hlavní lékové skupiny a zástupce používané k léčbě nespavosti v Evropě uvádí **tabulka 2**.

BENZODIAZEPINY A Z-HYPNOTIKA

Obě lékové skupiny působí jako agonisté GABA_A receptorů s modulací inhibičních chloridových kanálů.^{12/} Aktivací těchto receptorů dochází k zesílení inhibičního účinku GABA na přenos nervových vzruchů. GABA_A receptory se ale skládají z několika podjednotek s různou mírou zastoupení v centrálním nervovém systému. Jednotlivé skupiny i jejich zástupci se liší v mechanismu receptorového účinku (míře ovlivnění jednotlivých podjednotek) a z toho vyplývají odlišnosti v jejich působení. Dle afinity k jednotlivým receptorovým místům i v závislosti na dávce se mohou rozvinout účinky anxiolytické, antikonvulzivní, myorelaxační, sedativní či hypnotické.

V klinické praxi bývají první volbou u akutní nespavosti nebenzodiazepinová hypnotika, tzv. Z-hypnotika. Nemají účinek amnestický, antikonvulzivní ani myorelaxační. Anxiolytický a stimulační účinek mohou mít ve vysokých dávkách, pro které mohou být také zneužívána. Mohou způsobovat rebound insomni. Účinek po perorálním podání nastupuje do 15–20 minut, trvat může až šest hodin. Biologický poločas se pohybuje od jedné do pěti hodin (nejkratší má zaleplon, nejdelší zopiklon). Metabolizovány jsou prostřednictvím CYP450 v játrech.^{9/} Podle evropských i amerických doporučení by měla být Z-hypnotika podávána jen krátkodobě, maximálně po dobu 4 týdnů. O delší době podávání by mělo být rozhodnuto přísně individuálně. Výjimku by mohla tvořit podskupina insomnií, zejm. poruch usínání, způsobených nedostatkem endogenních benzodiazepinů nebo insuficiencí gabaergních receptorů v oblastech mozku, které zajišťují start spánku a jeho udržení. Poruch tohoto typu přibývá s věkem, u pacientů starších 65 let jsou poměrně běžné. Podávání benzodiazepinů a Z-hypnotik má u těchto pacientů význam substituční. K substituční podpoře startu spánku je vhodné hypnotikum s krátkým biologickým poločasem, např. zolpidem. Poruchy kontinuity spánku může pomoci řešit benzodiazepin se středně dlouhým biologickým poločasem (alprazolam, bromazepam). Nevhodnou volbou

Tab. 2 Hlavní skupiny léků používané k léčbě nespavosti

Léková skupina	Používané v Evropě ^{1/}	Registované v ČR ^{1/}
Benzodiazepiny	diazepam, flunitrazepam, flurazepam, lormetazepam, nitrazepam, oxazepam, temazepam, triazolam	diazepam, oxazepam, klonazepam, alprazolam, bromazepam, chlordiazepoxid, klobazam, tofisopam
Selektivní BZRA („Z-hypnotika“)	zaleplon, zolpidem, zopiklon, eszopiklon	zolpidem, zopiklon, eszopiklon
Sedativní antidepresiva	agomelatin, amitriptylin, doxepin, mianserin, mirtazapin, trazodon, trimipramin	agomelatin, amitriptylin, mianserin, mirtazapin, trazodon
Antipsychotika	chlorprothixen, levomepromazin, melperon, olanzapin, pipamperon, prothipendyl, kvetiapin	chlorprothixen, levomepromazin, melperon, olanzapin, kvetiapin
Antihistaminika	difenhydramin, doxylamin, hydroxyzin, promethazin	promethazin, hydroxyzin, bisulepin
Fytoterapeutika	chmel otáčivý, pepřovník opojný (kava-kava), meduňka lékařská, mučenka pletní, kozlík lékařský, levandule lékařská	chmel otáčivý, meduňka lékařská, mučenka pletní, kozlík lékařský, levandule lékařská
Agonisté melatoninového receptoru	melatonin, ramelteon, melatonin PR	melatonin, melatonin PR, tasimelteon
Antagonisté orexinového receptoru	daridorexant	daridorexant

BZRA – agonisté benzodiazepinových receptorů; PR – prodloužené uvolňování

u starších pacientů je vždy diazepam s ohledem na jeho dlouhý biologický poločas a ukládání aktivních metabolitů do tukové tkáně.

Limitujícími faktory při léčbě benzodiazepiny a Z-hypnotiky jsou: možnost vzniku závislosti, narušení přirozené struktury spánku, riziko stavů noční zmatenosti a pádů (zejména u starších pacientů), možnost vyprovokovat rebound insomnií (zejména benzodiazepiny s krátkým a středním poločasem) a riziko efektu „hangover“ (u látek s delším poločasem). Při přerušení podávání hypnotik se mohou přechodně, a to i v intenzivnější formě, znovu objevit symptomy, kvůli kterým byla léčba benzodiazepiny nebo jim podobnými látkami zahájena. Mohou být doprovázeny dalšími reakcemi včetně změn nálad, úzkosti a neklidu. Je důležité, aby byl pacient o této možnosti informován, tím se sníží jeho obavy v případě, že se tyto příznaky po vysazení přípravku objeví. Ukazuje se, že v případě benzodiazepinů a jim podobných látek s krátkodobou účinností se abstinenci příznaky mohou objevit během intervalu mezi dávkami, obzvláště pokud je dávka vysoká. Riziko abstinenci příznaků/opětovného výskytu symptomů je vyšší po náhlém ukončení léčby, proto se doporučuje postupné snižování dávky. Jen relativně nízké procento populace má biologickou dispozici k rozvoji tzv. drogové závislosti, kterou provází rychlý rozvoj prožitku blaženosti po užití látky. Toužení (craving) po opakování prožitku vede spolu s rychlou aktivací jaterních enzymů komplexu P450 k navýšování dávek. Náhlé vysazení látky je doprovázeno typickým abstinenci syndromem. Častější je rozvoj psychické závislosti spojený s obavou z vysazení léku (zvýšené sebeopozorování po ulehnutí, rozvoj stresu a neschopnost usnout). Postupné vysazování a psychoterapeutická podpora mohou tento typ závislosti eliminovat. Diferenciální diagnostika mezi psychickou závislostí oproti substitučnímu potenciálu bývá obtížná zejména u pacientů ve vyšším věku.

ANTIDEPRESIVA

Sedativně působící antidepresiva, která jsou často užívána v Evropě k léčbě nejen komorbidní insomnie, ale také insomnie primární, jsou uvedena v **tabulce 2**. Podle evropských doporučení není žádné z nich oficiálně indikováno k léčbě insomnie, pokud tato není součástí depresivní poruchy. Přesto se připošit v některých případech jejich úspěšnost. Exaktní studie jsou zatím rozporuplné, a tak v klinické praxi nezbývá než používat antidepresiva při léčbě insomnie po pečlivé individuální úvaze, v nižších dávkách než při léčbě depresivních poruch.^{1/} Předpokládá se, že antidepresiva

normalizují poměr delta spánku a pomalovlnnou aktivitu.^{13/} Jak bylo uvedeno výše, vyvinuta byla antidepresiva se synchronizujícím potenciálem (agomelatin).

ANTIPSYCHOTIKA

Antipsychotika jsou při léčbě insomnie používána zejména ve spojitosti s různými duševními poruchami. V případě insomnie bez komorbidit nepovažují evropská doporučení antipsychotika (včetně kvetiapinu) za vhodné léky.^{1/}

DUÁLNÍ ANTAGONISTÉ OREXINOVÝCH RECEPTORŮ

Nadějnou kapitolu farmakologické léčby otevřel objev duálních antagonistů orexinových receptorů (DORAs). Orexinové neuropeptidy (orexin A a B) interakcí s receptory podporují bdělost. Zatím jediným reprezentantem této skupiny léků, schváleným v r. 2022 Evropskou lékovou agenturou (EMA) a současně registrovaným v ČR je daridorexant. Daridorexant působí proti aktivaci orexinových receptorů, snižuje bdělost a umožňuje epizody spánku, aniž by měnil proporce spánkových stadií. Trvání léčby má být co nejkratší, klinická data jsou dostupná pro období až 12 měsíců. V USA byl z této lékové skupiny v roce 2019 schválen FDA lemborexant.^{14/}

ANTIHISTAMINIKA

Antihistaminika jsou inverzní agonisté histaminových receptorů. Histaminergní systém je jeden z aktivních systémů mozku a inhibice jeho aktivity navozuje ospalost. Sedativní účinek je výrazný u první generace. Dle doporučených postupů ^{1-4/} není pro užití antihistaminik v léčbě nespavosti dostatek důkazů a při jejich případném použití je třeba obezřetnosti vzhledem k možným rizikům. Alespoň malé množství randomizovaných kontrolovaných studií podporuje užití doxylaminu a difenhydraminu (v ČR neregistrované), pro užití promethazinu a hydroxyzinu nejsou prakticky žádné kontrolované studie k dispozici. Promethazin zlepšuje kontinuitu spánku a prodlužuje dobu spánku. Se zvyšující se dávkou dochází k většímu poklesu REM fáze spánku.^{15/}

MELATONIN A DUÁLNÍ AGONISTÉ MELATONINOVÝCH RECEPTORŮ

Podle evropských doporučení je indikační oblastí melatoninu nebo melatoninu s prodlouženým uvolňováním léčba insomnií souvisejících s poruchami cirkadiálního rytmu. Melatonin bývá používán pro urychlení adaptace na pásmové změny času (jet lag). Má mírný hypnotický

účinek a může dočasně pomoci kompenzovat zpoždění nebo předcházení spánkové fáze. Melatonin je volně dostupný jako doplněk stravy. Syntetický melatonin v tabletách s prodlouženým uvolňováním byl vyvinut za účelem napodobení přirozeného profilu nočního vylučování melatoninu. Má zlepšovat kvalitu spánku a podporovat nástup spánku především u pacientů ve věku nad 55 let, u nichž jsou noční hladiny melatoninu obvykle sníženy. Tasimelteon je agonista melatoninových receptorů MT₁ a MT₂, které jsou zapojeny do kontroly cirkadiálních rytmtů. Je určen k léčbě nevidomých pacientů.^{18/}

FYTOTERAPEUTIKA

Přírodní léčiva jsou stále oblíbená. Od pradávna patří rostlinné výtažky s anxiolytickým/sedativním/hypnotickým působením k výbavě léčitelů na celém světě. U řady rostlinných léčiv probíhá vědecké zkoumání s různorodými výsledky studií i kvalitou klinického hodnocení. K nejznámějším fytotherapeutikům v evropských zemích patří *Valeriana officinalis* (kozlík lékařský), *Passiflora incarnata* L. (mučenka pletní), *Humulus lupulus* L. (chmel otáčivý), *Hypericum perforatum* L. (třezalka tečkovaná), *Melissa officinalis* L. (meduňka lékařská), *Mentha x piperita* L. (máta peprná), *Lavandula angustifolia* (levandule úzkolistá). Přestože přírodní léčiva dnes nejsou součástí doporučených postupů léčby nespavosti, není jejich úloha v léčbě nespavosti zcela zanedbatelná. Pokud pacient chce vyzkoušet volně prodejné přípravky (rostlinná léčiva pro léčbu nespavosti), je to vhodný krok k vyzkoušení před klasickou farmakoterapií. Nejčastěji se využívá extrakt z kozlíku, levandule nebo heřmánku. Dalšími možnými formami jsou odvary a bylinné čaje.

V počátečních fázích výzkumu vlivu na spánek s rozporupnými výsledky jsou exogenní kanabinoidy. Podle některých zjištění kanabidiol (nepsychoaktivní složka konopí) nemá vliv na spánek zdravého člověka, zato u osob s nespavostí prodlužuje ve vysokých dávkách dobu spánku a snižuje dobu probuzení.^{15/}

MAGNEZIUM

Magnezium pozitivně ovlivňuje kvalitu spánku. Bližší vztah se spánkem a jeho architektonikou ještě není objasněn.^{16/} Většina populace dnes trpí nedostatkem hořčíku. Ať už z důvodů ochuzené půdy o řadu minerálů, zvýšené potřeby hořčíku v souvislosti se stresem, či skladbou stravy jako takové. Deficit se v industriálních zemích pohybuje okolo 33 %. Hypomagnezémie bývá významně podceňovaným fenoménem. Nedostatek hořčíku může souviset s úzkostmi, depresí a nespavostí.^{17/}

INTERAKČNÍ POTENCIÁL LÉČIV

Při farmakoterapii nespavosti je zapotřebí neopomenout ani možnost interakce léků užívaných k její terapii a dalších užívaných léčiv. Klíčovou roli hraje často kompetice o metabolické enzymatické systémy, zejména cytochrom P450. Vzájemně mohou kompetovat různé skupiny léků užívaných k léčbě nespavosti, statiny, blokátory kalciového kanálu, antiarytmika a další skupiny léčiv. Opomenout nelze ani interakční potenciál třezalky tečkované, často užívané v přírodních sedativních směsích. Polypragmazie přináší velké riziko vzniku interakcí a pro vyhodnocení je vhodné využít některý z počítačových expertních systémů.

LITERATURA

1. Riemann D, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res* 2023; 32(6): e14035.
2. Sateia MJ, et al. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 2017; 13: 307–349.
3. Česká neurologická společnost. Doporučené postupy – poruchy spánku. Dostupné na: <https://www.czech-neuro.cz/pro-odborniky/doporučene-postupy-2/poruchy-spanku/>
4. Psychiatrická společnost ČLS JEP. Doporučené postupy psychiatrické péče 2018 – Insomnie dospělých – terapie. Dostupné na: https://postupy-pecce.psychiatrie.cz/images/pdf/Insomnie-dospeli_terapie.pdf
5. ICSD-3-TR (International Classification of Sleep disorders, third revision, text revised. American Association of Sleep Medicine, Dartmouth, Illinois, 2023.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013
7. ICD-11 2022 Release: Better Health with Better Information. Dostupné na: <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>
8. Kryger MH, et al. Principles and Practice of Sleep Medicine. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier, 2011.
9. Smolík P. Význam spánku a jeho poruch v psychiatrii. *Čas Lék čes* 2019; 158: 193–199.
10. Šonka K. Spánek a jeho poruchy v neurologii. *Čas Lék čes* 2019; 158: 318–320.
11. Pretl M, Smolík P. Nespavost : doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2021. Dostupné na: <https://www.svl.cz/doporučene-postupy/nespavost-100044>
12. Benzodiazepine and Z-Drug Safety Guideline. Dostupné na: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/benzo-zdrug.pdf>
13. Hutka P, et al. Association of Sleep Architecture and Physiology with Depressive Disorder and antidepressants Treatment. *Int J Mol Sci* 2021; 22: 1333.
14. Thorpy MJ, et al. SleepMultiMedia – The Computerized Textbook of Sleep Medicine – 2024. Dostupné na: <https://www.sleepmultimedia.com>
15. Přibyllová G. Diplomová práce: Farmaceutická péče u spánkových poruch jako prevalence civilizačních poruch. Masarykova Univerzita, Brno 2024. Dostupné na: https://is.muni.cz/th/wkta4/Diplomova_prace.pdf?stahnout=1;dk=deiSdd_W
16. Arab A, et al. The Role of Magnesium in Sleep Health: a Systematic Review of Available Literature. *Biol Trace Elem Res* 2023; 201(1): 121–128.
17. Zadák Z, et al. Suplementace hořčíku – farmakologické mechanismy, metody podání a pastí. *Klin Farmakol Farm* 2017; 31(3): 16–18.

Farmakoterapeutické informace, nezávislý lékový bulletin pro lékaře a farmaceuty, vychází jako měsíčník (letní dvouměsíčník). Je členem Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB) od roku 1996. Jeho záměrem je předkládat kvalitní, aktuální a nezávislé odborné informace. Témata jsou připravena vybraným odborníkem, rukopisy procházejí redakčním zpracováním, odbornou oponenturou členů Redakční rady a nezávislým recenzním řízením. Poděkování patří všem zúčastněným.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Na domovské stránce <https://www.sukl.gov.cz> jsou v sekci Publikační činnost dostupné v elektronické podobě. V tištěné podobě jsou dále pravidelnou přílohou Časopisu českých lékárníků a časopisu Zdravotnictví a medicína.

Odborná redakce: Mgr. Dagmar Dolinská, PharmDr. Kateřina Viktorová, MUDr. Tomáš Boráň

Redakční rada: prof. MUDr. Filip Málek, Ph.D., Kardiologie Nemocnice na Homolce; doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK; doc. MUDr. Jiří Sláma, Ph.D., Ústav farmakologie 3. LF UK; PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D., Farmaceutická fakulta MUNI; prof. MUDr. Jaroslav Živný, DrSc., člen výboru Spolku českých lékařů v Praze

Kontakt na redakci: e-mail: redakcefi@sukl.gov.cz

Korespondenční adresa: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 49/48, 100 00, Praha 10

ISSN 1211-0647



Na 24. konferenci fetální medicíny se setkali odborníci z Česka a Slovenska

Dne 17. ledna 2025 se ve velké posluchárně Fakultní nemocnice v Motole uskutečnila 24. celostátní konference fetální medicíny, která přilákala přední odborníky z oblasti gynekologie, porodnictví, neonatologie, genetiky a dalších specializací. Záštitu nad konferencí převzal prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc., děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Hlavním cílem konference bylo prezentovat nejnovější vědecké poznatky a diskutovat o možnostech zlepšení prenatalní péče, diagnostiky a managementu těhotenských komplikací.

Letošní ročník konference se zaměřil nejen na klinické aspekty fetální medicíny, ale také na využití moderních technologií, jako je umělá inteligence v prenatalní diagnostice, a implementaci preventivních opatření pro zlepšení zdravotního stavu matek a dětí. Zvláštní pozornost byla věnována kardio-vaskulárnímu zdraví žen po komplikovaném těhotenství, problematice růstové restrikce plodu (FGR), managementu předčasného porodu a novým možnostem genomové diagnostiky.

Konference poskytla jedinečnou platformu pro sdílení zkušeností mezi odborníky z různých lékařských disciplín, přičemž klíčovým aspektem diskusí byla personalizovaná medicína a mezioborová spolupráce.

Dlouhodobé důsledky komplikované gravidity pro matku a dítě

V prvním bloku profesorka RNDr. Ilona Hromadníková, Ph.D., z Gynekologicko-porodnické kliniky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Ústavu pro péči o matku a dítě ve svém bloku referovala o výsledcích dlouhodobého výzkumu multidisciplinárního vědeckého týmu složeného z gynekologů, porodníků, neonatologů, pediatrií, kardiologů a biologů zaměřeného na studium kardio-vaskulárního zdraví u matek po fyziologickém a komplikovaném těhotenství a u dětí narozených z těchto těhotenství. Jelikož bylo jednoznačně prokázáno zvýšené kardio-vaskulární riziko jak u žen po komplikovaném průběhu těhotenství, tak u dětí narozených z komplikovaného těhotenství, je nezbytné dlouhodobé sledování těchto matek a jejich dětí a nastavení primární preventivní péče s cílem snížit jejich kardio-vaskulární riziko a pozdější rozvoj závažných kardio-vaskulárních onemocnění. Informace vyplývající z této studie byly předány členům výboru Společnosti všeobecného lékařství, členům výboru Pracovní skupiny pro preventabilní



Prof. MUDr. Pavel Calda, CSc., MUDr. Antonín Šípek, Ph.D., doc. MUDr. Erik Dosedla, PhD., MBA

onemocnění a členům výboru České asociace preventivní kardiologie jako podklad pro vypracování koncepce preventivní péče o těhotné ženy s rizikem patologické gravidity, o ženy po komplikovaném těhotenství a děti narozené z komplikovaného těhotenství, která by měla být implementována do Národního kardio-vaskulárního plánu 2023–2033 formou doporučeného postupu.

Jak ovlivní elektronizace zdravotnictví analýzy úspěšnosti prenatalní diagnostiky?

Součástí prvního bloku byla i přednáška MUDr. Antonína Šípka, Ph.D., z Ústavu biologie a lékařské genetiky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Ten ve své přednášce prezentoval data o prenatalní diagnostice chromozomálních aberací. V roce 2023 nedošlo k zásadním změnám v procentuálním zastoupení nejčastěji diagnostikovaných diagnóz, tedy trizomií chromozomů 21, 18 a 13. V absolutních číslech byl zaznamenán mírný pokles jak těchto diagnóz, tak výkonů inva-

zivní prenatalní diagnostiky, což nepochybně souvisí s celkovým poklesem narozených dětí v Česku. Tento trend se pravděpodobně v následujících letech ještě zvýrazní. V relativních počtech však změna trendu patrná není. MUDr. Šípek upozornil, že hlavním metodickým úkolem pro nadcházející roky je ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR zjednodušit a zpřehlednit možnosti centrálního hlášení prenatalně diagnostikovaných vývojových vad a chromozomálních syndromů, čímž se zlepší kvalita a kompletnost centrálně získávaných dat pro další analýzy.

Doporučený postup screeningu v prvním trimestru

První blok pokračoval přednáškou profesora MUDr. Pavla Caldy, CSc., a MUDr. Hany Belošovičové, Ph.D. (oba působí na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze). Mluvčí zdůraznili klíčovou roli screeningu v prvním trimestru pro management celého těhotenství. Screening v prvním trimestru je komplexní vyšetření stanovující s vysokou efektivitou

nejen rizika nejčastějších trizomií a jiných genetických syndromů, ale i těhotenských komplikací, hlavně preeklampsie. Přednášející uvedli i to, že dále hraje klíčovou roli v korekci datace gravidity, a tedy ovlivňuje i peripartální management. U vícečetné gravidity s jistotou stanovuje chorionicitu. S vývojem kvality ultrazvukových přístrojů i erudice sonografistů již v současné době umožňuje i zachyt vysokého procenta vážných vrozených vývojových vad plodu. Screening v prvním trimestru se v Česku provádí již dvacet let. Stále ale chyběl dokument doporučeného postupu pro toto vyšetření. Publikovaný doporučený postup stručně a jasně popisuje body postupu vyšetření. Dále nabízí překlad zásadních dokumentů mezinárodních společností vztahujících se ke screeningu v prvním trimestru, a umožňuje tak každému specialistovi, který screening provádí nebo provádět plánuje, získat hlubší vhled do podstaty tohoto vyšetření, metodiky jednotlivých kroků i interpretace nálezu. Prof. Calda zdůraznil, že jen těžko lze očekávat, že bez dodržení metodiky v rámci laboratoře, měření krevního tlaku, ultrazvukového vyšetření i kalkulace rizika bude mít vyšetření takovou efektivitu, která je publikována a která je odbornou veřejností očekávána.

Úloha angiogenních faktorů (sFlt-1/PlGF) v managementu časné růstové restrikce plodu

Výsledky studie, které představil MUDr. Erik Dosedla z Nemocnice AGEL Košice – Šaca, potvrzují význam kombinace angiogenních biomarkerů a Dopplerových parametrů v diagnostice časné růstové restrikce plodu (eFGR) a preeklampsie (PE), což umožňuje včasnou intervenci a personalizovanou léčbu. Omezení růstu plodu (FGR) je závažnou komplikací těhotenství spojenou s nedostatečnou funkcí placenty, vedoucí ke zvýšené perinatální morbiditě a mortalitě, zejména pokud k ní dojde před 32. týdnem těhotenství (časná eFGR). Významným faktorem v patofyziologii eFGR je angiogenní nerovnováha, která narušuje vývoj a funkci placenty. Cerebro-placentární poměr (KPR) jako parametr dopplerovského ultrazvuku umožňuje posoudit zátěž plodu, zatímco jeho patologické hodnoty ($KPR < 1,08$) jsou spojeny s nepříznivými perinatálními výsledky, zejména u žen s preeklampií (PE). Cílem této studie bylo prozkoumat vztah mezi angiogenními biomarkery (poměr sFlt1/PlGF) a fetoplacentární hemodynamikou hodnocenou pomocí Dopplerova ultrazvuku u těhotenství komplikovaných eFGR a/nebo PE. Výsledky ukázaly významné rozdíly v poměru



Účastníci konference ve Fakultní nemocnici v Motole

Foto: 2x Pavel Calda

sFlt1/PlGF mezi studovanými skupinami, přičemž nejvyšší hodnoty byly pozorovány ve skupině eFGR + PE. Dále bylo zjištěno, že patologické hodnoty KPR ($< 1,08$) se progresivně zvyšovaly z kontrolní skupiny (1,3 %) do skupiny PE (58 %), FGR (95 %) a eFGR + PE (91 %). Vícerozměrná regresní analýza a křivky ROC potvrdily, že kombinace angiogenních biomarkerů a Dopplerových parametrů zlepšuje diagnostickou přesnost eFGR a PE, což umožňuje včasnou intervenci a personalizované strategie léčby. Tato zjištění zdůrazňují význam integrovaného hodnocení angiogenních markerů a Dopplerových parametrů při optimalizaci péče o matku a plod v převaze s eFGR a PE.

Druhý blok konference přinesl téma kontroverze v managementu předčasného odtoku plodové vody. Touto oblastí se zabýval prof. MUDr. Marian Kacerovský, Ph.D., z Fakultní nemocnice Hradec Králové, který ve svém vstupu uvedl přehled různých přístupů k léčbě předčasného odtoku plodové vody s důrazem na jejich rizika a přínosy.

Vzácná onemocnění v Česku

Třetí blok otevřel prof. MUDr. Milan Macek, DrSc., z 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole problematikou vzácných onemocnění v Česku v kontextu prekoncepční, preimplantační a prenatalní prevence. Nejprve se věnoval organizaci systému péče o více než 6000 vzácných onemocnění, která jsou arbitrárně rozdělena do 24 evropských referenčních sítí. Dále se věnoval diagnostickým možnostem a nedořešené problematice penetrance screenovaných onemocnění s ohledem na jejich postnatální klinicko-laboratorní diagnostiku v rámci novorozeneckého screeningu. Výraz-

ný nárůst nákladů na postnatální léčbu vybraných vzácných onemocnění, jako je např. cystická fibróza nebo spinální svalová atrofie, vede k opětovnému zájmu plátců hradit prekoncepční screening formou benefitních příspěvků některých zdravotních pojišťoven.

Součástí třetího bloku byla i přednáška MUDr. Pavel Tesnera, Ph.D., ze 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, který se věnoval tématu reprodukce u nosiček nádorových predispozic (zejména BRCA).

Zmíněny byly jednak vlivy těhotenství a kojení, ale také hormonální antikoncepce na nádorová rizika těchto žen, a otázky snížení (a zejména zkrácení) plodnosti kvůli přítomnosti nefunkční, mutované alely (kopie) těchto genů. V neposlední řadě přednáška upozornila na genetická rizika, která některé nádorové predispozice představují, pokud by i partner nesl danou predispozici. I toto je však řešitelné pomocí genetického testování jak prekoncepčně, tak eventuálně preimplantačně v rámci metod asistované reprodukce. Na závěr MUDr. Pavel Tesner jako zástupce motolského pracoviště Evropské referenční sítě pro genetické nádorové syndromy (ERN GenTuRiS, Genetic Tumour Risk Syndromes) upozornil na vyvíjené doporučení věnující se právě této problematice.

Možnosti prevence a management těhotenských komplikací

Čtvrtý blok byl věnován oblasti prevence a managementu těhotenských komplikací a mluvčími byli první přednášky byli MUDr. Zdeněk Laštůvka a prof. Pavel Calda (oba z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze). Ve svém pří-

spěvku se zaměřili na komplexní přístup k prevenci těhotenských komplikací, nové diagnostické a terapeutické metody.

Pátý blok konference přišel s aktuálním tématem, a tím je umělá inteligence (AI). Prof. Pavel Calda a MUDr. Martin Hynek z kliniky Gyn – Fem sdělili své zkušenosti s AI v prenatalní diagnostice. Konkrétně byly prezentovány přínosy AI v automatické analýze ultrazvukových snímků, predikcích a personalizaci péče.

Šestý blok dne nesl téma State of the Art Lecture. MUDr. Jan Matěcha z Fakultní nemocnice Bulovka se představil přednáškou Porod do vody v roce 2025 a představil současné trendy v porodech do vody, bezpečnostní opatření a kritéria pro výběr pacientek.

Sedmý blok přinesl témata ultrazvuková prenatalní diagnostika a postnatální management morfologických vad plodu, ultrazvuková diagnostika morfologických vad, kterým se věnovaly MUDr. Dagmar Smetanová, CSc. (Klinika Gennet), a MUDr. Marie Brejchová (Fakultní nemocnice v Motole). Přednášející konkrétně zmínily pokroky v 3D a 4D ultrazvukové diagnostice morfologických vad plodu a jejich postnatální management.

V sedmém bloku se představila i MUDr. Lucie Poš, Ph.D., z Kliniky dětské chirurgie Fakultní nemocnice v Motole s přednáškou postnatální management novorozenců se sakrokokcygeálním teratomem, ve které prezentovala dobré výsledky léčby dětí s tímto nejčastějším novorozeneckým tumorem a upozornila na zvyšující se incidenci tohoto tumoru i možnosti prenatalní intervence u indikovaných případů.

K mluvčím závěrečného bloku konference patřil i MUDr. Patrik Šimják, Ph.D. (klinika Gennet). Tématem jeho příspěvku byla diagnostika vývojových vad obličeje pomocí ultrazvuku. MUDr. Šimják prozkoumal aktuální možnosti ultrazvukové diagnostiky vývojových vad obličeje. Zaměřil se na techniky zobrazení, kdy sdílel užitečné tipy a objektivní indexy pro popis obličeje plodu. Dále se věnoval 3D zobrazovacím metodám, jako je multiplanární zobrazení, tomografické ultrazvukové zobrazování, povrchové renderování a omniview. Využití technických možností moderních ultrazvukových přístrojů má potenciál zvýšit záchyt vývojových vad, zlepšit jejich klasifikaci a také přispět k důležité dokumentaci patologických nálezů.

Mezi nejvýznamnější závěry letošní konference patří:

- potvrzení zvýšeného kardiovaskulárního rizika u žen po komplikovaném těhotenství a jejich dětí, s důrazem na potřebu preventivní péče,
- rostoucí význam angiogenních markerů v predikci a diagnostice růstové restrikce plodu (FGR) a preeklampsie (PE),
- zvyšující se role umělé inteligence v prenatalní diagnostice a možnostech automatizované analýzy ultrazvukových snímků,
- pokrok v genetické diagnostice a možnostech prekoncepčního screeningu, který pomáhá identifikovat rizika vzácných onemocnění,
- nutnost standardizace péče v Evropě a posílení mezioborové spolupráce k dosažení vyšší kvality prenatalní medicíny.

prof. MUDr. Pavel Calda, CSc.

Vedoucí Centra fetální medicíny

a ultrazvukové diagnostiky 1. LF UK

a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze,

předseda České společnosti pro ultrazvuk

v gynekologii a porodnictví

▼ Inzerce

50. ANGIODNY 2025

6.–8. března
Vienna House by Wyndham
Diplomat Prague

50. angiologické dny s mezinárodní účastí



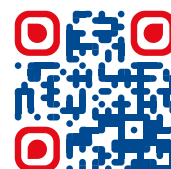
www.angiodny.cz

Mediační partner

AMCA, spol. s r. o., t: +420 731 496 062
e: amca@amca.cz, www.amca.cz



ZAM Zdravotnictví
a medicína



Léčba rány, tentokrát napříč životem

Ve dnech 16.–17. ledna 2025 proběhl již XXIII. celostátní kongres České společnosti pro léčbu rány. Místem konání byla Univerzita Pardubice.

Pro letošní kongres jeho pořadatelé zvolili motto „Léčba rány napříč životním kontinuem od dětství po stáří“. Tématy programu byly onkologické rány, dekubity, podtlaková metoda, diabetická noha, slizniční léze, antimikrobiální léčba, domácí péče, ale například i chyby a omyly v léčbě ran a aktuality ze zdravotnické legislativy. Kromě přednášek v celkem 14 sekcích pořadatelé pro účastníky akce zorganizovali i celkem 23 prakticky zaměřených workshopů. Jako každoročně byl kongres největší domácí odbornou i společenskou událostí svého oboru.

Levnější, zato bez úhrady

Silnou odezvu posluchačů v sále vzbudil už jeden z úvodních příspěvků, ve kterém vystoupil Ing. Jiří Štěrba ze Všeobecné zdravotní pojišťovny. Vysvětloval ekonomické souvislosti hojení ran pro plátce zdravotní péče a obhajoval novinky v metodice zdravotních pojišťoven. Úhradový katalog, kde se zdravotníci orientují v cenách a úhradách materiálů, obsahuje jen pro oblast hojení ran téměř 2 500 typů zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz i jako zvlášť účtovaný materiál používaný v nemocniční péči v rámci výkonu. Klasická obinadla, buničina, vata a gáza se už k ošetření ran používají jen výjimečně, při léčbě akutních i chronických se ve všech doporučených postupech upřednostňuje metoda vlhkého hojení, ránu mnohem lépe a rychleji čistí i hojí. Vždy ale jde o významnou část nákladů na ošetření, převazy je nutné dělat často, moderní materiál je drahý a spotřebuje se ho hodně, což platí i pro vlhké krytí. Jenže podle zjištění zdravotních pojišťoven právě u vlhkého krytí rány během posledních pět let nastal sice pouze osmnáctiprocentní nárůst počtu indikovaných pacientů, ale náklady na takto ošetřované pacienty vzrostly o více než 200 procent. Důvod takové disproporce ale není v samotné metodě, ale v násobném vzrůstu ceny materiálu. Plátce jako cestu pro úspory vidí omezení preskripce těchto prostředků a od 1. 1. 2025 od poskytovatelů péče požaduje fotodokumentaci rány – poskytovatel

tel tak má dokazovat nezbytnost vlhkého krytí. Žádost o úhradu má zdravotnické zařízení doplnit obrazovou dokumentací, tedy dodat ji ještě k popisu, lokalizaci a velikosti defektu včetně hloubky a velikosti ošetřené plochy, pro které vlhké krytí indikuje a předepisuje. Kromě obrázků se to vše dodávalo už dříve. Zdravotníci namítají, že s pořizováním a zasíláním obrázků zranění třetí straně nemusí pacient souhlasit (což se i děje), především ale na dostatečně kvalitní zobrazení nemají vybavení a i sama VZP deklaruje, že nejde o povinnou, ale dobrovolnou součást žádosti. Podle právníků je to i v rozporu s ochranou údajů o osobnosti. V prudké a dlouhé diskusi ale opakovaně zaznělo, že bez fotek rány řada žadatelů úhradu vůbec nedostala. „Je zřejmé, že poskytovatel péče je povinen (a chce!) poskytovat kvalitní péči na co nejvyšší odborné úrovni i to, že úkolem zdravotní pojišťovny je co nejlépe spravovat finanční prostředky a plnit zdravotně pojistný plán. Otázkou ale je, zda ten obrovský nárůst nákladů například na vlhké krytí není ani tak v jeho větší spotřebě, jako ve zvyšující se ceně právě za to, co se stane hrazeným materiálem,“ podotkl k diskusi právník Jan Zahálka, člen komise pro kategorizaci a úhradovou regulaci zdravotnických prostředků zřízenou MZ ČR. Podstatou problému je tedy konkurenční výhoda některých dodavatelů, kdy pojišťovny prostě nemohou proplatit jiné krytí než ta ze seznamu, i když na trhu jsou jiná stejně efektivní a mnohem levnější.

Fázové hojení

Pohled na efektivnost a ekonomiku v léčbě ran z hlediska poskytovatele péče přinesl příspěvek MUDr. Jana Stryji, Ph.D. (Salvatella s.r.o. a Nemocnice Agel Podlesí a. s., Třinec). Jak připomněl, vysvětlením stoupajících nákladů na péči o rány obecně jsou i populační tlivy, stárnutí populace a vzestup incidence diabetes mellitus. Zmínil také přechod z dřívějších konvenčních postupů na materiály fázového hojení. Správné hojení rány totiž probíhá v několika fázích a pro každou je vhodný jiný krycí materiál. Při

respektování tohoto principu dochází ke snížení počtu převazů, a tím i ke snížení bolestivosti a spotřeby analgetik, probíhá i rychlejší čištění spodiny rány a granulace. Přechod od zánětlivé přes granulační až do finální epitelizační fáze se tak urychluje, celková doba léčení se zkracuje o 50–70 procent. Tento způsob hojení méně zatěžuje i ošetrovatelský personál, protože moderní materiály pro fázové hojení ran se nemusí vyměňovat denně. K dosažení větší „cost-effective“ léčby ran z hlediska poskytovatele se doporučuje i zvýšit racionalitu antimikrobiální léčby ranných infekcí (často se předepisuje i tam, kde není indikovaná), antibiotika se musí nasazovat cíleněji. Pomohlo by také na pacientech důsledně vyžadovat, aby dodržovali nezbytná režimová opatření.

Improvizace jen zhoršuje stav

Vyžadovat po pacientovi, aby se i on správně podílel na své léčbě, je jistě racionální požadavek. Napřed ho ale někdo musí vzít do péče a správně mu nastavit léčbu. Prvotní otázkou (s někdy rozpačitou odpovědí) bývá, kdo je ten „někdo“. Právě o tom, že management hojení chronických ran se netýká jen vlastního nastavení léčebného postupu, ale celá problematika je daleko komplikovanější, je přesvědčená MUDr. Jana Bartoňková, lékařka z olomouckého Centra hojení ran Empolas. Podle ní totiž o velkou část pacientů s chronickou ránou není v běžné lékařské praxi odpovídající zájem. Důvod je jasný: časová náročnost péče nedovoluje v přeplněných kožních či chirurgických ambulancích se o tyto pacienty kvalitně postarat. V neprospěch pacienta hrají také nedostatečné znalosti v oblasti hojení ran u samotných zdravotníků. Needukovaný pacient neví, jaké možnosti má, a to především ve vystavení poukazu na vlhké hojení ran. „Otázkou zůstává, proč tuto zásadní skutečnost většina lékařů opomíjí, zvláště když je již od roku 2020 použití zdravotnických prostředků pro vlhké hojení ran bez omezení specializace ošetřujícího lékaře, poukazy tak pacientovi může vystavit i praktický lékař.

Situace je často tak tragická, že nemocní si chronické rány improvizovaně léčí doma sami. Výsledkem pak může být i měsíce až roky nehojící se chronická rána se spektrem psychických a dalších komplikací, které nemocného fakticky vyřazují z normálního života," shrnula Jana Bartoňková. Součástí její prezentace byla i kazuistika z vlastní praxe. Jednalo se o případ jednademdesátiletého muže, který se po „banálním“ zranění na levém bérce (10/2021) potýkal s ránou tak nešťastně, až si vytvořil obrovský bérkový vřed (20 × 33 cm). Zarážející byl přístup praktického lékaře, který při pravidelných (ročních!) prohlídkách tomuto pacientovi neindikoval žádnou specifickou léčbu. Ponechal nemocného, aby se snažil tento defekt vyléčit sám, což se mu samozřejmě nepodařilo. Do ambulance chronických ran muž přišel až na doporučení své zoufalé partnerky v červnu 2024. Za půl roku specializované léčby pomocí vlhkého hojení se defekt zmenšil na velikost 16 × 25 cm a nyní je ve fázi epitelizace.

Hojení ran podtlakem

Velkou pozornost (a na kongresu i vlastní sekci!) si získala NPWT (Negativ Pressure Wound Therapy), tedy podtlaková lokální terapie ran, jedna z nejmodernějších a zároveň neinvazivních léčebných metod hojení rány. Podtlaková terapie je v chirurgii využívána k předcházení infekcí v místě chirurgického zákroku, ale i k léčbě hlubokých a už infikova-

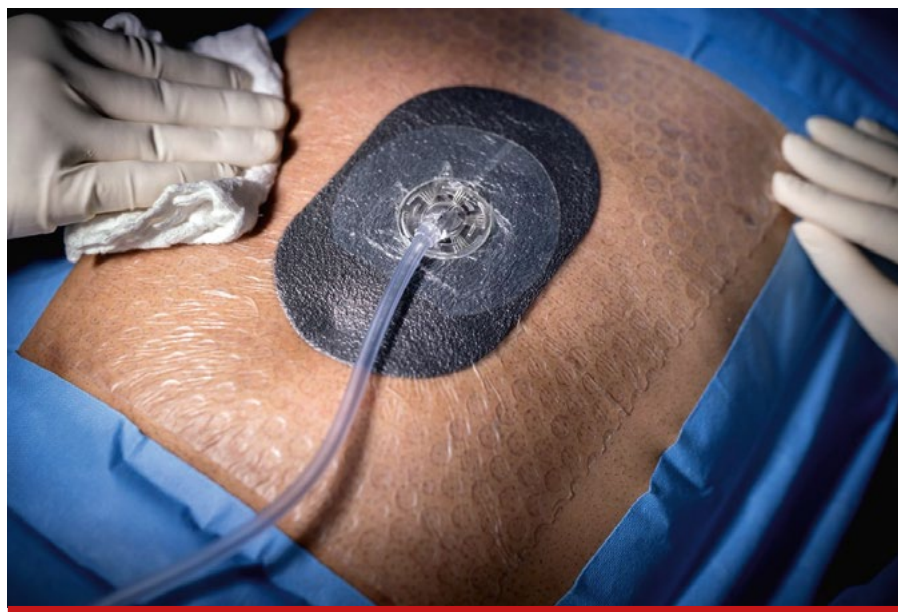
ných ran, zejména těch, u kterých jiné postupy nevedou k vyhojení. Metoda je založena na principu odložené sutury akutní i chronické rány. Funguje tak, že působením podtlaku aktivně uzavírá ránu a odvádí z ní infekční materiál. Pomáhá kontrakci rány, urychluje průběh čisticí fáze hojení, podporuje autolytický débridement rány, zlepšuje prokrvení spodiny, a navíc je i bariérou proti vstupu sekundární infekce. Výhodná je jak pro pacienta, tomu sníží počet převazů a zkrátí dobu léčby, tak pro zdravotníky – i jim šetří čas a celkové náklady na léčbu. Pořídít si ale musí příslušné vybavení, hojení rány pomocí NPWT se provádí řízeným odsáváním pomocí uzavřeného systému, který se skládá z čerpadla (podtlakové jednotky), sběrné nádoby, trubic a krytí rány. Používání podtlakové terapie je za normálních podmínek určené pro nepřerušené použití po dobu delší než 30 dnů, u některých diagnóz se používá přerušovaně. Indikace metody je široká, zahrnuje povrchové i hluboké rány, čisté i infikované, akutní i chronické (včetně dekubitů a bérkových vředů), ale také například popáleniny.

Jednou z mnoha výhod NPWT je i skutečnost, že nemusí probíhat jen za hospitalizace, ale i v ambulanci. NPWT se používá i při laparostomii neboli „otevřeném břichu“, tedy stavu, kdy chirurg ponechá dutinu břišní bez uzavření. O této možnosti a vlastní ambulantní praxi s ní informoval MUDr. Miroslav Drienko z Chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV).

Jak vysvětlil, s laparostomií se lékaři setkávají nejčastěji při komplikovaných břišních operacích spojených s břišním kompartment syndromem, případně při těžkých formách peritonitidy, ale i v souvislosti s nechtěnými komplikacemi břišních operací. Zejména u skupiny pacientů, kteří podstupují operaci s primárně kontaminovanou, případně infikovanou ránou, je riziko vzniku kompletní dehiscence (rozpadu rány) laparotomie cca 3,5 procenta. Při kombinaci dalších rizikových faktorů (vyšší BMI, diabetes mellitus, kouření) je riziko vzniku dehiscence laparotomie mnohem vyšší. Na prvním místě terapie dehiscence laparotomie je revize a resutura rány, v ideálním případě je možná resutura bez větších obtíží. „V praxi se setkáváme zejména s případy, kdy dochází k pozdnímu rozpoznání dehiscence laparotomie a při revizi již nalézáme plastron fixovaný k okrajům fascie. Mobilizace okrajů fascie je často za cenu vysokého rizika poranění útroby, terapeutický postup vyžaduje pečlivý a velmi trpělivý přístup zkušeného chirurga. Jednou z možností je uzávěr dehiscence laparotomie/laparostomie pomocí NPWT,“ konstatoval přednášející a dodal, že metoda výrazně zlepšuje i otok okolních tkání, což pak usnadňuje uzávěr laparostomie. Postup výrazně urychlí celkovou dobu léčby.

„Od roku 2021 můžeme v ČR využívat ambulantní NPWT. Ve FNKV ho využíváme od roku 2022, čímž umožňujeme pacientům časnější dimisi a zároveň pokračování dosavadní terapie za pomoci NPWT. Vyžaduje si to především dobrou spolupráci pacienta a nastavení správného ošetrovatelského managementu, který je na naší klinice zprostředkován poradnou pro chronické rány. NPWT využíváme u pacientů s dehiscencí ran do podkoží, k uzávěru objemnějších defektů, ale i u pacientů, kde ponecháváme ránu k otevřenému hojení,“ řekl přednášející. Připustil ale i zcela praktické limity metody. Nezbytná je dostatečná edukace pacienta a specifický bývá samotný převaz, který může být provázen vyšší bolestivostí, tu ale lze minimalizovat aplikací lokálního anestetika před sejmutím krytí.

Jak ale na téma použití NPWT konstatovali všichni, kteří o něm na kongresu přednášeli, při řádném splnění všech zásad jsou výsledky této moderní terapie více než uspokojivé.



Použití podtlakové terapie ran na modelu

Jana Jílková
Foto: Wikipedia

Bez sester to nejde II

Letošní ročník konference „Bez sester to nejde“ proběhl 27. ledna v prostorách Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky (PSP ČR).

Malostranský palác ve Sněmovní 1 hostil konferenci sester téměř na den přesně po roce od jejího prvního uspořádání. Rok je i ve zdravotnictví dostatečně dlouhá doba, aby už šlo nejen hodnotit, chválit a kritizovat, ale i s tím vším dohromady si i naplánovat úkoly přinejmenším do dalšího ledna. Asi proto letošní ročník konference nesl název „Co se podařilo a co dál?“. Daly mu ho jeho pořadatelky, dvě poslankyně PSP ČR – PhDr. Ivana Mádllová, Ph.D., a prof. MUDr. Věra Adámková, CSc. Deklarovaným cílem akce bylo představit téměř 200 posluchačům (většinou ale posluchačkám, šlo o sestry) z celého Česka roční spolupráci obou poslankyň se zástupci praxe, s odborníky i se vzdělavateli na reformě sesterské profese a ukázat její perspektivu.

Poslankyně Ivana Mádllová konferenci zahájila slovy: „Říká se, že kde je vůle, tak tam je i cesta. Já musím říct, že vůli a konstruktivní atmosféru jsem cítila po celý rok nejen na jednáních u kulatého stolu, ale i při svých výjezdech do nemocnic a na konference, které jste zase vy pořádali k dalším otázkám se-

sterské profese. Vůli bychom tedy měli a já věřím, že brzy se vydáme i na cestu ke změně, kterou profese sestry v České republice potřebuje. Musí to být změna komplexní a musí mít širokou podporu. Musíme zdůraznit, že role sestry je důležitá a nezastupitelná.“

Společně s poslankyní Mádllovou konferenci zahájil také místopředseda Poslanecké sněmovny Aleš Juchelka, který především zdůraznil nezastupitelnou roli sester, poděkoval sestrám za jejich práci a apeloval na další rozvoj profese.

Profesorka Adámková, která je nejenom poslankyní, ale také aktivně vykonává svoji kardiologickou profesi a vede Pracoviště preventivní kardiologie IKEM a patří mezi uznávané lékařské kapacity v České republice, zdůraznila roli sestry v celém zdravotnickém týmu a upozornila na potřebu zvýšit atraktivitu a prestiž sesterské profese v Česku. Ve svém projevu řekla: „Jako lékařka vím, že role sestry je klíčová. S tím souvisí neustálá potřeba rozšiřovat jejich kvalifikaci, vzdělání a ruku v ruce s tím i kompetence. Moje vize do

značné míry koresponduje se zahraniční praxí, kde se daří vychovávat mimořádně vzdělané a kompetentní sestry, ale nezapomíná se ani na další ošetrovatelský personál. Bez vzdělaných a kompetentních sester s chutí neustále se vzdělávat to ale opravdu nepůjde.“ Nezapomněla také poděkovat přítomným odborníkům za spolupráci v rámci kulatých stolů a zdůraznit, že nyní je na zákonodárcích a vládě, aby potřebné změny přijali.

Situaci zachraňují důchodkyně

Ing. Markéta Bartůňková, vedoucí oddělení publikace ekonomických analýz Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) prezentovala výsledky pilotního měření ošetrovatelské zátěže na standardních lůžkách, které má za cíl objektivně hodnotit zátěž ošetrovatelského personálu. Měření ne zcela překvapivě ukázalo, tedy vlastně na datech potvrdilo, že nejvyšší zátěž je u geriatrie. V akutní péči je zátěž ošetrovatelů vysoko nad průměrem také na neurologii, hematologii a transfúzním lékařství, kardiologii, psychiatrii a fakticky všech chirurgických oborech. Na dolním konci žebříčku zátěže sester stojí oftalmologie.

Prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel ÚZIS, představil statistická data o věkové struktuře sester. Údaje jsou opravdu alarmující, protože podíl sester v předdůchodovém a důchodovém věku je nebývale vysoký a silně připomíná data, která teď máme například o pediatrech a jiných „nedostatkových“ lékařích, za které není náhrada. Pokud jde o sestry, podle dat ÚZIS ve věku 55–70 let pracuje na pozici všeobecné sestry v Česku 23 157 sester. To v přepočtu znamená, že z celkově 85 808 sester je skoro 27 procent v předdůchodovém a důchodovém věku. U dětských sester je statistika ještě horší. Ve věku 55–70 let pracuje 2136 dětských sester z celkového počtu 6049 dětských sester, což činí dokonce 35 procent z celkového počtu sester v předdůchodovém a dů-



Účastnice konference Bez sester to nejde

chodovém věku. Tyto statistiky posloužily i pro vládní program navýšení kapacit vysokých škol pro nelékařské zdravotnické pracovníky v oborech všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, radiologický asistent, zdravotnický záchranář a nutriční terapeut. Profesor Dušek se zmínil i o programu, který by měl vést k rozšíření personálních kapacit sester. Poslankyně Mádlová a Adámková na potřebu vzniku tohoto programu upozorňovaly v loňském roce opakovaně.

Zahraniční pohled přineslo vystoupení Silvie Neumann-Ponesch z Vysoké školy ekonomie, managementu a financí v rakouském Linci, která hovořila o praktickém fungování sester s vyššími kompetencemi v Rakousku i v EU. S aktualitami legislativy v oblasti nelékařských zdravotnických povolání vystoupila Mgr. Alice Strnadová, hlavní sestra Ministerstva zdravotnictví ČR.

Kdo a koho vůbec bude učit?

Nejen ze statistik ÚZIS musí být každému jasné, že naše zdravotnictví nezbytně potřebuje mladé sestry, které po škole nastoupí do praxe, bude jich hodně a svou práci budou schopné dělat. Ten poslední předpoklad ale bohužel vůbec není samozřejmý. Značný zájem a dlouhou diskusi tak na konferenci vyvolal příspěvek PhDr. Ivanky Kohoutové, Ph.D., ředitelky Střední zdravotnické školy Vinohrady. Připravila si statistiku své školy, ale podle ohlasu ze sálu to na jiných „zdrávkách“ nejen ve velkých městech není o moc lepší. Hovořila o nárůstu psychiatrických diagnóz u žáků jejich školy, jako je depresivní porucha, porucha osobnosti, bipolární porucha, porucha příjmu potravy nebo identity. Narůstá také užívání návykových látek. Počet případů žáků s úzkostnou poruchou se z 18 v roce 2015 zvedl na 60 v roce 2023. Alarmující jsou i statistiky sebepoškozování, počty se za toto období zvedly z pěti na dvaadvacet. Zároveň je ale i stav fyzického zdraví části uchazečů už před tím, než přijdou na školu – prostě jak se tam vůbec mohli dostat... Kritériem přijetí ke studiu totiž není jen prospěch a zájem, součástí přihlášky je i lékařské potvrzení o zdravotní způsobilosti adepta o studium. I ta je stále problematičtější. Ředitelka zdravotnické školy upozornila na jev, ke kterému velmi často dochází v prvním ročníku: „Zatímco v únoru, kdy si k nám

žák podává žádost, tak je všechno v pořádku, je zdravotně způsobilý. V říjnu přinese ten samý žák od stejného lékaře potvrzení, že potřebuje uvolnit z tělesné výchovy.“ Aktuálně jde o 30–40 procent z celkového počtu žáků. A tady je zřetelný rozpor: nejčastější studijní obor absolventa kvalifikuje pro práci praktické sestry. Absolvent se uplatní v různých zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního charakteru. Pracovat má v nemocnicích, na poliklinikách a v lékařských nebo ošetrovatelských centrech, v ordinacích praktických nebo odborných lékařů a v domácí ošetrovatelské péči, ale třeba i jako zdravotnický pracovník v zařízeních sociální péče a služeb, například v léčebnách dlouhodobě nemocných, v ústavech sociální péče, ve stacionářích pro osoby se zdravotním postižením, v zařízeních pro seniory a dalších. „Neumím si představit, jak budou tito lidé provádět činnosti spojené se zvýšenou fyzickou a psychickou zátěží, jak se s tím vyrovnají a jestli vůbec tu profesi budou dělat,“ podotkla ředitelka Kohoutová. Všechny tyto jevy jsou pro učitele na středních zdravotnických školách náročné, stresují je. Hodně jim vadí také vzrůstající agresivita, a to nejen žáků, ale i jejich zákonných zástupců, s tím jde ruku v ruce stále častější spolupráce zdravotnické školy s orgány sociálně-právní ochrany dětí, policií nebo státním zastupitelstvím. Roste také počet výchovných komisí a počet jednání se zákonnými zástupci. Kromě výrazně negativní proměny žactva jsou pro učitele silně demotivující i jejich platy. Oprávněně si stěžují, že vysokoškolsky vzdělaný středoškolský učitel „zdrávky“ mívá nižší mzdu než sestry v praxi.

Problémy jsou ale i se získáním a udržení vzdělavatelů vysokoškolsky vzdělávaných sester na třetím stupni. Prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D., proděkan pro nelékařské studijní programy a informační technologie Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, konstatovala, že vysoké školy nejsou pro odborníky přitažlivé i proto, že jako zaměstnavatelé nejsou schopny konkurovat platům jinde ve zdravotnictví. „Většina vyučujících zároveň zastává jiné, mnohdy dominantní, zaměstnání v klinické praxi, kterému nemůže současně plátově ohodnocení vyučujících konkurovat. Celková průměrná normovaná mzda na jeden úvazek vyučujícího dosahuje 41 tisíc Kč, pouze 18 procent vyučujících dosáhne na normovanou mzdu vyš-

ší než 60 tisíc Kč. Ale průměrný výdělek všeobecné sestry se specializací je nad 64 tisíc Kč, což by si u nás vydělala až od pozice odborného asistenta,“ podotkla proděkanka.

Slibem neuzdravíš

Se svým příspěvkem vystoupila také předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Dagmar Žitníková: „Konferenci považuji za příležitost k hledání konsenzu, který je pro fungování našeho zdravotnictví velmi důležitý. Věřím, že z konference mohou vzejít závěry, které později vejdou do praxe. V současné době jsme totiž spíše v situaci, kdy řada věcí existuje v teoretické, nikoli praktické rovině.“ Dagmar Žitníková ve svém vystoupení hovořila především o pracovních podmínkách sester, ale upozornila i na nenaplněné sliby ministra Války. V této souvislosti předsedkyně Odborového svazu upozornila na kampaň „Slibem neuzdravíš“, která právě na problém nenaplněných slibů upozorňuje.

Poslankyně Ivana Mádlová na konferenci představila Strategii pro rozvoj profese sestry, na které v roce 2024 pracovala společně s poslankyní Věrou Adámkovou a jejíž obsah do značné míry vzešel z kulatých stolů, které poslankyně pořádaly ke konkrétním problémům sesterské profese. Dokument obsahuje soubor reforem, které by profesi sestry měly plně etablovat na 21. století. Změnami by mělo projít vzdělávání, kompetence i benefity a pracovní podmínky. „Musíme držet prst na tepu doby a inspirovat se i v zahraničí, kde mají vysoce kvalifikované sestry, ale do péče efektivně zapojují i nižší ošetrovatelský personál. Prostupnější vzdělávání, které je úzce spojené s praxí, je hlavním pilířem mé strategie. Chci také, aby se konečně rozhodlo o tom, kdo bude hlasem sester. Má-li to být silná profesní organizace, tak potřebujeme zřídit komoru sester s povinným členstvím, které ostatně u profesních organizací vyžaduje i Ústavní soud,“ zdůraznila Ivana Mádlová.

V závěru konference prof. Andrea Pokorná poukázala na potřebu jednotného postupu, otevřené diskuse a odložení osobních sporů. Jen tak totiž lze prosadit změny, které jsou pro profesi sestry tolik důležité a aktuální.

Jana Jílková

Foto: Lukáš Janičina

Hranice rizikového pití překračuje stále více žen i celých rodin

V Česku podléhá rizikovému pití 1,5 milionu lidí, nejvíce ve věkové skupině 45 až 54 let. Odborníci z Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (1. LF UK a VFN) reagují na zvýšení užívání alkoholu zejména u žen, u dětí a v rodinách. Během covidu totiž vzrostl trend izolovaného popíjení doma. Na klinice došlo k reorganizaci a úpravě lůžkových provozů. Adiktologové do praxe nově začleňují moderně koncipovaný model komplexní péče, který odpovídá nejnovějším trendům v oboru adiktologie.

Češi vypijí více než 14 litrů alkoholu (čistého lihu) na osobu za rok. V souvislosti s konzumací alkoholu u nás během jediného roku zemře téměř sedm tisíc osob. Jen na samotnou intoxikaci alkoholem u nás zemře každý rok desetkrát víc lidí než na otravu nelegálními návykovými látkami. „Ročně se ambulantně nebo na lůžku léčí několik desítek tisíc lidí,“ uvádí prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., přednosta Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Alkoholové návyky výrazně ovlivnila pandemie covid-19. Profesor Miovský potvrzuje, že lockdown podpořil izolované popíjení doma: „Pandemické období zásadně proměnilo situaci závislostí, kdy došlo k destabilizaci významné skupiny uživatelů alkoholu, a mluvíme tady o jednom a půl milionu lidí.“ K tomu dodává, že se jedná o populaci v takzvaném pásmu rizikové spotřeby alkoholu. „Právě tato skupina způsobila zásadní tlak na ambulantní a lůžkové provozy,“ říká přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN. Druhým fenoménem spojeným s pandemií covid-19 je podle něj plošné zhoršení celé oblasti duševního zdraví u dětí a dospívajících, navíc podpořené významným specifickým dopadem pandemie na rodiny s malými dětmi. „Tento fenomén překračuje hranice adiktologie, ale významně ji zasáhl. Třetím dopadem je obrovský nárůst problémů v oblasti digitálních nebo tzv. nelátkových závislostí. To vše přináší zcela nové výzvy pro dětskou adiktologii a psychiatrii,“ upozorňuje prof. Miovský.

Když po první sklence následuje druhá

Konzumenti alkoholu se většinou neshodnou na tom, kde je pro ně bezpeč-

ná hranice. Za rizikové/škodlivé užívání alkoholu se považuje konzumace více než 20 g stoprocentního etanolu za den u žen a 40 g stoprocentního etanolu u mužů, respektive část vodítek pracuje s hranicí o 30 % vyšší, tedy 40 g stoprocentního etanolu za den u žen a 60 g stoprocentního etanolu u mužů.

Takové množství zvyšuje riziko vzniku a rozvoje zdravotních problémů v důsledku užívání alkoholu nebo komplikuje léčbu jiných zdravotních problémů. Pro představu jeden půllitr piva obsahuje 16 g etanolu, jedna sklenka vína (20 ml) 17 g etanolu a jedna odlička destilátu (50 ml) o síle 40 procent obsahuje 16 g etanolu. Ovšem jednodušeji řečeno již jedna sklenka alkoholu může být riziková, pokud po jejím vypití nastupuje nutkavý pocit potřeby druhé. Při

pravidelné spotřebě takového množství současně narůstají rizika výskytu některých závažných onemocnění.

Trendy v řeči čísel

Více než polovina Čechů pije alkohol alespoň jednou za dva týdny a jedna čtvrtina jednou měsíčně. „Na základě dat prezentovaných Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM) míra přijatelnosti alkoholu zůstává v posledních deseti letech stejná, avšak narostla přijatelnost pravidelného pití, což může mít vliv na nárůst konzumace alkoholu. Po přechodném období poklesu míry denního pití alkoholu v souvislosti s pandemií covid-19 došlo v roce 2023 k opětovnému nárůstu celkové spotřeby alkoholu,“ uvádí Mgr. Benjamin Petruželka,



Ilustrační foto: 123rf.com

Ph.D., z Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN. Podle Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu v České republice (NAUTA), realizovaného Státním zdravotním ústavem, spadá v Česku do kategorie rizikové konzumace alkoholu 7–9 procent populace, dalších 8–10 procent spadá do kategorie škodlivé konzumace alkoholu. Nejvíce rizikovou skupinou jsou lidé ve věku 45 až 54 let. „Průzkum právě v této skupině například ukázal, že za sledovaný měsíc konzumovalo alkohol 74,5 procenta lidí, denně nebo téměř denně sáhne po alkoholu 13,6 procenta lidí, nárazově alespoň jednou týdně (binge-drinking, těžké epizodické pití, většinou spojené s noční a víkendovou zábavou) požívalo alkohol 12,7 procenta respondentů a denně nebo téměř denně 4,5 procenta respondentů,“ uvádí další čísla Mgr. Benjamin Petruželka, Ph.D. V rámci sledování trendů mezi pohlavími jsou stále více ohroženi alkoholismem muži. Nejvýraznější rozdíl se ukazuje v denní konzumaci alkoholu, kde podle průzkumu uvedlo denní nebo téměř denní konzumaci 19,2 procenta mužů oproti 3,8 procenta žen.

Přes výše uvedená data ženy náskok mužů dohánějí. Alkohol pije v Česku každá desátá žena. „Ve výzkumu o konzumaci alkoholu v uplynulých dvanácti měsících ji přiznalo 67 procent žen a 82,6 procenta mužů,“ dokládá Mgr. Petruželka. Závislost na alkoholu dominuje i ve spektru pacientek na ženském oddělení pro léčbu závislostí ve VFN, někdy jde o kombinaci s užíváním návykových léků, hypnotik a sedativ. Důvodem, proč ženy nadměrně konzumují alkohol, bývají hlavně psychické problémy.

Mladí lidé přibrzdili

Podle sledovaných trendů pije současná generace mladých Čechů alkohol méně než generace jejich rodičů. Jednou z příčin je i to, že svůj volný čas, který dříve věnovali sezení se svými vrstevníky a sklenkou v ruce, teď mnohem častěji tráví izolovaně doma ve společnosti sociálních médií. Benjamin Petruželka to komentuje: „K výraznému poklesu konzumace alkoholu u dospívajících došlo v období mezi roky 2010 a 2015, v dalším období pokles pokračoval, nicméně se zpomalil.“ Pití nadměrného množství alkoholu v Česku se však stále týká více než 100 tisíc mladistvých. „Podle výzkumu až 87 procent studentů ve věku



Ilustrační foto: 123rf.com

15–19 let konzumovalo alkohol v posledním roce, nadměrné pití, tedy pět a více sklenic při jedné příležitosti, v uplynulých třiceti dnech uvádí přibližně polovina studentů, přičemž dvacet procent dospívajících uvedlo, že pije nadměrně alespoň jednou týdně,“ uvádí statistiky prof. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D., z Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN, vedoucí Expertního adiktologického centra VFN v Praze.

Klinika adiktologie reaguje na nové potřeby

Klinika adiktologie se na vývoj posledních let rozhodla reagovat razantním krokem a ve druhé polovině roku 2024 spustila největší reorganizaci a úpravu svých lůžkových provozů od jejich vzniku v roce 1948. „Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN aktuálně postupně spouští a začleňuje do praxe moderně koncipovaný flexibilní model komplexní léčebné péče odpovídající nejnovějším trendům v oboru adiktologie,“ oznamuje přednosta kliniky prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. Podle jeho slov jsou potřebné tři základní režimy lůžkové formy léčebného programu, v závislosti na stavu a potřebách pacienta a jeho volbě. „Stavíme na partnerském otevřeném přístupu vůči pacientům a snažíme se s nimi nastavit léčebný plán tak, aby byl realistický a mohli jsme na něm společně aktivně pracovat,“ klade důraz na tuto stránku přednosta Miovský. „Pro nejtěžší a nestabilní pacienty máme za-

jištěné také podpůrné programy a krizový postup v případě předčasného ukončení programu, včetně připravovaného provozu Centra duševního zdraví pro adiktologické pacienty,“ nastiňuje další plány prof. Miovský. Kromě tří režimů lůžkové formy léčby je na klinice také široká nabídka všech typů ambulantních provozů, včetně ambulancí s rozšířenou péčí, substituční terapie, sociálních služeb nebo podpory rodin.

Interaktivní platforma IPREV jako moderní prevence

Skrytým, ale závažným problémem je nadměrné užívání alkoholu u dětí a v rodinách. Dokladem toho jsou i časté otravy alkoholem u dětí, hlavně ve věku 15–17 let. Pracovníci v prevenci, pedagogové, metodici a rodinní příslušníci potřebují vědět, kam se mohou obrátit a kde čerpat správné informace. To jim umožňuje interaktivní platforma IPREV (iprev.cz), jejíž vznik a fungování je zásluhou týmu odborníků z Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN. „Prevence musí být moderní, srozumitelná a atraktivní pro děti i rodiče. Je klíčovým krokem k řešení problémů spojených s jakoukoli mírou konzumace alkoholu, případně kombinace alkoholu s dalšími psychoaktivními látkami,“ říká prof. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D. Platforma podporuje péči o duševní zdraví, prevenci rizikového chování a edukuje, to vše s využitím výzkumů a vědeckých poznatků.

(htl)

Obřízka neboli cirkumcize

Obřízka neboli cirkumcize je chirurgická metoda, při které dojde k odstranění předkožky z penisu. Je to nejčastější chirurgický zákrok u mužů, protože se mnoha regionech světa provádí rutinně již u dětí. Například ve Spojených státech ji podstupuje 80-85 % mužů.

Indikace k obřízce

Obřízka je zcela jistě indikována při klinickém nálezů fimózy nebo neiatrogenní para-fimózy, při recidivujících balanitidách a pro určité lokalizované patologické stavy předkožky, jako jsou například jizvy nebo bradavice (verruca). Dále by pak obřízka měla být nabídnuta muži v případě balanitis xerotica obliterans (BXO) nebo fimózy, která je refrakterní na konzervativní léčbu.

Techniky

V literatuře je popsáno velké množství různých technik a nástrojů včetně různých svorek, pomocí kterých lze obřízku provést. Je jich přehled uvádíme:

- zařízení Plastibell
- Gomcova svorka
- Mogenova svorka
- Tara klamp
- Smartklamp
- Shangův kroužek
- PrePex
- dorzální řez
- rukávová resekce (sleeve resection)

Anestezie

Při provádění obřízky je možné využít více typů anestezie včetně blokady dorzálního penilního nervu, kaudální epidurální analgezie a celkové anestezie.

Komplikace

Možnost výskytu komplikací se uvádí v rozmezí od 0,034 procenta do 7,4 procenta. Nejčastěji uváděnou komplikací je pooperační krvácení. To se obvykle vyřeší pouze převazem s malým tlakovým obvazem, ale uvádí se, že přibližně 0,5 procenta případů krvácení vyžaduje operační revizi. Dále je to výskyt bolesti nebo otoku po zákroku. Po opadu otoku si někteří pacienti stěžují na přítomnost nadbytečné zbytkové předkožky. Může dojít i ke srůstům preputia a glans penis, stenózy meatu uretry, vzniku uretrokutánní píštěle, infekci až nekróze, případně iatrogenní hypospadii nebo epispadii.

Obřízka u kojenců a dětí

Americká pediatriká společnost (American Academy of Pediatrics – AAP) uvádí, že zdravotní výhody obřízky novorozenců mužského pohlaví převažují nad riziky, ale tyto přínosy nejsou dostatečně velké, aby bylo možné doporučit rutinní obřízku všech novorozenců mužského pohlaví. Obřízka novorozenců snižuje riziko vzniku infekcí močových cest v prvním roce života, nakažení virem HIV a dalšími pohlavně přenosnými chorobami, zhoubných nádorů penisu. Možnosti vzniku komplikací obřízky u kojenců a dětí jsou obecně malé a vzácné, pokud zákrok provede zkušený lékař za sterility podmínek a při odpovídající anestezii. Míra komplikací je u novorozenců podstatně nižší než při zákroku prováděném v pozdějším věku. Důležité je informovat rodiče o výhodách a rizicích zákroku a doporučit jim, aby při rozhodování zvažili náboženské, etické a kulturní přesvědčení a zvyklosti.

Evropská urologická asociace (European Association of Urology – EAU) uvádí, že obřízka významně snižuje bakteriální kolonizaci žaludu penisu uropatogenními bakteriemi. Indikace pro obřízku dle EAU jsou symptomatická fimóza rezistentní na terapii a recidivující balanopostitida. K léčbě fimózy lze použít obřízku nebo preputioplastiku, v závislosti na preferencích lékaře. Při obřízce je předkožka zcela resekována, zatímco při preputioplastice je předkožka částečně zachována. Obřízka není indikována jako prevence karcinomu penisu. Kontraindikací obřízky jsou akutní lokální infekce, vrozené anomálie penisu, zejména hypospadiie, epispadiie a vrozené zakřivení penisu. Obřízka vyžaduje správný management léčby bolesti a použití anestezie. Jakýkoli zákrok provedený na předkožkovém vaku vyžaduje včasné sledování a kontrolu minimálně 4–6 týdnů po zákroku. Poslední aktualizace EAU z roku 2024 doporučuje nabídnout obřízku rodičům dítěte v případě symptomatické fimózy, přítomnosti balanitis xerotica obliterans (BXO) nebo fimózy nereagující na konzervativní léčbu. Dále je pak nutno doporučit obřízku kojencům s abnormalitami horních močových cest (vezikoureterální reflux nebo zadní uretrální chlopně) s rizikem recidivující

infekce močových cest, pokud je fimóza spojena s jinou anomálií penisu, jako je vrozené zakřivení penisu (chorda), epispadiie nebo hypospadiie. Para-fimózu lze léčit manuální repozicí a teprve v případě jejího neúspěchu přistoupit k operaci. Je důležité sledovat, zda nedochází ke spontánnímu vymizení asymptomatických prepuciálních adhezí, které se vyskytují téměř u všech dětí mužského pohlaví před pubertálním růstem nebo během něj. Teprve pokud tyto adheze nevymizí, je možno rodičům nabídnout operační řešení.

Obřízka u dospělých a adolescentů

Dle dostupných studií obřízka u dospělých a adolescentů snižuje riziko nákazy virem HIV a ostatních pohlavně přenosných chorob. Pokud je provedená v mladším dospělém věku, může snižovat riziko výskytu karcinomu penisu v pozdějším věku. Jiné výhody či rizika včetně mužských sexuálních dysfunkcí prokázány nebyly. Studie Masooda z roku 2005 uvádí, že obřízka snižuje bolest při pohlavním styku u 69 procent obřízaných mužů.

Závěr

Obřízka, ať už z kulturní, náboženské, či zdravotní indikace, může přinášet řadu výhod. Výzkumy ukazují, že obřízka je spojena s nižším výskytem některých infekcí, včetně sexuálně přenosných chorob a močových cest, a může též snižovat riziko vzniku rakoviny penisu. Kromě zdravotních přínosů se často obřízka stává součástí kulturní identity a tradice, což posiluje její význam v některých společnostech. Je však důležité přistupovat k problému obřízky s respektem k individuálním preferencím a přesvědčením, a to jak z pohledu zdravotních aspektů, tak i etických a právních otázek.

MUDr. Marek Broul, Ph.D., MBA, FECSM^{1,2,3}

¹ Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

² Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.

³ Fakulta zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně (literatura dostupná u autora)

Hypertrofie labia minora: možnosti řešení

Hypertrofie malých stydkých pysků (labia minora) zahrnuje jejich prominenci za hranici velkých stydkých pysků. Tato anatomická variabilita může být symetrická i asymetrická a je obtížné ji jednoznačně definovat kvantitativně. Studie uvádějí délku labia minora od 30 mm do více než 50 mm, ale velikost se přirozeně liší mezi ženami vlivem faktorů jako puberta, těhotenství nebo menopauza.

Přesné příčiny hypertrofie labia minora nejsou dobře známy a mohou zahrnovat idiopatické nebo vrozené příčiny, jako jsou lymfangiomy, nebo získané příčiny, jako je umělé prodlužování pysků, exogenní androgeny, chronické záněty nebo zvýšený průtok krve. Mechanické natahování tkáně nebo přechodné epizody lokálních zánětů mohou hrát roli v rozvoji hypertrofie.

Hypertrofie je obvykle asymptomatická, avšak některé ženy uvádějí estetické obavy, viditelný otok, nepohodlí při nošení těsného oblečení nebo hygienické obtíže. Mohou se objevit chronické bolesti, vaginální suchost nebo psychické potíže spojené se sebedůvěrou.

Management řešení potíží:

Konzervativní přístup

- Použití jemných mýdel a emoliencií ke zmírnění podráždění.
- Nošení pohodlného prádla z přírodních vláken, jako je bavlna.
- Vyvarování se odstraňování ochlupení v oblasti genitálií, které může zvýšit podráždění.

Chirurgický přístup

Labioplastika. Jde o kosmetický zákrok, jehož cílem je zlepšit vzhled a funkčnost genitálií. Indikace zahrnují:

- Funkční obtíže (bolest při sportu nebo sexuálním styku).
- Estetické důvody spojené s psychickou nepohodou.

Chirurgické řešení hypertrofie labia minora zahrnuje různé techniky, které se zaměřují na zlepšení funkčnosti a estetiky genitální oblasti. Tyto metody se neustále vyvíjejí a jsou přizpůsobovány individuálním potřebám pacientek s cílem minimalizovat komplikace a zlepšit výsledky.

Přímá excize

Technika přímé excize, poprvé popsána Capraroem, spočívá v odstranění nadbytečné tkáně přímo z malých stydkých pysků.

Zárok se provádí v litotomické poloze při lokální nebo celkové anestezii. Přebytečná tkáň se označí a poté resekuje rovnou linií, přičemž se nezahrnuje klitoridální kapuce. Okraje jsou sešity kontinuálním stehem. Nejčastější komplikací této metody je kontrakce jizvy, která může vést k zúžení poševního vchodu, a dehiscence stehů.

Modifikace přímé excize

1. Zigzag technika: Maas a Hage popsali modifikaci spočívající v excizi ve tvaru „W“, která zabraňuje vzniku lineární jizvy a snižuje riziko kontrakce.
2. Lazy S excize: Felizio navrhl použití křivky ve tvaru „lazy S“, která zajišťuje asymetrii mezi pysky a snižuje riziko dehiscence.
3. Resekce klínu (wedge resection) – Technika klínové resekce, poprvé uvedená Alterem, zahrnuje odstranění klínovité části tkáně v oblasti největší prominence pysků a následné přiblížení okrajů. Tato metoda zachovává přirozenou hranu tkáně a barvu, avšak lineární jizva stále může vést ke kontrakci.

Modifikace klínové resekce

1. Z-plastika: Giraldo přidal Z-plastiku na obě strany klínové resekce, což umožňuje flexibilnější přizpůsobení tkáně.
2. Rozšířená resekce: Alter zavedl „hokejkovou“ excizi, která zahrnuje nadbytečnou tkáň laterálního pysku a klitoridální kapuci.
3. Star labioplastika: Tepper a kol. vyvinuli techniku „hvězdčicové labioplastiky“, která umožňuje větší variabilitu při odstraňování přebytečné tkáně.

Rekonstrukce pomocí laloku

Munhoz a kol. popsali techniku využívající přebytečnou tkáň pysku k uzavření resekčního defektu. Lalok je vytvořen na základě redundantní kůže, což snižuje riziko dehiscence, avšak může být ohrožen přívod krve.

Deepitelizace

Choi a Kim navrhli techniku omezenou na odstranění epidermis ve střední části pysku. Výhodou této metody je zachování přirozené hrany tkáně, což zajišťuje optimální estetické výsledky.

Asistované techniky

V poslední době byly popsány techniky labioplastiky asistované radiofrekvencí a laserem. Tyto metody umožňují přesnější a méně invazivní zákroky. Například Pardo a Mattlock popsali použití laseru ke zmenšení pysků, což snižuje dobu hojení a minimalizuje pooperační nepohodlí.

Chirurgické techniky pro řešení hypertrofie labia minora nabízejí široké spektrum možností, které mohou být přizpůsobeny individuálním potřebám pacientek. Každá metoda má své výhody i nevýhody, a proto je klíčové pečlivě zvolit přístup na základě anatomických, funkčních a estetických požadavků.

Prevence komplikací

Pacientky by měly být podrobně informovány o možných rizicích, jako jsou bolest, infekce, snížená citlivost nebo dehiscence ran. Doporučené kontroly zahrnují návštěvy po dvou týdnech, jednom měsíci a půl roce od operace.

Podle doporučení odborných společností, jako jsou The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Office of Women's Health a British Association of Aesthetic Plastic Surgeons by ženy měly být poučeny o přirozené variabilitě genitální anatomie. Chirurgické zákroky by měly být nabízeny pouze v případech klinicky významných obtíží a až po dosažení plné zralosti genitálií.

Hypertrofie labia minora je častým důvodem estetických a funkčních konzultací. Při managementu je důležité respektovat přání pacientek, poskytovat edukaci o normálních anatomických variabilitách a pečlivě zvažovat indikace k chirurgickým zákrokům. Další výzkum je nezbytný k lepšímu pochopení etiologie a optimalizaci terapeutických přístupů.

MUDr. Marek Broul, Ph.D., MBA, FECSM^{1,2,3}

¹ Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

² Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.

Technologie z Hollywoodu pomáhá dětem v paliativní péči

Technologie, která přináší průlom v paliativní péči, vznikla v Praze. SERENITY, první plně interaktivní 3D prostředí ovládané pohybem očí a hlavy, umožňuje pacientům v paliativní péči ponořit se do hyperrealistických přírodních scén a prožívat nové podněty bez nutnosti VR headsetů (brýle pro virtuální realitu). Tuto přelomovou metodu využívá nezisková organizace Smiling Crocodile ve svém centru pro děti s těžkým kombinovaným postižením.

Za projektem stojí bývalý hollywoodský specialista na vizuální efekty, který pracoval na filmech jako Terminator, Star Trek či Wonder Woman. „Chtěli jsme využít filmové technologie nejen pro zábavu, ale pro zlepšení kvality života těch nejzranitelnějších. Naším cílem je ukázat, že moderní technologie mohou nejen obohatit audiovizuální svět, ale také výrazně zkvalitnit péči o pacienty, kteří čelí nejtěžším zdravotním výzvám. Technologie propojuje špičkové vizuální efekty s terapeutickou funkcí, čímž otevírá nové možnosti pro paliativní péči a smyslovou terapii,“ říká Lukáš Herrmann, hlavní vývojář projektu ze společnosti NABERIUS.

Virtuální realita nestačila – hledali jsme lepší řešení

Přestože se virtuální realita (VR) v posledních letech rozvíjí, její nevýhody ji činí nevhodnou pro paliativní péči. Těžké helmy, mořská nemoc a nutnost přesného nastavení optiky bránily jejímu využití u pa-

cientů s omezenou hybností. SERENITY je první interaktivní 3D prostředí, které tyto problémy eliminuje. Umožňuje pacientům pohyb ve virtuálním světě bez nutnosti nosit jakékoliv zařízení.

„Virtuální realita je skvělá technologie, ale když ji chcete využít pro paliativní péči, zjistíte, že její limity jsou neřešitelné. Technologii jsme postavili od nuly s důrazem na pohodlí pacientů,“ říká vývojář. Technologie umožňuje uživatelům procházet přírodním prostředím pouhým pohybem hlavy a očí. Díky hyperrealistickému zpracování mají pacienti pocit, že jsou skutečně součástí jiného světa. Mohou sledovat slony, pohybovat se v džungli nebo prozkoumávat horské scenérie.

Individuální terapeutický svět řízený umělou inteligencí

Technologie se od klasické VR liší nejen absencí headsetu, ale také plně personalizovaným přístupem. Každý pacient si vytváří vlastní cestu – zvířata a přírodní prvky se dynamicky mění, což zna-

mená, že se pokaždé setkají s jiným prostředím a musí se vydat novými cestami. V budoucnu vývojáři plánují využít umělou inteligenci k tomu, aby se prostředí přizpůsobovalo nejen fyzickým možnostem uživatelů, ale i jejich emočnímu stavu. „Představte si, že se dítě cítí úzkostně – systém to rozpozná a naservíruje mu klidnější scénu. Nebo naopak, pokud chce objevovat, nabídne mu nová místa k prozkoumání,“ dodává hlavní vývojář. Další fází je také zvýšení rozlišení 4x, což posune vizuální věrnost na úroveň špičkových CGI efektů.

Technologie, která pomáhá zvládat bolest

Vedle emocionálního a smyslového přínosu nového typu technologie prokazatelně pomáhá dětem zvládat chronickou bolest. Odborníci na léčbu bolesti potvrzují, že vizuální a interaktivní stimulace dokáže odvést pozornost od bolesti a snížit stres.

„Dítě, které trpí dlouhodobou bolestí, může být díky SERENITY alespoň na chvíli jinde – místo nemocničního pokoje je obklopeno přírodou, která ho uklidňuje a stimuluje. Děti, které využívají tuto technologii, jsou klidnější, lépe reagují na podněty a prokazují větší schopnost interakce se svým okolím,“ říká Dagmar Herrmannová z neziskové organizace Smiling Crocodile.

Kde všude může pomoci

- Terapie pro pacienty s chronickou bolestí
- Podpora seniorů a lidí s omezenou hybností
- Pomoc dětem s poruchami autistického spektra

(htl)

Foto: archiv Smiling Crocodile



Zájem o transplantaci Langerhansových ostrůvků v zahraničí roste

Už 20 let provádí Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) transplantace Langerhansových ostrůvků. Metodu mezitím nejen zdokonalil, ale také úspěšně rozšířil i za hranice Česka – nově s ní pomáhá rakouským sousedům. Transplantace Langerhansových ostrůvků je určena pacientům, kteří nemohou podstoupit transplantaci slinivky, a nabízí jim výrazné zlepšení kvality života.

Program funguje od roku 2005. Od té doby bylo provedeno více než 170 implantací u 120 pacientů. Z toho 37 výkonů bylo provedeno současně s transplantací ledviny u příjemců, pro něž by současná orgánová transplantace pankreatu byla příliš riziková. V 25 případech se jednalo o autotransplantaci, kdy pacienti dostali svoje vlastní ostrůvky, které se izolovaly z pankreatu, který jim musel být odstraněn.

Tento zákrok je šetrnější než transplantace celého pankreatu – ostrůvky produkující inzulin se infuzí vpravují do jaterního řečiště pacienta pod lokální anestezii. Transplantace ostrůvků může pomoci pacientům, kterým musí být odstraněna slinivka břišní kvůli zánětu, nezhoubnému nádoru nebo jiným komplikacím, i když dosud nemají diabetes. V takovém případě se provádí autologní transplantace, při níž se pacientovi vrací jeho vlastní Langerhansovy ostrůvky, aby se předešlo vzniku diabetu. Ostrůvky se získávají speciální laboratorní metodou – po očištění a mechanickém zpracování slinivky se oddělí centrifugací. Celý proces trvá několik hodin a vyžaduje tým specialistů. Následně se ostrůvky aplikují infuzí do jater, kde nahrazují endokrinní funkci slinivky.

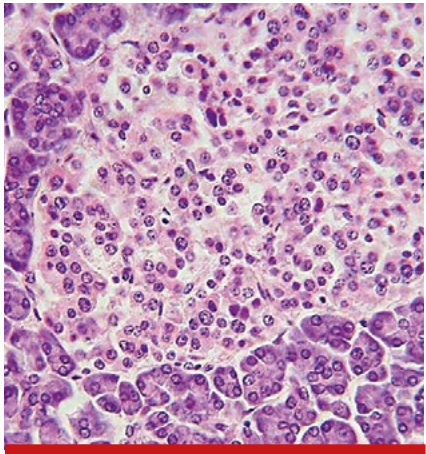
Spolupráce s Rakouskem a Slovenskem

IKEM tuto metodu nabízí úspěšně i dalším nemocnicím, a pacienti tak mohou podstoupit léčbu přímo ve své regionální nemocnici. Do laboratoře institutu, kde odborníci provedou izolaci Langerhansových ostrůvků, je přepravena pouze slinivka. Následně lékaři IKEM dorazí s izolovanými ostrůvky zpět k pacientovi a provedou transplantaci v místní nemocnici. „Podařilo se nám rozšířit program i za hranice Česka. Ve spolupráci

se Slovenskem a Rakouskem jsme pomohli pacientům v jejich domovských zemích. Rakouským pacientům byla odebrána tkáň, z té jsme izolovali buňky Langerhansových ostrůvků v Praze v IKEM a transplantaci následně provedli v Salzburgu. Taková spolupráce je výjimečná, následuje podobnou aktivitu v Evropě, kde se také vytvářejí konsorcia mezi jednotlivými státy a ukazuje se, jak propojená medicína může být,“ popisuje posun doc. MUDr. Peter Gorman, Ph.D., přednosta Kliniky diabetologie IKEM. „Tato spolupráce nám umožnila využít know-how kolegů z IKEM a provést transplantace Langerhansových ostrůvků u dvou našich pacientů, kteří se nyní těší výrazně lepší kvalitě života. Jde o příklad mezinárodní výměny zkušeností, která skutečně přináší pacientům hmatatelné výsledky,“ pochvaluje si doc. MUDr. Martin Varga, Ph.D., z Kliniky chirurgie, Univerzity nemocnice Paracelsus Medizinische Universität, Salzburg.

Letitá tradice

IKEM tradičně patří k předním evropským pracovištím, kde se provádějí orgánové transplantace pankreatu. Od roku 1995 vyvíjel tým vedený profesorem Františkem Saudkem nejprve v experimentu postup transplantace ostrůvků, která je pro pacienta jednodušší a bezpečnější. První klinická transplantace byla pod Saudkovým vedením provedena 4. února 2005. Tento průlomový výkon umožnil pacientovi s těžkými hypoglykemickými stavy, jejichž varovné příznaky nebyl schopen rozeznávat, téměř eliminovat potřebu inzulinu, a zejména odstranit riziko těžkých hypoglykemií při inzulinové léčbě. Tím započala éra, která dodnes zachraňuje pacienty nejen s touto poruchou, ale také předchází vzniku nestabilního diabetu



Obr. Langerhansův ostrůvek (barvení hematoxylin-eosin); kolem exokrinní buňky slinivky
Zdroj: Wikipedia

u osob, které z různých důvodů podstupují odstranění vlastního pankreatu. „Byla to výzva, kterou jsme přijali s nadšením a zároveň s respektem. Začátky nebyly jednoduché – budovali jsme laboratoř, vyvíjeli postupy a sbírali zkušenosti. Dnes je obrovská radost vidět, jak se tato metoda stala ve vybraných indikacích běžnou součástí léčby, a ještě větší radost mám z toho, kolik pacientů jsme mohli za ty roky pozitivně ovlivnit,“ vzpomíná prof. MUDr. František Saudek, DrSc., vedoucí Laboratoře Langerhansových ostrůvků IKEM.

Pro pacienty s diabetem 1. typu, kteří nemohou podstoupit transplantaci celé slinivky, je tento zákrok často klíčový. „Díky transplantaci Langerhansových ostrůvků dokážeme výrazně snížit jejich potřebu inzulinu, eliminovat těžké hypoglykemické stavy a zásadně zlepšit kvalitu života. Minimálně invazivní přístup zároveň znamená kratší rekonvalescenci a menší rizika,“ konstatuje doc. MUDr. Jan Kříž, Ph.D., zástupce přednosty centra pro experimentální výzkum, Centrum diabetologie IKEM. Právě mezinárodní spolupráce umožňuje tuto metodu nabídnout pacientům, kteří by na jiném místě neměli k dispozici specializovanou laboratoř nebo zkušené odborníky.

Tab. Počet transplantací Langerhansových ostrůvků v IKEM (od zemřelých dárců)

2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
10	7	5	10	5	5	7

(red)
Zdroj: IKEM

Pacienti s epilepsií mohou žít bez záchvatů

Když se řekne epilepsie, řada lidí si představí život omezený pravidelně se vyskytujícími záchvaty. Díky pokrokům současné medicíny už tomu ale tak dnes být nemusí. Moderní léčbou lze u většiny lidí s epilepsií dosáhnout úplného vymizení záchvatů. Pacienti, u nichž se dosud nepodařilo dostat nemoc pod kontrolu, by měli navštívit specializovaného neurologa – epileptologa – nebo některé z center pro epilepsie, kde odborníci dokážou přesněji zmapovat příčiny nemoci a nastavit cílenou léčbu.

„Pojem epilepsie zahrnuje desítky různých onemocnění, která mají široké spektrum příčin. Projevují se různorodými typy záchvatů. Nejčastěji bývají epilepsie geneticky podmíněné. Vznikají ale také v důsledku cévního onemocnění mozku, po úrazech hlavy, vlivem nádorů či zánětů mozku,“ říká MUDr. Jana Zárubová z Centra pro epilepsie Motol.

Podle odborníků v Česku žije asi 80 000 pacientů s epilepsií. V evidenci lékařů ale zůstává dalších přibližně 160 000 lidí, kteří jsou více než pět let bez záchvatu. „Největší výskyt epilepsií zaznamenáváme u dětí v novorozeneckém či kojeneckém věku. Následně pak u seniorů, kteří se častěji potýkají s cévními nebo neurodegenerativními onemocněními mozku,“ doplňuje neuroložka.

Nejnápadnějším projevem epilepie jsou tonicko-klonické záchvaty. „Jde o stav, kdy člověk náhle ztrácí vědomí, padá, má křeče v obličeji, křeče končetin a těla, nejprve se zvýšeným napětím, které později přejde do rytmických záškubů, může dojít k promodrání v obličeji a slinění. Velmi často pacient zjistí, že má epilepsii, až ve chvíli, kdy prodělá takto nepřehlédnutelný záchvat. Když ale s nemocným mluvíme nebo se ptáme příbuzných, mnohdy narazíme na to, že už dříve měl jiné obtíže. Nebyly ovšem tak výrazné, proto jim nikdo nevěnoval pozornost,“ přibližuje MUDr. Zárubová. Epileptický záchvat se může projevit také tím, že se člověk zastaví v činnosti, přestane odpovídat, opakuje jednu slabiku nebo si napří-

klad popotahuje oblečení. U dětí se zase objevují krátká zahledění, která mohou být mylně považována za nepozornost.

„Epilepsie je závažné onemocnění, které s sebou přináší různá omezení v každodenním životě – ať už jde o řízení auta, sport, výběr školy, nebo povolání. Přestože epilepsie nejsou jenom záchvaty, tak právě dosažení stavu, ve kterém pacient záchvaty vůbec netrpí, je klíčem ke kvalitnímu životu,“ říká MUDr. Jana Amlerová, Ph.D., z Centra pro epilepsie Fakultní nemocnice v Motole.

Přibližně u 60 až 70 procent pacientů s epilepsií jsou podle lékařů záchvaty léčbou dobře ovlivnitelné. „V těchto případech zvolíme vhodný lék, vysvětlíme pacientovi, jaká musí dodržovat režimová opatření, a pokud je plní, žije zcela bez záchvatů,“ říká dr. Zárubová. Především záchvatům pomáhají dle neurologů tři základní kroky. „Pravidelné užívání léků, režim v podobě pravidelného spánku, kvalitní stravy a dostatečného pitného režimu a v neposlední řadě pohyb,“ dodává MUDr. Amlerová.

U některých nemocných je ale situace složitější. „Pacienti mohou mít alergickou reakci na lék nebo se objeví další nežádoucí účinky, takže hledáme jiná řešení. V současnosti máme na trhu přes 25 léků na epileptické záchvaty, takže jsme schopni pacientům šít léčbu opravdu na míru,“ vysvětluje MUDr. Zárubová.

Cílem neurologů je přitom vždy dosáhnout úplného vymizení záchvatů. „Pokud se to nedaří, měli by být pacienti odesláni do péče speciálně proškolených neurologů, tzv. epileptologů. Jejich seznam je dostupný na webu České ligy proti epilepsii,“ říká MUDr. Zárubová. Pokud se problémy nepodaří vyřešit ani na této úrovni, měli by pacienti zamířit do specializovaných center pro epilepsie. V Česku jich existuje celkem osm – v Praze, Brně, Plzni, Hradci Králové a Ostravě.



54 procent Čechů uvádí, že se cítí osaměle, osamělost nejvíce sužuje mladé dospělé

Otázka duševního zdraví Evropanů přináší smíšené odpovědi. Mnoho lidí sice uvádí, že se cítí šťastní, zároveň však u nich přetrvává silný pocit osamělosti. Koho se tento problém dotýká nejvíce a jak jej můžeme řešit?

Studie STADA Health Report 2024 ukazuje, že vnímání vlastního duševního zdraví se na našem kontinentu zdá být pozitivní: dva ze tří Evropanů (65 %, ČR 53 %) hodnotí své duševní zdraví jako „velmi“ nebo „docela dobré“, zatímco pouze 9 % (ČR 13 %) ho považuje za špatné. Navzdory tomu ovšem 52 % evropské populace (54 % Čechů) zažívá pocity osamělosti, přičemž nejzranitelnější skupinou jsou mladí dospělí.

Sociální vazby hrají zásadní roli pro naše duševní zdraví

Na základě zjištěných údajů je zřejmé, že osamělost je naléhavým problémem

v celé Evropě. Ženy (57 %, ČR 62 %) ji vnímají častěji než muži (Evropa i ČR 46 %) a tento pocit klesá s věkem. Navzdory tomu, že příslušníci mladé generace uvádějí nejvyšší míru celkového štěstí, jsou to právě oni, kdo s pocity osamělosti nejvíce bojuje – 61 % Evropanů (66 % Čechů) ve věku 18 až 24 let. U lidí starších 70 let je to 33 % (Evropa i ČR).

Zároveň prokazatelně existuje silná souvislost mezi fyzickou a duševní pohodou: Většina Evropanů, kteří se po fyzické stránce cítí v pořádku, totiž hodnotí své duševní zdraví pozitivně (83 %, ČR 77 %), zatímco mezi těmi, kteří se necítí fyzicky fit, je to jen 28 % (ČR 26 %). Podobná provázanost pak existuje i v případě osamělosti.

Téměř 70 % Evropanů (67 % Čechů), kteří se necítí fyzicky fit, si zároveň připadá osaměle, a ti, jejichž duševní zdraví je špatné, zažívají pocity osamělosti dokonce v 86 % případů (v ČR 85 %). Zvláště zranitelní jsou v tomto ohledu mladí dospělí – devět z deseti Evropanů (90 %, ČR 93 %) ve věku 18 až 24 let se špatným fyzickým a duševním zdravím uvádí, že se cítí osaměle.

Možná řešení rozšířeného fenoménu osamělosti

Téměř polovina Evropanů (46 %, ČR 42 %) považuje zlepšení rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem za klíč ke zmírnění osamělosti a řešení souvisejících problémů v oblasti duševního zdraví. Kromě toho se 43 % respondentů (ČR 46 %) domnívá, že by změnu mohla přinést lepší ekonomická situace. Za další potenciální řešení je považována také změna v oblasti využívání sociálních médií – 30 % Evropanů (31 % Čechů) navrhuje omezit čas strávený u obrazovek a displejů a dalších 14 % (ČR 7 %) volá po zobrazování realističtějších typů postav v online sociálním prostoru. 27 % Evropanů (17 % Čechů) se dále domnívá, že klíčem k řešení problému by mohlo být zlepšení přístupu k terapii.

(htl)

Ilustrační foto: 123rf.com



▼ Inzerce

Institut vzdělávání APSS ČR nabízí

VZDĚLÁVACÍ CYKLUS

Zdravotnický pracovník manažerem v soc. službách

březen–září 2025

Celkový rozsah vzdělávání je 48 vyučovacích hodin.
Prezenční výuka proběhne v 6 školících dnech
(rozdělených vždy po dvou po sobě jdoucích dnech).

Místo konání: Unie zaměstnavatelských svazů ČR, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4-Nusle
Cena: 9 900 Kč (v ceně kurzu je coffee break a oběd)

Konkrétní termíny a podrobnosti na www.institutvzdelavani.cz,
menu Manažerské programy pro sociální a zdravotnické pracovníky.



INSTITUT VZDĚLÁVÁNÍ
APSS ČR



Profesní svaz
zdravotnických pracovníků
v sociálních službách

Partner
vzdělávacího cyklu

interpharmac



Vědci popsali DNA chromozomu Y pomocí lučního kvítí

Co má společného luční květina silenka širolistá s člověkem? Oddělená pohlaví. Tuhle na mezi roste samčí rostlinka, o kousek dál samičí. Vědci z Ústavu experimentální botaniky AV ČR a Biofyzikálního ústavu AV ČR spolu se zahraničními kolegy rozluštili DNA chromozomu Y, který je zodpovědný za formování prašníků a produkci pylu v samčích květech silenky, a dokonce přišli na kloub tomu, jak u byliny kdysi dávno k tzv. dvoudomosti došlo. Evoluční proměny pohlavního rozmnožování v rostlinné říši navíc mohou prozradit i leccos o člověku. Výzkum publikoval prestižní časopis Science.

Vídáme ji na mezích a loukách a nejrůzněji ji z procházky neseme domů do vázy. Silenka širolistá nebo také knotenka je běžnou českou bylinou. Spíše než jemnými bílými květy zaujme svým sametovým, lecky nafialovělým tělem. Na první pohled upoutají i jakési balonky pod některými květy. Nafouknuté kalichy se semeníky patří samičím rostlinám, lodyhy se štíhlými, válcovitými kalichy nesou zase jen samčí květy s prašníky a pylem.

Silenka širolistá se řadí mezi dvoudomé rostliny – tedy druhy, u nichž se vyvinula oddělená pohlaví a v jejichž populaci se vyskytují jedinci s výhradně samičími, nebo naopak samčími rozmnožovacími orgány. „Samce“ a „samice“ v rostlinné říši rozlišují třeba i vrby, chmel nebo konopí. O dvoudomosti vědí své rovněž zahrádkáři a sadaři, kteří chtějí pěstovat rakytník pro jeho vitaminy nabažené plody – musejí zasadit dva keře coby partnerskou dvojici. Podobné je to s léčivým jinanem dvoulaločným.

Zrovna tak silenka musí růst v páru. Nabídnout sice nemůže ani zásobu vitamínů, ani své plody k potravinářskému využití, zato je důležitým klíčem k poznání. „Výzkum silenek nám pomáhá odpovědět na otázky spojené s osudem

našich genomů, a tím s osudem nás samých,“ vysvětluje Helena Štorchová z Ústavu experimentální botaniky AV ČR, jež vede laboratoř reprodukce rostlin.

Na stopě samčímu genomu

Jak je možné, že by luční květina mohla prozradit něco o lidském pokolení? Silenka širolistá je vybavena obdobným systémem určení pohlaví jako člověk. Samčí jedinci nesou chromozomy X a Y, zatímco samičí mají dvojici chromozomů X. A právě dědičnou informaci pohlavního chromozomu Y u silenky širolisté podrobně prozkoumal mezinárodní tým vědců z osmi evropských zemí, USA a Chile.

Rozluštit ji byl nesmírně náročný úkol. DNA chromozomu Y u silenky totiž obsahuje mnoho opakujících se úseků, což komplikuje jeho analýzu. Navíc je obrovský – má přes 500 milionů „písmen“ genetické informace. To je téměř jedna šestina celého genomu člověka s 23 chromozomy.

„Na rozdíl od lidského chromozomu Y je ten silenkový evolučně mladý. Začal se utvářet před asi 11 miliony lety. Během další evoluce se postupně omezovala jeho rekombinace s chromozomem X, tedy párování a výměna jejich odpovídajících oblastí. Hromadily se v něm také opakující se úseky DNA, což vedlo k jeho extrémnímu zvětšování,“ říká Roman Hobza z Biofyzikálního ústavu AV ČR.

Důležité poselství nenápadné byliny

Vědci použili kombinaci několika nejmodernějších metod čtení DNA, aby získali detailní sekvenci silenčina chromozomu Y – zjednodušeně řečeno pořadí „gene-

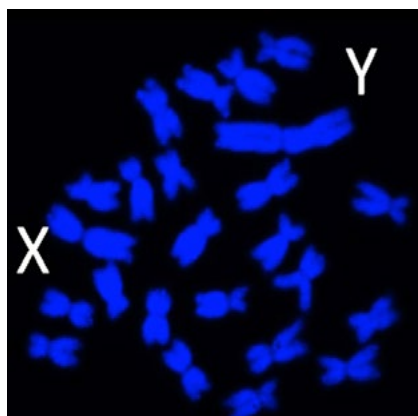


tických písmen“, v nichž je zapsána dědičná informace. Podařilo se také nalézt geny, které by mohly být zodpovědné za základní funkce chromozomu Y, tedy potlačení tvorby semeníku a podporu formování prašníků a produkci pylu v samčích květech.

Vedle genomu silenky širolisté analyzovali badatelé i genomy dvou příbuzných druhů, které nemají oddělené pohlaví – silenky obecné a silenky kuželovité. Jejich srovnání odhalilo komplikovaný původ silenkových pohlavních chromozomů, jež vznikly z několika kusů jiných chromozomů.

„I zdánlivě nenápadné rostliny mohou přinést klíčové poznatky o základních biologických procesech. Silenka širolistá se tak stává jedním z důležitých pokusných druhů pro pochopení evoluce rozmnožování,“ uzavírá Roman Hobza.

Zdroj a foto: AV ČR



Nejsevernější lékař

Touha po dobrodružství, ale i odvaha a lidský soucit přivedly dánského lékaře k tomu, aby strávil rok práce a života v nejsevernějším lidském sídle na světě.

Zatímco pevninské Dánsko je menší než Čechy, Grónsko, ostrovní součást království, má rozlohu více než dva miliony kilometrů čtverečných a je tak daleko na severozápad, že geograficky patří k Severní Americe. Název Grónsku, tedy Gronlandu, Zelené zemi, dal v 10. století vikingský mořeplavec Erik Rudý. Určitě věděl, že alespoň tráva a nízké keřky se tu vyskytují pouze na úzkém pobřežním pásu a jen o kousek dál do vnitrozemí je pouze silný mráz a věčný led, ale za tehdejšího oteplení severní polokoule se tu noví useláci uživilí nejen lovem a rybolovem, ale i chovem dobytka. V dalších staletích tu postupně přitahovalo a žít tady už dokázali pouze původní obyvatelé – Eskymáci.

Korektní název tohoto etnika je Inuité, což v jejich řeči znamená „lidé“. Až novověké odvážlivce sem z Evropy znovu přilákal obchod a rybolov. Žít v Grónsku jde pouze na pobřeží a právě tam, v obrovských vzdálenostech mezi sebou, vznikaly první trvale osídlené osady Evropanů. V 19. století se ostrov stal dánskou zámořskou kolonií. Ve větších osadách dánská vláda zřídila malé nemocnice, určené především dánským uselíkům, kteří tu řídili obchod a zastupovali státní správu, ale také Inuitům. Stanoveny byly zdravotní obvody, rozlohou tak velké, že cesta lékaře za pacientem trvala na saních i několik dní. Ochota naučit se řídit psí spřežení byla pro uchazeče o lékařskou praxi v Grónsku stejně samozřejmou podmínkou přijetí jako perfektní fyzická kondice a značná otužilost. Museli počítat i s tím, že se cestou za pacientem se psím povozem mohou vklínit do průrvy plné ledové vody a dostat ven sebe, psy i saně bude v ledové pustině pouze na nich samotných.

Cesta na konec světa

Dostat se do Grónska, krásné, ale mimořádně drsné země a pra-

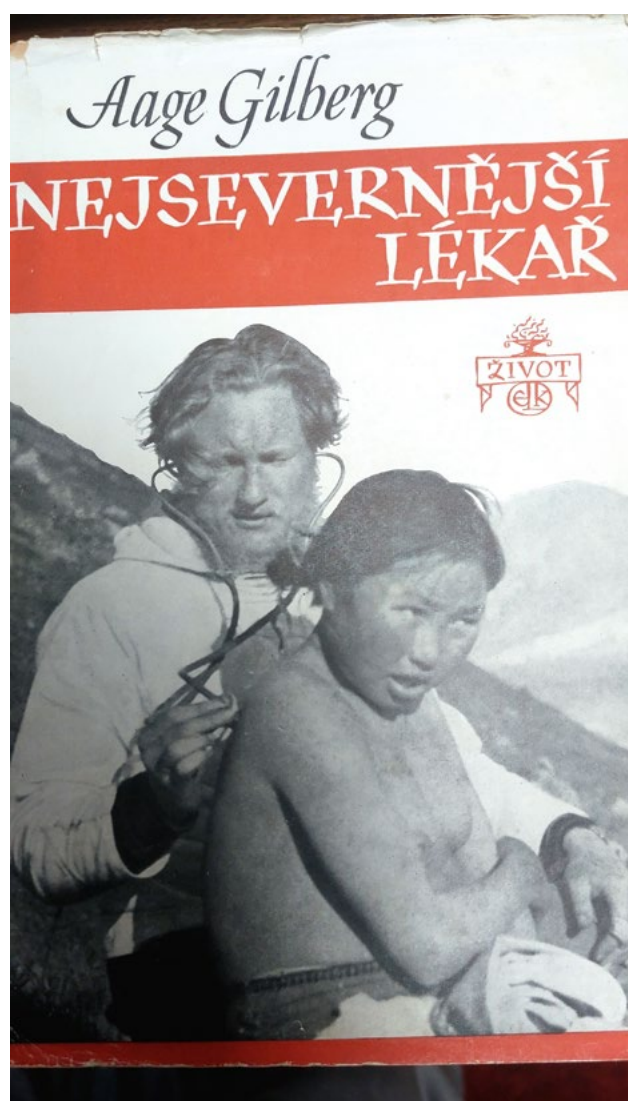
covat tam, bylo snem mladého dánského lékaře Aageho Gilberta (1912–2002). Podařilo se mu to už krátce po promoci, tedy s minimální praxí, uspěl v konkurzu na místo obvodního lékaře na nejsevernějším obydleném místě na světě. Do Thule, osady vzdálené 2000 kilometrů na severozápad od místa, kam tehdy připlouvaly lodě z Evropy, se totiž zkušenějším a hlavně starším lékařům opravdu nechtělo, v jižněji položených osadách byl život přece jen civilizovanější. Romanticky založeného Gilberta naopak přitahovalo „to pravé Grónsko“, nezkažené moderním světem. Těšil se na lidi, kteří se nejlépe hodí do té drsné, ale překrásné země a byl připravený snášet tamní život-

ní podmínky, věděl, že v zimě bude muset vyjíždět za pacienty i v minus padesáti a snášet několikaměsíční temnotu. Pracovní smlouvu dostal na rok, od léta 1938 do poloviny roku 1939. Na cestu se s ním vydala i jeho manželka Lisbet, která mu pomohla i s přípravou nezbytných ročních zásob prakticky všeho, od vybavení lékárny přes cukr, kávu, konzervy a tabák až po střelný prach, broky a nezbytnou ručnici. Manželé nesměli v žádném ohledu zůstat na krku místním Inuitům. V pokynech na cestu měli i preventivní očkování. I po letech Gilbert vzpomínal, že vakcinaci proti břišnímu tyfu on i manželka odstonali horečkou. Nutné bylo i očkování proti neštovicím, do Grónska zavlčených se šatstvem, které místní obyvatelé směňovali s holandskými velrybáři.

První zatěžkávací zkouškou byla už cesta na ostrov. Na konci 30. let 20. století představovala polární výprava i do z Evropy nejbližší grónské osady, tedy na jižní cíp země, několikátýdenní plavbu ledovým mořem. Plavit se na parníku napříč rozbouraným oceánem znamenalo akceptovat hodně drsné a velmi primitivní podmínky na lodi. Kajuty byly těsné, mořskou nemoc měli všichni, kupodivu až na Gilberta. V boji s mořskou nemocí aplikoval metodu, podle které je při nevolnosti nejlepší vyjít na palubu, na čerstvý vzduch, i když to všude kolem vesele stříká, a co nejvíc se najíst. Podle jeho zkušenosti „nevadí, že to člověk hned zase vyndá, jen když je co vyndávat“.

V zamrzlé nemocnici pro panenky

Když Gilbertovi konečně dorazili do Thule, čekala je tam nemocnička „malá jako pro panenky“. Celá dřevěná budova měla jen přízemí a podkroví. Kuchyně sloužila nejen pro přípravu jídla pro až dvanáct hospitalizovaných



nemocných a personál nemocnice, ale i jako operační sál. Do malícké budovy se vešla i lékárna, podle Gilberta „velmi dobře vypravená“, poměrně moderně vybavená laboratoř a miniaturní byty pro personál, což kromě lékaře byla zdravotní sestra a dva až tři lidé jako pomocníci. Vtěsnala se i prádelna a žehlárna. Zřejmě nejvíce prostoru bylo na půdě, tam také byly uloženy zásoby potravin. Zkažení jim nehrozilo, po většinu roku tam byla teplota pod nulou, v zimě se držela v průměru kolem minus třiceti. Ve světnici bývalo u podlahy – 4 °C, ale při vichřici se ani u rozpálených kamen teplota nedostala nad – 10 °C. Lékař i sestra ošetřovali pacienty v oblečení podšitým kožešinou. Voda pro nemocnici byla z ledovce ze zmrzlé pitné vody, odseklo se několik kousků a ty se rozpouštěly v nádobě na kamnech, jen uprostřed léta se chodilo pro vodu do říčky poblíž nemocnice. První operaci nový lékař neprovedl na „operačním sále“ (tedy v kuchyni), ale venku, na úvazišti psů. Vedoucí pes jednoho spřežení tam vstrčil nohu do železné svorky opraty a nedařilo se mu ji vyprostit. Strašně ho to bolelo, a tak vyváděl jako zběsilý. Gilbertovi se podařilo psa omámit a pomocí nože ho vysvobodil. Zásah to byl perfektní a lékaři okamžitě získal respekt a úctu místních lidí.

V thulské nemocnici neexistovaly žádné izolované prostory, což lékaře oprávněně děsilo. Převládající nemocí jeho inuitských pacientů totiž byla tuberkulóza, nákazou stále ohrožovali ostatní nemocní i personál. Gilbert si z vlastního zájmu udělal statistiku úmrtí ve svém obvodu za posledních deset let, tedy mezi rokem 1929–1939. Vyšlo mu, že 25, 2 procenta tamějších domorodců zemřelo právě na TBC, z toho 56 procent na plicní tuberkulózu, 30 procent na tuberkulózní záneht mozgových blan a zbytek většinou na tuberkulózu kostí. Velmi častou příčinou úmrtí Inuitů byly nehody – 13,8 procenta zemřelých přišlo o život při neštěstí, většinou se utopili, což se stávalo při plavbě kajakem, ale i zřícením do puklin v ledovci. O život přicházeli často i nešťastnou náhodou při lovu, špatně mířenu ranou z pušky. Jak k tomu Gilbert v zápiscích poznamenává, tyto údaje jsou svědectvím, jak nebezpečný je tamější život a jak těžký je tu boj o přežití.

Jeho „polární Eskymáci“ měli velmi často i jiné plicní choroby než TBC, zejména bronchitidu. Více než 15 procent jich umíralo na záneht plic. K tomuto údaji Gilbert poznamenal, že stejně jako všechny akutní infekce přepadá i záneht plic tyto lidi s vel-

kou prudkostí. Podle tehdy obecného mínění by měli mít také nedostatek vitamínu C, ale nebylo to tak. Scorbut v těchto končinách Inuitů (na rozdíl od Evropanů, pokud neužívali vitaminové preparáty) neměli. Problém Gilberta velmi zaujal a napsal si k němu: „Vyšetřil jsem velmi zevrubně každického jednotlivého člověka ve svém obvodu ohledně nedostatku vitamínu C. A našel jsem pouze dva s jeho symptomy – státního správce monopolního obchodu a jeho ženu. Domorodci oproti tomu vykazovali v tomto směru tu nejlepší rovnováhu, lepší než Dánové u nás doma. Podle některých odborných názorů získávají Inuité vitamin C požíváním mořských chaluh, ty ale ve skutečnosti vůbec nejedí, stačí jim jejich masitá jídla.“ To si lékař ověřil ve své nemocniční minilaboratoři analýzami masa, hodně „cěčka“ našel především ve vnitřnostech a zejména těch, které byly z velkých mořských zvířat: „Provedl jsem spoustu analýz a našel jsem zvláště bohatá ložiska vitamínu C v kůži narvalů a v játrech a ledvinách mrožů a tuleňů. A právě tyto věci pokládají domorodci za nejlepší pochoutku a jedí je syrové. Má žena i já jsme si je zprvu hnusili, ale brzy jsme jim přišli na chuť. Zejména za dlouhé zimní noci jsme o ně velmi stáli a jedli jsme je se stejnou chutí a přirozeností, jako doma v Dánsku jíme syrová rajčata. Správcovi ale nechtěli propadnout takovým barbarským způsobům,“ napsal Gilbert ve své autobiografii. Jeho vzpomínky vyšly v roce 1947 i u nás, v českém vydání má knížka název „Nejsevernější lékař“.

Tuberkulózou onemocněly častěji ženy

Lékař oceňoval také působení vitamínu D a A z tuku v mase mořských zvířat. V Evropě běžně podávaný rybí tuk podával jen hospitalizovaným pacientům, neměl pro ně totiž takové množství masa jako v domácnostech místních lovců. Překvapilo ho, že se celé své působení v Thule neseťkal s jediným případem rakoviny, kdežto v Dánsku byla příčinou každého devátého úmrtí. Přemýšlel nad spojitostí karcinomu a výživou a dospěl k názoru, že nějaká určitě existuje. Všiml si totiž, že na jihu Grónska, kde se místní obyvatelstvo už značně promísilo s Evropany a kde se lidé žijí převážně „ubohou krámskou stravou“, se už rakovina vyskytuje, i když mnohem méně než v Dánsku. Vlastní teorii měl i na místní obrovskou incidenci tuberkulózy. Přičítal ji čtyřměsíčnímu naprostému nedostatku světla. Ve své nemocnici viděl, jak se jeho

pacienti s TBC na podzim velmi zhoršili, litoval, že nemá lampu na ozařování. Vysvětlením obrovského množství případů tuberkulózy byly i stísněné prostory inuitských domácností, pro tuto příčinu svědčilo i to, že TBC postihovala častěji ženy. Ty jsou v zimě mnohem víc uzavřeny doma než muži vycházející ven za lovem.

Minimální nebo dokonce žádnou pomoc chtěly Inuitky při porodech. Tradičně u nich bývala jen některá ze starších žen, ani ta ale do porodu příliš nezasahovala, působila jen jako psychická podpora. Inuitky rodily nejčastěji v dřepu nebo kleku na polštáři z jelení kůže, polohu na zádech považovaly za velmi nepřírozenou. Do role porodníka evropského lékaře nepouštěly. Neměly z něj strach a nestyděly se před ním, jen k tomu neviděly důvod. Aane Gilbert jim své názory nevnucoval, neměl nad Inuitky a jejich postoji pocit nadřazenosti svým vzděláním nebo rasou. Léčil je, pokud se u něj léčit chtěli. Oboustranná tolerance se projevovala i při zábavách a oslavách, které Gilbert pořádal pro své četné místní přátele a známé, což byli v naprosté většině Inuité. Během „společenských večírků“ je hostil kávou, dánskými sušenkami a cigaretami (škodlivost kouření ještě dávno nebyla tématem) a dánsko-inuitskou konverzaci doplňoval brilantní hrou na pilu. Největší úspěch v provedení na pilu mívaly černošské spirituály, Inuitům se moc líbily a s nadšením si na ně i zatancovali.

V létě 1939 Gilbertova roční lékařská mise v Thule skončila. Nepožádal o její prodloužení, protože jeho žena chtěla domů, čekali své první dítě a Lisbet chtěla родit v Dánsku. Odjížděli neradi, v odlehleém koutě Grónska byli šťastní a doufali, že se sem brzy vrátí. To už se ale nikdy nestalo. Za měsíc po návratu Gilbertových do Dánska vypukla druhá světová válka. Po ní pak bylo i v Thule všechno jinak, osada byla vyklizena a na jejím místě vznikla americká vojenská základna. Inuitky i na vzdáleném severu země čekalo setkání s moderní civilizací a jejími převážně negativními důsledky, včetně těch zdravotních. Původní životní styl Inuitů vymizel už v 60. letech. Začali být zcela závislí na západních komoditách, přišli o soběstačnost a zdraví jim začal podlamovat alkohol a obezita. Ne všichni přijali novou éru snadno, právě mezi Inuitky je v současnosti překvapivě vysoká míra sebevražd. Doktor Gilbert by z toho jistě byl upřímně nešťastný.

Jana Jílková

Foto: archiv autorky

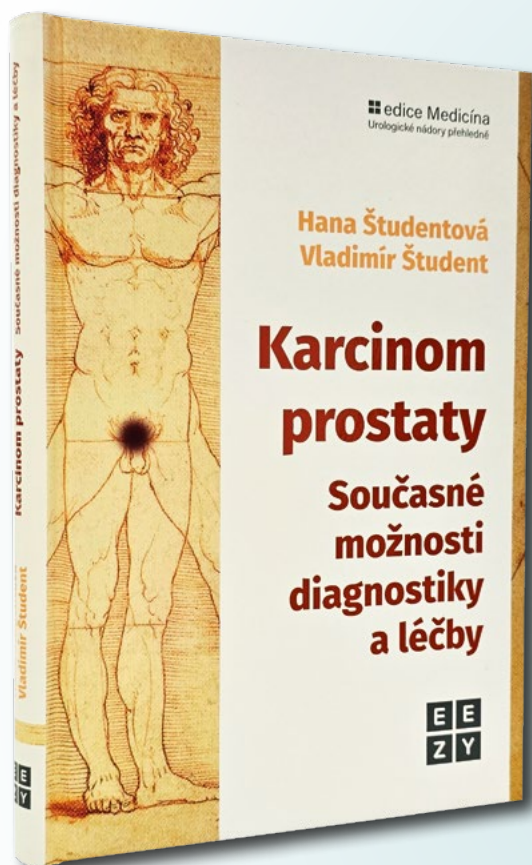
Představujeme novinku

doc. MUDr. Hana Študentová, Ph.D.

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., FEBU

Karcinom prostaty

Současné možnosti diagnostiky a léčby



Karcinom prostaty představuje v současné době nejčastější nádorové onemocnění v mužské populaci. Karcinom prostaty má velmi pestrou biologii chování a je to jeden z mála nádorů, který u řady nemocných díky moderní léčbě není příčinou jejich úmrtí. Tato skutečnost představuje výzvu jak pro poskytovatele léčebné péče, tak pro pacienty samotné především s ohledem na rozsah a načasování vhodné terapie. Smyslem není jen délka života, ale především jeho kvalita a to s důrazem na pacientovy preference. Kniha nabízí stručně a přehledně zpracovanou problematiku karcinomu prostaty, obsah je aktuální, řešící klíčová témata dotýkající se života pacientů s tímto onemocněním. Kniha je ideálním zdrojem informací pro urology, onkology, ale také praktické lékaře a samotné pacienty s jejich rodinami.

Doporučená cena: 399 Kč

Cena na e-shopu eezy.cz

319 Kč

EEZY Publishing, s.r.o.
Vyšehrad Garden,
Na Pankráci 322/26
140 00 Praha 4



Objevte naše novinky

Navštivte náš e-shop nebo
prodejnu a získejte elegantní
a pohodlné oblečení, které vám
usnadní každý pracovní den.




Cadenza®

PRODEJNA CADENZA

Myslíkova 31, Praha 1
Zákaznický servis +420 602 633 799
info@cadenza.cz
www.cadenza.cz | www.cadenza.sk

