ZAM Zdravotnictví a medicína

MĚSÍČNÍK PRO LÉKAŘE A FARMACEUTY

4 2026

Rozhovor s Albertem Štěrbou

str. 8

www.zdravotnictvi-medicina.cz

Nemoc králů je stále aktuální
str. 2

Chrapot, banální příznak, nebo varovný signál?
str. 28

Umělá inteligence v moderní kardiologii: fibrilace síní
str. 31

Nemocnice Pelhřimov

NASTARTUJ KARIÉRU V PELHŘIMOVĚ

Příspěvek až 1,5 mil. Kč

Napiš mi nebo zavolej

MUDr. Jan Foltin
Náměstek LPP
+420 733 776 143
jfoltin@nempe.cz

SKENUJ PRO VOLNÁ MÍSTA

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

ZAM
Zdravotnictví a medicína

číslo 4/2026

www.zamcasopis.cz
www.zdravotnictvi-medicina.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 Měšťák, Ph.D.
Mgr. Jana Nováková, MBA
prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC
MUDr. Ondřej Tefr, MHA
prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Šéfredaktorka
Mgr. Veronika Nekvindová Hotová
e-mail: nekvindova-hotova@zamcasopis.cz

Redakce
Ing. Jana Brabcová, Ph.D.
MUDr. Lucie Hajná
Bc. Petra Hátlová
PhDr. Jana Jílková
Mgr. Markéta Mikšová
Mgr. Barbora Vodičková

Projektový a kreativní manažer, technické zpracování
Radek Koňařík, 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

Obchodní a marketingová ředitelka
Ing. Kristína Kupcová, MHA,
e-mail: kupcova@eezy.cz

Foto na obálce
Shutterstock

Distribuce titulu
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje
SEND Předplatné, spol. s r.o.,
Ve Žlíbku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,
tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370
e-mail: 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 Pressegrosso, 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 „Shutterstock" jsou použity na základě licence.

Tisk
Grafotechna Plus, s.r.o.
Číslo dáno do tisku 17. 4. 2026

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

© EEZY Events & Education, s.r.o., 2026
Evidenční číslo MK ČR: E 20524,
ISSN 2336-2987

ZDRAVOTNICTVÍ

Nemoc králů je stále aktuální 2
Hemolyticko-uremický syndrom u dětí: závažná komplikace po střevních infekcích 4
Jak (ne)vypadá dostupnost zdravotní péče pro lidi bez domova? 5
Rozhovor s Albertem Štěrbou 8
Pacient v systému sociálního zabezpečení 12
Výskyt tuberkulózy v Česku neklesá 14
Jak dlouho musí poskytovatel zdravotních služeb uchovávat dokumentaci o pacientovi? 15

MEDICÍNA

DIALOG 2026: určit si cíl a vydržet 17
První linie, která drží systém 20
Digitalizace sociálních služeb jako faktor změny zdravotní péče 23
Být tu pro druhé a neztratit sám sebe 26
Chrapot, banální příznak, nebo varovný signál? 28
Zkušení ortopedi trénovali nejnáročnější revizní operace kyčle na kadáverech 30
Umělá inteligence v moderní kardiologii: fibrilace síní 31
Když je bezpečnost zdravotníků prioritou: inspirace z izraelských nemocnic 36
Zdravotní sestry mohou udělat kariéru i jinde než v nemocnici či ambulanci 37
Kdo přejde Rudé náměstí bez hole 39

Inzerce ◀

Nemoc králů je stále aktuální

Přestože si většina populace hemofilii spojuje zejména s jejím výskytem v historii, jde o onemocnění, které je stále aktuální. Avšak možnosti léčby se diametrálně změnily. „Díky moderní léčbě dnes vedou jedinci s hemofilií totožný život jako lidé bez hemofilie," říká profesor MUDr. Petr Dulíček, Ph.D., vedoucí Centra pro poruchy hemostázy, IV. interní hematologické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové

Hemofilie je známá jako nemoc králů, která se sňatky mezi královskými rodinami rozšířila po Evropě. První zmínky o nemoci, která se projevuje poruchou srážlivosti krve, spadají do 2. století našeho letopočtu. Kolika lidí v Česku se nyní týká? Jsou vystopované rodiny, kde se vyskytuje?

V Česku se nachází kolem jednoho tisíce jedinců s hemofilií a jejich rodiny jsou kompletně – i geneticky – vyšetřené. V rodině se vždy dědí stejná tíže hemofilie a dědičnost je vázaná na ženský pohlavní chromozom X – ženy jsou tudíž přenašečkami. Muži mohou hemofilií onemocnět, ale nepřenáší ji. Monitorování výskytu hemofilie je například vhodné, když si přenašečka přeje založit rodinu. V případě novorozence mužského pohlaví existuje 50procentní pravděpodobnost, že bude trpět hemofilií. Z odběru periferní krve přenašečky je možné dědičnost predikovat a žena se může rozhodnout, zda se chce stát maminkou. Nicméně je třeba mít na zřeteli, že asi čtvrtina hemofiliků má negativní rodinnou anamnézu, to znamená, že nikdo z předků hemofilií netrpěl. Mutace se v rodině může objevit *de novo*. Proto hemofilie byla, jest a bude v lidské populaci a nemůžeme ji zcela vymýtit, protože ve čtvrtině případů je zatím nepredikovatelná.

Ještě před několika desetiletími vedla hemofilie často k těžkému poškození kloubů a invaliditě. Dnes je to jinak. Co přineslo ten obrat?

Dříve skutečně měli pacienti s těžkou formou hemofilie opakované krvácení do nosných kloubů, což vedlo k hemofilické artropatii, která pak značně limitovala pohyblivost jedince, a řada z nich skončila na invalidním vozíku. První změna přišla po roce 1990, kdy se substituční terapie příslušným faktorem stala široce dostupnou. Terapie měla formu koncentrátů, které umožnily dodat příslušný koagulační faktor, který jedinci chybí, tedy faktor VIII v případě hemofilie A nebo faktor IX v případě hemofilie B. Do té doby dostávali nemocní plazmu, která nebyla virucidně ošetřená. Navíc bylo potřeba podávat velké objemy, což pro četné alergické reakce nebylo možné. Proto se i běžné procedury, jako byla extrakce zubu, staly pro nemocného vždy velmi nepříjemnou záležitostí. V polovině devadesátých let se pak zavedla tzv. terapie podle potřeby, kdy léky měli nemocní doma a aplikovali si je hned při prvních příznacích krvácení. Okamžitost podání léků značně snižovala riziko kloubního poškození. Dalším pokrokem bylo zavedení pravidelné profylaktické léčby. Ta nepřetržitě udržuje plazmatickou hladinu chybějícího koagulačního faktoru nad jedním procentem s cílem eliminovat spontánní kloubní krvácení. V posledních necelých deseti letech se péče o hemofiliky posunula ještě dále, a sice díky terapii, která již nenahrazuje přímo chybějící faktor. Působí jiným mechanismem, a to přemostěním chybějícího faktoru VIII. Navíc je aplikována podkožně, v týdenních až měsíčních intervalech, což výrazně zvyšuje komfort nemocného. A v neposlední řadě je nejnovějším hitem opět faktorová terapie, která má ovšem velmi dlouhý poločas faktoru VIII, takže zde by už ke krvácení do kloubů nemělo docházet vůbec.

Mladší generace hemofiliků už často spontánní krvácení do kloubů nezažila. Znamená to, že se onemocnění posouvá z „limitující diagnózy" k chronickému, dobře kontrolovanému stavu?

Ano, můžeme to tak označit. Díky moderní léčbě vedou dnes jedinci s hemofilií totožný život jako lidé bez hemofilie. O tom je potřeba šířit povědomí, protože stále existuje mnoho mylných předsudků. Nicméně je třeba zdůraznit, že u jedinců s hemofilií je onemocnění sice pod kontrolou, ale stále zde existuje riziko krvácení, i když ne již spontánního. Toto riziko vzniká například při nehodách nebo úrazech a podobně.

Mohl byste popsat základní typy léčby hemofilie, které jsou v současnosti dostupné pacientům v Česku?

prof. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D.

Jedná se o dvě již zmiňované terapie – nefaktorová a faktorová s dlouhým poločasem faktoru VIII. Kromě toho přibývá přípravků, které jsou nefaktorové a vedou k navození jiné balance v systému hemostázy. Tyto nefaktorové přípravky jsou vhodné jak pro nemocné s hemofilií A, tak B, a to i s inhibitorem. Inhibitor je protilátka, která brání účinku aplikovaného faktoru, a proto je nefaktorová terapie přelomová právě pro nemocné s inhibitorem. Nabídka jak faktorových, tak nefaktorových přípravků je dnes opravdu široká. Kromě toho byla ve světě již provedena genová terapie. Ta využívá vektory asociované s adenovirem k doručení funkční kopie genu do jaterních buněk. Játra pak začnou produkovat vlastní koagulační faktor, což může vést k dlouhodobému zlepšení hemostázy. Genová terapie vykazuje lepší výsledky u hemofilie B než u hemofilie A. Nicméně je to velmi drahá terapie, a přitom bohužel stoprocentně nezaručuje dlouhodobou produkci chybějícího faktoru. V Česku toho času zatím není genová terapie dostupná. Nejen kvůli ceně a nejistým výsledkům, nýbrž taky proto, že není vhodná pro každého jedince a nebyla zde schválená příslušnými autoritami.

Jak důležitý je individualizovaný přístup k léčbě hemofilie?

Velmi důležitý. Každý jedinec má svůj životní styl, co se týče například sportovní aktivity, rizika úrazů a podobně, takže se snažíme po domluvě s ním „ušít terapii na míru“. Při volbě terapie musí lékař s pacientem důkladně probrat možnosti a vysvětlit přínosy a eventuální limity té které terapie. U nás v dospělém centru toto provádíme v 18. roce věku, když pacienti přecházejí z dětské kliniky. Když pacient dojde k závěru, že mu konkrétní nasazená terapie nevyhovuje, lze přejít k jiné, ale je lepší se těmto změnám vyhnout.

Jaké faktory zohledňujete při volbě konkrétního léčebného režimu?

Jednoznačně preferenci nemocného a jeho životní styl. Z druhů a míry jeho aktivit vyplývá riziko krvácení, a to je určující pro výběr terapie. V dnešní době existují dvě již popsané možnosti: nefaktorová terapie, která nemocného „posouvá“ do oblasti mírné hemofilie, a faktorová terapie s extra dlouhým poločasem, která poskytuje vyšší ochranu před krvácením. Rozdíl pak spočívá v aplikaci. Nefaktorová terapie se aplikuje podkožně v delších časových intervalech, naproti tomu faktorová s extra dlouhým poločasem jednou týdně, a to nitrožilně. Takže časové možnosti i stav žilního systému mohou při volbě terapie hrát pro nemocného roli.

Profylaktická léčba dnes umožňuje krvácení předcházet. Jak tento přístup proměnil dlouhodobou prognózu pacientů s hemofilií?

Fundamentálně. Díky profylaktické léčbě žijí dnes pacienti s hemofilií zcela plnohodnotný život jako zdraví lidé a nečelí spontánnímu krvácení, které by mohlo klouby nenávratně poškodit a omezit pohyblivost.

Jak se díky pokrokům v léčbě změnil každodenní život pacientů? Mohou dnes pracovat bez omezení a věnovat se běžným pohybovým aktivitám?

Ano, dělají všechny možné druhy sportu a také výběr povolání je téměř neomezený. Z toho důvodu je potřeba informace o pokrocích v léčbě šířit, aby nedocházelo k nedorozuměním a předsudkům, které pak mohou třeba vést ke znevýhodnění na pracovním trhu. Zaměstnavatelé mají například strach z nadměrných absencí, když se u nich hemofilik uchází o pracovní pozici.

Existují stále situace nebo typy aktivit, které pacientům s hemofilií nedoporučujete? Jak se hledá rovnováha mezi bezpečností a kvalitou života?

Každý jedinec je originál a má své představy o životě a o tom, co je bezpečné či ne, tak jako všichni lidé. V každém případě nejsou pro hemofiliky vhodné kontaktní či bojové sporty, respektive všechny sporty s rizikem krvácení do centrálního nervového systému. Ale pohyb jako takový nepředstavuje hrozbu. Mezi nemocnými s těžkou formou hemofilie najdeme klidně profesionální cyklisty nebo fotbalisty. V konečném důsledku si režim a rovnováhu nastolí každý pacient podle svých představ.

Je nějaký rozdíl v péči o dětského a dospělého pacienta s hemofilií?

Po stránce lékařské není ve výběru léků rozdíl. Liší se to jen ve výběru ze strany pacienta. Zatímco dospělí nemocní si již o všem rozhodují sami, u nezletilých mají na rozhodování spoluúčast rodiče. Každopádně věk pacienta neovlivňuje fungování jednotlivých terapií.

Jak důležitou roli hraje fyzioterapie, zejména u pacientů s již vzniklým kloubním postižením?

Fyzioterapie hraje podstatnou roli, protože je nutné se o muskuloskeletální aparát starat, aby nedošlo k úplnému ztuhnutí kloubu. Usilujeme o zachování co největšího pohybového rozsahu a svalové síly. Bohužel máme v Česku v oblasti fyzioterapie u pacientů s hemofilií velké rezervy. Existuje totiž málo odborníků, kteří se touto problematikou zabývají. V oblasti rehabilitace po operacích kloubů je situace lepší, nicméně ta se týká spíše starších nemocných.

Je péče o pacienty s hemofilií centralizovaná a dostanou se k moderní terapii všichni pacienti? Je u nás léčba dostupná všem?

Péče se soustřeďuje do jednotlivých center, která jsou rozumně distribuována po celém Česku a k terapii mají všichni nemocní dobrý přístup. Dříve vzhledem k pohybovým omezením byli většinou celý život vázáni na jedno centrum. Ale dnes, když žijí normální život a daleko více cestují, si mohou vybírat. Navíc v případě cestování se mohou obrátit i na centrum v zahraničí, v destinaci, kam jedou.

Chronická onemocnění vedou k velké psychické zátěži, jak tomu je v případě tohoto onemocnění? S jakými problémy se pacienti a jejich rodiny po psychické stránce potýkají nejčastěji?

Pacienti našeho centra jsou stále konfrontováni s nepochopením a neadekvátním posuzováním svého onemocnění, dokonce i ze strany zdravotníků. Pacienti jsou často považováni za „handicapované“, ačkoliv vedou opravdu plnohodnotný život. Proto je nezbytné nadále šířit pravdivé informace o současné situaci, která tomuto starému stereotypu neodpovídá, a odbourávat předsudky, které bývají často škodlivé a stigmatizující.

Jaký význam má pro pacienty s hemofilií komunitní podpora a sdílení zkušeností mezi pacienty a rodinami v rámci pacientských organizací?

V našem centru pořádáme setkání s nemocnými při příležitosti Světového dne hemofilie a to vždy, když se objeví něco nového v terapii. Existuje také Český svaz hemofiliků – pacienti se můžou stát členy a ti pak mezi sebou komunikují a sdílí své zkušenosti, kontakty na odborníky a podobně. Záleží zcela na rozhodnutí pacientů, do jaké míry se chtějí zapojit. O aktivitách Českého svazu hemofiliků si každý může přečíst na jejich webových stránkách. Vydávají například identifikátory pro nemocné. Jedná se o náramek či průkaz, který pacienti nosí u sebe a na kterém se přesně uvádí jejich diagnóza a speciální manuál, jak poskytnout dotyčnému při úraze pomoc. U jedinců s hemofilií mohou mít totiž úrazy závažnější, nebo i dokonce fatální důsledky, a tito jedinci proto potřebují specializovanou péči. Já svým pacientům doporučuji, aby se o svazu informovali, protože z něj mohou čerpat řadu užitečných informací a služeb.

Kam si myslíte, že by se mohla v budoucnu posunout léčba?

Odborníci budou vyvíjet přípravky s ještě lepším profilem a terapie se bude zefektivňovat. Doufám, že také dojde ke zjednodušení genové terapie a zlepšení jejích výsledků a budeme ji moci v Česku taky provádět. Věřím, že je na společné cestě v „boji proti hemofilii“ na co se těšit.

Petra Hátlová

Foto: archiv profesora Petra Dulíčka

Více rozhovorů najdete na webu **zdravotnictvi-medicina.cz**

Hemolyticko-uremický syndrom u dětí: závažná komplikace po střevních infekcích

Lékaři z pražských pracovišť upozorňují na případy hemolyticko-uremického syndromu (HUS), které se u dětí objevují po návratu ze zahraničních cest. Jde o vzácnou, ale závažnou komplikaci střevních infekcí, která může vést k akutnímu selhání ledvin.

Na Pediatrické klinice 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol a Homolka nyní léčí čtyřletou pacientku, u níž se onemocnění rozvinulo krátce po návratu z dovolené. Původně se potýkala s průjmy a zvracením a byla hospitalizována pro dehydrataci. Následná vyšetření potvrdila rozvoj hemolyticko-uremického syndromu a stav si vyžádal intenzivní péči včetně kontinuální hemodialýzy. Onemocnění přitom může v úvodu působit jako běžná střevní infekce. Právě to může oddálit rozpoznání závažného průběhu a zahájení specializované péče.

Hemolyticko-uremický syndrom je charakterizován kombinací akutního poškození ledvin, chudokrevnosti a tvorby mikroskopických krevních sraženin v drobných cévách. Nejčastěji vzniká jako komplikace infekce bakteriemi *Escherichia coli* produkujícími Shiga toxin (tzv. STEC). Onemocnění obvykle začíná průjmem, který může být i krvavý, a u části pacientů následně dochází k poškození ledvin a dalším komplikacím.

Mezi varovné příznaky patří zejména krvavý průjem, pokles močení, změna barvy moči nebo otoky. U části pacientů se mohou objevit také neurologické projevy.

Podle lékařů se v posledních letech zvyšuje počet dětských pacientů, u nichž se HUS rozvíjí po návratu ze zahraničí. Riziko vzniku tohoto syndromu u dětí se střevní infekcí způsobenou STEC se pohybuje kolem 15 až 20 procent.

Průběh onemocnění může být závažný. Přibližně 60 procent dětských pacientů vyžaduje v akutní fázi dialyzační léčbu a součástí terapie bývají i opakované transfuze. O závažnosti průběhu rozhoduje zejména rozsah postižení ledvin a doba jejich selhání. Závažné mohou být také neurologické komplikace, včetně ischemie nebo krvácení do mozku, které mohou vést k trvalým následkům.

Ani odeznění akutní fáze neznamená vždy úplné uzdravení. U části dětí se objevují dlouhodobé následky v podobě chronického onemocnění ledvin, například hypertenze nebo snížené funkce ledvin. Pacienti proto vyžadují dlouhodobé sledování, protože komplikace se mohou projevit i s časovým odstupem. Dlouhodobé sledování je proto nezbytnou součástí péče o tyto pacienty.

K přenosu dochází fekálně-orální cestou, nejčastěji prostřednictvím kontaminovaných potravin nebo vody. Rizikovými zdroji bývá nedostatečně tepelně upravené maso, nepasterizované mléčné výrobky nebo kontaminovaná zelenina. Důležitá je důsledná hygiena rukou a opatrnost při konzumaci jídla a vody, zejména během cestování.

„Riziko vzniku HUS se pohybuje kolem 15–20 procent," říká dětský nefrolog doc. MUDr. Jakub Zieg, Ph.D.

Je nárůst případů dlouhodobý trend?
V posledních letech skutečně sledujeme vyšší počet pacientů, u nichž se hemolyticko-uremický syndrom rozvine po návratu ze zahraniční dovolené. Tito pacienti tvoří většinu všech případů.

Jak často se ze střevní infekce rozvine HUS?
Riziko u infekcí způsobených *Escherichia coli* produkující Shiga toxin je přibližně 15–20 procent. Vyšší je u malých dětí, zejména do pěti let. Mezi rizikové faktory patří krvavý průjem, některé typy toxinu, změny v krevním obraze, dehydratace nebo i podání antibiotik.

Jaké příznaky by měly vzbudit pozornost?
Varovné jsou především krvavý průjem, pokles močení, změna barvy moči, otoky, krvácivé projevy na kůži nebo poruchy vědomí.

Jak náročná je léčba?
Asi 60 procent dětí potřebuje dočasně dialýzu, obvykle po dobu jednoho až dvou týdnů. Pacienti dostávají také transfuze. O prognóze rozhoduje zejména doba selhání ledvin a případné neurologické komplikace, které mohou být velmi závažné a zahrnovat ischemii či krvácení do mozku.

Setkáváte se s dlouhodobými následky?
Přibližně třetina dětí má dlouhodobé postižení ledvin. Vzácněji se objevují i neurologické následky. Pacienti proto vyžadují dlouhodobé sledování, někdy i celoživotní.

(nkh, TZ FN Motol a Homolka)

Jak (ne)vypadá dostupnost zdravotní péče pro lidi bez domova?

Medici na ulici je spolek studentů lékařských fakult a dalších zdravotnických oborů, který se zabývá problematikou zdravotní péče o lidi bez domova. Jeho členové se setkávají s osudy lidí, kterým se z určitých důvodů nedostává dostatečné zdravotní péče. Následující článek se věnuje problematice sociálně-zdravotního pomezí ve skupině lidí bez domova.

Sociálně-zdravotní pomezí je stále nedostatečně ukotvenou oblastí. Vymezení hlavních kritických bodů ovlivňujících dostupnost zdravotní péče v Česku pro lidi bez domova je vzhledem ke složitosti dané problematiky náročné, nikoliv však nemožné.

V Česku je přes 220 000 lidí registrováno „mimo byty a zařízení“, přičemž osob „bez střechy“ podle evropské typologie je více než 11 tisíc. Počet lidí bez domova stále stoupá v souvislosti s ekonomickou krizí či válkou na Ukrajině. Věkové rozložení stárnoucí populace a s ním spjatá zvyšující se potřeba chronických lůžek se reflektuje i ve skupině lidí bez domova. Tato skupina trpí zvýšeným výskytem chronických onemocnění, kožních a respiračních infekcí a také vysokou mortalitou. Přestože je duševní zdraví lidí bez přístřeší podstudovanou oblastí a výzkumy ukazují značnou heterogenitu, zdá se, že zastoupení psychiatrických nemocí je v této skupině vyšší než ve zbylé populaci. Také anekdotické zkušenosti z psychiatrických nemocnic ukazují, že lidé bez domova zde mají neúměrně velké zastoupení. Alarmujícím faktem je, že lidé s diagnózou Z59 (problémy spojené s bydlením a ekonomickými okolnostmi) umírají průměrně o 15 let dříve než zbytek populace.

Bydlení & dekompenzace

Na zanedbaný zdravotní stav lidí bez domova má velký vliv samotné chybějící zázemí – střecha nad hlavou. Zdraví nedefinuje jen absence nemoci nebo zdravotních obtíží. Vliv na zdraví má mj. psychologická pohoda, kvalitní mezilidské vztahy, dostatek plnohodnotné stravy a vhodné hygienické podmínky. Všechny tyto determinanty se ovšem hůře uspokojují v nedůstojných životních podmínkách, které mnoho našich klientů dennodenně zažívá.

Ilustrační foto: Shutterstock

Politika Housing First (volně přeloženo jako „Bydlení na prvním místě“) by nejen zlepšila zdraví lidem ohroženým bezdomovectvím, skrytým i zjevným, ale také ulehčila českému zdravotnímu systému. Náklady na opakované hospitalizace dekompenzovaných lidí bez přístřeší mohou být v konečném důsledku mnohem vyšší než poskytnutí střechy nad hlavou. Nejvýraznějším příkladem Housing First v Evropě je přístup k problematice ve finských Helsinkách. Díky tamějšímu programu a následné podpoře zde došlo mezi lety 2008–2022 k poklesu počtu osob trpících dlouhodobým bezdomovectvím o 68 procent. Model je založen na premise, že bydlení je základní lidská potřeba a právo. Studie z Tampere uvádí úsporu řádově tisíců eur veřejných financí na osobu ročně mimo jiné z důvodu méně častých hospitalizací.

Ze zkušenosti klientů víme, že se opakovaně dostávají do situace bludného kruhu zdravotní (ne)péče. Mnozí lidé bez domova jsou polymorbidní a v dekompenzovaném stavu, což znemožňuje zařazení do většinové společnosti. Každý člověk má právo na neodkladnou péči, s odkladnou je situace pro lidi bez domova značně složitější. Takovému člověku je často poskytována pouze akutní péče či jednorázový výkon bez zajištění adekvátní dispenzarizace.

Lidé bez domova, kteří se opakovaně dostávají na nemocniční pohotovosti – typicky pro zhoršení chronického onemocnění, pády nebo ebrietu – jsou nákladně hospitalizováni. Následně jsou propuštěni zpět na ulici, kde není prostor pro řešení chronických nemocí či závislostí, znovu skončí na pohotovosti a ocitají se v bludném kruhu mezi nemocnicí a ulicí. Systémová řešení zcela chybí, což vede k pochopitelné frustraci všech zúčastněných. V naší praxi se nejčastěji setkáváme s chronickým bérco-

vým vředem, jenž je vyjma nemožnosti ambulantní péče komplikovaný omezenou hygienou, nedostatečnou stravou, závislostmi a sekundárními infekcemi nezřídka ústícími v akutní zánětlivé stavy.

Cizinci & pojištění

Složitou problematikou jsou cizinci bez domova, u nichž se přidávají navíc překážky v podobě nejistoty ohledně rozsahu nároku na hrazenou péči, komplikovaná administrativa, jazyková bariéra a v části případů i faktická nepojištěnost. Chybějící pojištění vede k velké ekonomické náročnosti pro neziskové organizace, které se o tyto pacienty starají, například Armáda spásy hradí náklady na péči nepojištěných cizinců z vlastních zdrojů.

Navzdory častým domněnkám 91 procent osob bez přístřeší v Česku má české státní občanství, jsou tedy ze zákona zdravotně pojištěni. V českém systému se přesto často setkávají s odmítnutím poskytnutí péče s odkazem na chybějící pojištění. Dále se objevují zkušenosti s odmítnutím registrace nebo s administrativními překážkami, včetně požadavku na doklady, nebo mylná argumentace spádovostí. Takové situace dále posilují nedůvěru ve zdravotnický systém a mohou vést k neochotě vyhledat pomoc v budoucnu.

Překážky v péči & ztracení v systému

Lidé bez domova nám často popisují důvody, proč nechtějí navštívit zdravotní zařízení. Opakovaně slyšíme, že se stydí, protože se před návštěvou nemohou umýt a převléknout. Dále zaznívá obava ze stigmatizace a nepříjemného chování personálu na základě předchozí zkušenosti, či nedostatek financí, především na doplatky na léky. Chybějící doklady a výpisy ze zdravotnické dokumentace mohou značně komplikovat kontinuitu poskytnuté péče a zvyšovat bariéry mezi člověkem bez domova a poskytovatelem zdravotních služeb.

Zkušenost s lidmi bez domova je pro personál zatěžující a frustrující. Snadno se pak rozvíjí v cynismus, stereotypní uvažování a stigmatizující jazyk. Ve zdravotnických zařízení se stále setkáváme s pejorativními označeními, se zobecňováním na „líné a nezaměstnané“ či s přesvědčením, že život na ulici je vědomě zvolený životní styl. Bohužel se také setkáváme s poskytnutím horší zdravotní péče, než je standard. Pochopitelná frustrace z neexistujícího systémového řešení se pak obrací proti pacientům samotným.

Setkáváme se i se zdravotníky, kteří sice mají porozumění, provedou vše zcela správně, ale při propuštění dají doporučení, která jsou vhodná pro běžnou populaci, v podmínkách ulice však mohou být prakticky nesplnitelná. Může jít o pravidelné převazy, klidový režim, hydrataci, uchovávání léků, dietní opatření, kontroly glykemií, rekonvalescenci po infekci i docházení na kontroly. Řešení zdravotních obtíží ustupuje bezprostředním existenčním potřebám, jako je zajištění přístřeší, jídla, osobního bezpečí nebo ochrany před násilím a počasím. Pokud zdravotní problém člověku ještě umožňuje alespoň částečně fungovat, nebývá jeho řešení prioritou. To je důležité i pro interpretaci zvýšené noncompliance. Za nedodržováním doporučení často nestojí nezájem, ale střet mezi léčebným režimem a realitou života na ulici.

Mimo chybějící návaznost péče chybí i doporučení, jak k pacientům bez domova přistupovat. Například ve Velké Británii na to existují doporučené postupy. V neposlední řadě chybí i vzdělávání v této problematice. Troufáme si říct, že pokud by neexistoval spolek Medici na ulici, setkali bychom se s touto problematikou jen v pár odstavcích při učení na zkoušku z medicínského práva. Na postgraduální úrovni pak chybí vzdělávání úplně.

Street medicine & zahraniční praxe

Zdravotní péče o lidi bez domova vyžaduje komplexní přístup, v zásadě bychom ale mohli identifikovat dvě hlavní složky: nízkoprahová zdravotnická zařízení a poskytování péče přímo v terénu, tzv. Street Medicine. V současné době jsou v Praze pouze dvě nízkoprahové ordinace VPL, provozované organizacemi Naděje a Armáda spásy. Street Medicine zatím nemá v naší zemi ukotvení v legislativě.

Vzhledem ke složitosti situace fungování na ulici je třeba současně řešení z pohledu sociální práce, psychologické podpory, adiktologických intervencí a dalších. Po zdravotní stránce se jedná o polymorbidní pacienty, kteří potřebují často současnou péči dermatologa, stomatologa, gynekologa, psychiatra, chirurga i internisty. Dalo by se říci, že pro poskytování multidisciplinární péče by bylo třeba vlastní nízkoprahové nemocnice disponující všemi zmíněnými odbornostmi. Ve světě taková zařízení fungují, například v rámci BHCHP: Boston Health Care for the Homeless Program – více než 600 zdravotníků zde poskytuje péči v oblastech stomatologie, duševního zdraví, adiktologie a dalších.

Street Medicine je koncept, který vznikl v USA ve 20. století a postupně se rozšířil do dalších zemí. V současnosti najdeme zdravotnické terénní týmy kromě USA v nějaké formě například ve Velké Británii, Nizozemsku, Německu či Rakousku. Role Street Medicine je komplementární k nízkoprahovým ordinacím. Výše zmíněná BHCHP zahrnuje na jedné straně síť ordinací navázaných na hlavní budovu, kde je k dispozici přes sto lůžek, na straně druhé terénní týmy zdravotníků, kteří vyhledávají lidi přímo na ulici. Mohou tak rovnou v terénu řešit zdravotní i psychické obtíže, v případě potřeby mohou pacienta odvézt do nízkoprahové ordinace či umístit na lůžko. Tento model navíc umožňuje vybudování důvěry a vztahu mezi zdravotníky a lidmi na ulici, kteří tak spíše využijí zdravotnickou péči. Kromě toho BHCHP zprostředkovává článek v návaznosti péče, který u nás bolestně chybí – case management, tedy zajištění, aby nedocházelo k výše zmíněnému bludnému kroužení.

Závěr

Péče o zdraví lidí bez domova je komplexní problematika, kterou lze řešit pouze systémově. Od rozšíření sítě nízkoprahových ordinací přes úpravy legislativního rámce k umožnění poskytování péče v terénu až po vzdělávání zdravotníků i studentů na všech úrovních. Jako kauzální řešení se jeví Housing First politika. S rozšířením tohoto konceptu v zahraničí se ukazuje, že „Housing is Healthcare“ neboli bydlení je klíčovou složkou péče o zdraví. Bez těchto změn bude zdravotnický systém i nadále řešit důsledky bezdomovectví převážně akutně, s vysokými ekonomickými náklady a za cenu zbytečné frustrace pacientů i zdravotníků.

Za spolek Medici na ulici
David Tichý, Iva Pavelková a Albert Sekava
Literatura v redakci

Inzerce ▶

OFTALMOLOGICKÁ PORADNA

TÉMA MĚSÍCE: Laser vs. fakické čočky pod lupou

Zbavit se brýlí i kontaktních čoček a žít aktivní život bez omezení je dnes reálnější než kdy dříve. Moderní oftalmologie nabízí pokročilé metody korekce zraku, mezi které patří laserová operace a implantace fakických nitroočních čoček. Každá z těchto metod má své výhody a je vhodná pro jiný typ pacienta. O tom, jak se liší a pro koho jsou určeny, hovoří MUDr. Andrea Janeková, Ph.D., FEBO, FEBOS-CR.

Co je krátkozrakost?

Krátkozrakost (myopie) je oční vada, při které člověk dobře vidí na blízko, ale vzdálené objekty vnímá rozmazaně. Dochází při ní k tomu, že se světelné paprsky sbíhají před sítnicí, nikoliv přímo na ní. Obvykle se rozvíjí již v dětství nebo dospívání a může se postupně zhoršovat.

Odborný poradce:

MUDr. Andrea JANEKOVÁ, Ph.D., FEBO, FEBOS-CR

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

Ročně provede přes 3000 nitroočních operací. Specializuje se na chirurgii šedého zákalu, refrakční chirurgii a chirurgii sítnice a sklivce. Věnuje se rovněž minimálně invazivní chirurgii glaukomu (tzv. MIGS).

Jaké jsou možnosti řešení krátkozrakosti?

Krátkozrakost lze řešit několika způsoby. Základní možností jsou brýle nebo kontaktní čočky, které zajišťují ostré vidění, ale vadu samotnou neodstraňují. Moderní oftalmologie dnes nabízí i dlouhodobé řešení. Nejčastěji se využívá laserová operace očí, která je vhodná pro většinu pacientů. Pokud však laser není vhodný – například u vyšších dioptrií nebo tenké rohovky – lze zvolit implantaci fakických nitroočních čoček. O nejvhodnějším řešení vždy rozhoduje lékař na základě komplexního vstupního vyšetření.

Jak funguje laserová operace?

Laserová operace patří mezi nejčastější a zároveň nejšetrnější metody korekce zraku. Jejím principem je úprava tvaru rohovky tak, aby se světlo správně zaostřovalo na sítnici a výsledkem bylo ostré vidění bez brýlí. Je ideální volbou zejména pro lidi ve věku 20–40 let s nižšími až středními dioptriemi. Podmínkou je dostatečná tloušťka rohovky. Existuje několik různých technik, které se liší způsobem provedení i vhodností pro konkrétní pacienty.

Jaké metody laserové operace se dnes využívají?

Mezi základní techniky patří povrchová metoda PRK, dále femtoLASIK a nejmodernější metoda SMILE. V Očním centru Praha provádíme nejčastěji metodu SMILE, která přináší nejen rychlé a přesné odstranění dioptrií, ale i šetrnější hojení. Díky tomuto zákroku dosahují pacienti již druhý den 90–100 % zrakové ostrosti a mohou se téměř ihned vrátit ke svým každodenním aktivitám.

Kdy se místo laseru volí fakické čočky?

Fakické čočky se volí v případech, kdy laserová operace není vhodná. Nejčastěji jde o pacienty s velmi vysokými dioptriemi nebo s příliš tenkou rohovkou, u nichž by zásah laserem znamenal zvýšené riziko. Implantují se přímo do oka před lidskou čočku, která zůstává v oku zachována. Fakické čočky umožňují korigovat i velmi vysokou krátkozrakost a lidem otevírají cestu k vidění bez brýlí, kterého by jinak nebylo možné dosáhnout. U těchto pacientů bývá efekt mimořádný – například z hodnoty −15 dioptrií se mohou dostat na nulovou korekci. To pro ně znamená zásadní změnu v každodenním životě.

Laser, nebo fakické čočky? Přehledné srovnání vám napoví

	Laserová operace	Fakické čočky
Princip	úprava tvaru rohovky	implantace čočky do oka
Vhodné dioptrie	nižší až střední	nižší, střední i velmi vysoké
Zásah do oka	povrchový zákrok na rohovce	nitrooční zákrok
Reverzibilita	nevratný zákrok	čočku lze vyjmout
Rekonvalescence	velmi rychlá	rychlá, mírně delší
Vhodnost	dostatečná tloušťka rohovky	i pro tenkou rohovku

Bližší informace naleznete na www.ocp.cz

OCP Oční centrum Praha

Veronika Nekvindová Hotová
Foto: archiv Alberta Štěrby

„Pacient by neměl být v roli někoho, kdo si musí všechno zařídit sám.“

Albert Štěrba

Do českého zdravotnictví vstupuje nová generace lékařů, která vedle odbornosti stále častěji otevírá i otázky fungování celého systému. Jedním z jejích výrazných hlasů je neurochirurg Albert Štěrba, předseda spolku Mladí lékaři. Ve své praxi i veřejném působení upozorňuje na nedostatky v organizaci péče, vysokou administrativní zátěž i proměňující se očekávání mladých zdravotníků. V rozhovoru mluví o tom, proč pacienti systémem často spíše procházejí sami, jakou roli by měla hrát digitalizace a proč se bez změny motivací bude zdravotnictví proměňovat jen obtížně.

Jste neurochirurg, pedagog i předseda spolku Mladí lékaři. Jaká byla vaše cesta k medicíně?

Na začátek musím říct, že medicína vlastně dlouho nebyla něco, o čem bych byl přesvědčený. Až do posledního ročníku na gymnáziu to nebylo téma, kterému bych se chtěl věnovat, bylo to spíš rozhodnutí na poslední chvíli. Pamatuji si, že jsem tehdy sledoval seriál MASH a přišlo mi to jako povolání, které by mohlo být zajímavé, tak jsem si podal přihlášku na medicínu, i když předtím jsem uvažoval o jiných věcech, třeba o učitelství, fyzice nebo mezinárodních vztazích. Když jsem se pak dostal na lékařskou fakultu do Brna, tak jsem rozhodnutí nelitoval. Během studia jsem se začal zapojovat i do různých aktivit – studentských organizací, akademických senátů – a postupně jsem se začal víc zajímat o to, jak věci fungují nejen na úrovni medicíny, ale i systému jako takového. Po škole jsem byl nějakou dobu v zahraničí. Pracoval jsem mimo zdravotnictví ve startupu v Oxfordu, byl jsem na stážích v Japonsku nebo v Americe. Zároveň jsem si ale nebyl úplně jistý, kde chci zůstat dlouhodobě.

Kdy se ten zájem o fungování zdravotnictví jako systému začal proměňovat v něco konkrétnějšího?

Nakonec jsem se rozhodl vrátit do Česka, do Prahy, a začít pracovat v nemocnici. A vlastně až v té každodenní praxi jsem si začal naplno uvědomovat, kolik věcí ve zdravotnictví nedává smysl. Kolik času zabere administrativa, kolik procesů je zbytečně složitých a jak to dopadá hlavně na mladé lékaře. A to byl asi ten moment, kdy jsem se začal víc zajímat o to, jak věci měnit i na systémové úrovni.

Takže to nebyla nějaká předem daná ambice „měnit systém“, ale spíš reakce na realitu, kterou jste začal zažívat v praxi?

Přesně tak. Nebylo to tak, že bych si řekl, že chci dělat zdravotnickou politiku nebo nějak cíleně vstupovat do systémových změn. To přišlo postupně. Jak člověk začne pracovat v nemocnici a vidí, jak ten systém funguje – nebo někdy spíš nefunguje – tak si začne všímat věcí, které by šly dělat jednodušeji, efektivněji. A když se ty zkušenosti opakují, tak to člověka přirozeně vede k zamyšlení, jestli by to nešlo dělat jinak. Zároveň jsem si začal uvědomovat, že zdravotnictví není jen o tom, že dobře odoperujeme pacienta nebo nastavíme léčbu. To je samozřejmě klíčové, ale je to jen část toho celku. Zdraví lidí podle mě nevzniká v nemocnici. Tam často řešíme až důsledky. A pokud chceme, aby systém fungoval dlouhodobě, tak se na něj musíme dívat mnohem komplexněji – nejen z pohledu medicíny, ale i organizace péče, prevence a celkového fungování.

Digitalizace sama o sobě pravděpodobně problém nevyřeší, pokud nebude existovat jasně nastavená koordinace péče.

Často říkáte, že pacient zdravotnictvím bloudí. Když to ale poslouchám, tak se zdá, že pro někoho ten systém funguje docela dobře. Není to tedy spíš o tom, že funguje jen pro určitou skupinu lidí?

Do určité míry ano. Hodně záleží na tom, jaké má pacient zázemí. Pokud se orientuje, má kontakty nebo někoho, kdo mu pomůže, tak se tím systémem dokáže pohybovat relativně rychle. Někdy dokonce velmi rychle. Ale pokud tohle nemá, tak se dostává do úplně jiné situace. Musí si všechno zjišťovat sám, obvolává ordinace, hledá specialisty a často naráží na to, že se nemůže nikam dostat nebo že čekací doby jsou dlouhé. A to je podle mě jedna z výrazných slabin toho systému – že není dostatečně přehledný a pacient často zůstává na tu cestu sám.

Kde se tohle „bloudění“ podle vás projevuje nejvíc?

Nejvíc je to vidět v ambulantní sféře, u pacientů, kteří nejsou akutní. To znamená, že nemají problém, kvůli kterému by jeli na urgentní příjem, ale zároveň potřebují odborné vyšetření nebo léčbu. A právě ti často naráží na to, že se nemají kam obrátit nebo že jsou čekací doby k uzoufání dlouhé. Hodně záleží i na tom, kde ten pacient žije. V některých regionech je dostupnost péče výrazně horší než jinde. A to všechno dohromady vytváří situaci, kdy cesta pacienta systémem není přímočará, ale spíš složitější, křivolaká a někdy i dost frustrující.

Popisujete hlavně problém organizace. Je tedy větší problém nedostatek kapacit, nebo toho, jak je systém nastavený?

Je to kombinace obojího. Kapacity skutečně chybí, zejména v některých regionech. Zároveň ale nejsou vždy dobře rozložené. Ve větších městech je situace jiná než v menších regionech nebo na venkově. Zároveň nás čeká generační obměna, hlavně u praktických lékařů. Velká část z nich je dnes ve vyšším věku a bude postupně odcházet do důchodu. Otázka je, jak se podaří zajistit dostatek nástupců. Na druhou stranu vidím, že mezi mladými lékaři roste zájem o praktické lékařství, což může souviset i s tím, že hledají lepší rovnováhu mezi pracovním a osobním životem.

Z toho, co říkáte, vyplývá, že pacient dnes často prochází systémem sám. Jak by podle vás měla ideálně vypadat jeho cesta?

Ideálně by ta cesta měla být mnohem přímočařejší a lépe koordinovaná. Pacient by neměl být v roli někoho, kdo si musí všechno zařídit sám. Měl by existovat mechanismus, který ho systémem provede – ať už prostřednictvím praktického lékaře, koordinátora péče, nebo nějakého digitálního nástroje. Důležité je, aby pacient věděl, kam má jít, kdy tam má jít a co ho čeká. Aby nemusel obvolávat velké množství ordinací a zjišťovat, zdali a kde ho vůbec vezmou.

Dá se to ilustrovat na nějaké konkrétní situaci z praxe?

Typická situace je pacient, který má nějaký méně akutní problém, ale potřebuje odborné vyšetření. Není to na urgentní příjem, ale zároveň to není něco, co by mohl dlouhodobě odkládat. Takový pacient často začne tím, že obvolává jednotlivé ambulance. Zjišťuje, kde ho vezmou, kdy mají termín, jestli potřebuje žádanku. A velmi často narazí na to, že kapacity jsou omezené. Pokud nemá ni-

koho, kdo by mu pomohl se v tom zorientovat, tak ten proces může trvat dlouho. A to je situace, která by podle mě neměla být standardem.

Zmiňujete digitalizaci i koordinaci péče. Co z toho je podle vás důležitější, nebo to musí jít ruku v ruce?

Podle mě to musí jít ruku v ruce. Digitalizace sama o sobě pravděpodobně problém nevyřeší, pokud nebude existovat jasně nastavená koordinace péče. A naopak koordinace bez dat a bez sdílení informací nebude fungovat efektivně. Digitalizace by měla zajistit, že data budou dostupná a přenositelná mezi jednotlivými poskytovateli péče. A koordinace pak znamená, že někdo s těmi daty aktivně pracuje a vede pacienta systémem.

Když ale mluvíte o koordinaci, zároveň zmiňujete nedostatek praktických lékařů. Kdo by ji tedy měl v praxi zajišťovat?

To je otázka, na kterou dnes neexistuje úplně jednoznačná odpověď. Část praktických lékařů tu roli chce a říká, že by koordinaci péče měli dělat oni. Do určité míry to smysl dává. Na druhou stranu máme dnes velké množství lidí, kteří praktického lékaře nemají. Pokud bychom tedy postavili celý systém koordinace jen na prakticích, tak by pořád zůstávala skupina pacientů, kteří by z toho systému vypadávali. Pravděpodobně to bude kombinace více přístupů – někde praktik, jinde koordinátor péče, někde digitální nástroje. Důležité je, aby bylo jasně definované, kdo za co odpovídá.

Co se týče administrativy, máte pocit, že se její objem v čase spíš zvyšuje?

Mám pocit, že ano. Část té administrativy je samozřejmě nutná, ale často přibývají další a další požadavky, které zatěžují zdravotníky, aniž by to mělo přímý přínos pro pacienta. Zároveň se někdy stává, že se stejná data zapisují opakovaně do různých systémů. A právě to je něco, co by digitalizace měla výrazně zlepšit.

Popisujete, že velká část práce zdravotníků padne na administrativu. Promítá se to přímo do dostupnosti péče?

Ano, promítá se to poměrně výrazně. V některých ambulancích tvoří administrativa 40 až 60 procent pracovní doby. To znamená, že velká část času zdravotníků nejde do samotné péče, ale do různých formálních úkonů. To má dopad jak na kapacitu systému, tak na spokojenost zdravotníků. Za stejný čas ošetříte méně pacientů a zároveň to může být dlouhodobě demotivující.

Pokud by se administrativa podařila snížit, jak rychle by se to podle vás mohlo projevit v praxi?

Myslím si, že poměrně rychle. Existují nástroje, které dokážou například automaticky zaznamenat rozhovor s pacientem a převést ho do dokumentace. Pokud by se začaly více využívat, mohlo by to lékařům ušetřit výrazné množství času. Dnes je běžné, že samotné vyšetření trvá relativně krátce, ale zápis do dokumentace pak zabere další desítky minut. A právě tam je prostor pro zlepšení.

Zmiňujete ale i to, že změny narážejí na nastavení systému. Kde podle vás dnes naráží na největší bariéry?

Jednou z nich je určitě legislativa, která někdy nedokáže dostatečně rychle reagovat na technologický vývoj. Další bariérou je určitá setrvačnost systému. Pokud něco dlouhodobě funguje určitým způsobem, tak je vždy složité to měnit. A významnou roli hraje i nastavení financování.

Když mluvíte o změně motivací v systému, znamenalo by to podle vás i změnu toho, jak hodnotíme kvalitu péče?

Ano, to je úzce spojené. Pokud chceme více zohledňovat kvalitu a výsledky péče, tak musíme mít způsob, jak je měřit. A to není úplně jednoduché. Na druhou stranu bez toho se budeme dál pohybovat v systému, který odměňuje spíš množství různých vyšetření a výkonů než skutečný přínos pro pacienta.

Pokud je problém i ve financování, znamená to, že bez jeho změny se systém bude posouvat jen velmi pomalu?

Myslím si, že to tak do určité míry je. Současný systém je nastavený tak, že odměňuje především objem výkonů, méně zdali vůbec nějak kvalitu nebo výsledky péče. Pokud by se více zohledňovala kvalita a efektivita, mohlo by to vytvořit nové stimulující prostředí pro zavádění změn a inovací.

To nás přivádí k roli zdravotních pojišťoven. Jste členem dozorčí rady VZP – jak se na to díváte z této pozice?

Role dozorčí rady je především kontrolní. Za důležité považuji sledovat, jak jsou využívány prostředky pojištěnců, zda jsou vynakládány transparentně a efektivně a zda odpovídají deklarovaným prioritám.

Když mluvíte o dlouhodobé zátěži systému, promítá se to podle vás i do situace mladých lékařů?

Určitě ano. Jednou z nejtěžších věcí je pro ně skloubení práce, specializačního vzdělávání a osobního života. Nová generace si víc uvědomuje hodnotu času a zároveň jsou to roky, kdy lidé často zakládají rodiny. Pokud je systém nastavený tak, že tohle není dost dobře možné, tak to vnímám jako problém.

Setkáváte se i s tím, že mladí lékaři zvažují odchod mimo zdravotnictví nebo do zahraničí?

Ano, i to se objevuje. Nejde o většinu, ale je to trend, který nelze ignorovat. Někteří lidé po několika letech zjistí, že pro ně pracovní podmínky nejsou dlouhodobě udržitelné, a hledají jiné možnosti. To může být odchod do zahraničí, ale rovněž změna oboru nebo úplně jiná kariéra zcela mimo zdravotnictví. A pokud chceme tyto lidi udržet, tak nestačí apelovat na jejich nasazení nebo idealismus. Musíme jim nabídnout prostředí, ve kterém budou chtít zůstat a v němž budou schopni profesně růst.

To ale znamená, že nejde jen o generační změnu, ale spíš o nastavení celého systému, je to tak?

Podle mě ano. Pokud je personálu málo, tak se zátěž koncentruje na menší počet lidí. A pak je velmi těžké mluvit o rovnováze nebo dlouhodobé udržitelnosti.

Když se bavíme o dlouhodobé zátěži, promítá se to i do duševního zdraví zdravotníků?

Jsem přesvědčen, že ano. Zdravotníci čelí vysoké zátěži, nepravidelné pracovní době a nepředvídatelným situacím. To se na psychice logicky podepisuje. Zároveň ale není vždy jednoduché o těchto věcech otevřeně mluvit.

Pokud je jedním z problémů nedostatek kapacit, nabízí se sdílení kompetencí. Proč to podle vás naráží na odpor části lékařů?

Může tam být určitá obava ze změny – ať už jde o samotnou náplň práce, nebo o nastavení systému. Na druhou stranu si myslím, že pokud se kompetence nastaví správně, může to systém zefektivnit a lékařům ulevit.

Pokud chceme, aby systém fungoval dlouhodobě, tak se na něj musíme dívat mnohem komplexněji.

Máte pocit, že se o těchto problémech dnes mluví víc než dřív?

Myslím si, že ano. Témata jako dostupnost péče, pracovní podmínky zdravotníků nebo digitalizace se dnes ve veřejné debatě objevují stále častěji. Otázka je, jak rychle se to promítne do konkrétních změn. Přeji si, ať nezůstane jen u slov.

Když to všechno shrneme – digitalizaci, financování i organizaci péče – kam se podle vás může české zdravotnictví realisticky posunout v horizontu deseti let?

A promění se podle vás i přístup ke zdraví samotnému?

Myslím si, že digitalizace a koordinace péče budou hrát výrazně větší roli než dnes. Zároveň poroste význam propojení zdravotní a sociální péče, protože naše populace stárne. A klíčový význam bude zcela jistě mít prevence; ještě víc než dnes. Pokud se podaří posunout důraz směrem ke zdravějšímu životnímu stylu a včasnému řešení problémů, tak to může mít zásadní dopad na celý systém a zdraví populace. Do určité míry to není jen otázka zdravotnická, nýbrž celospolečenská, týkající se každého z nás. Jak přemýšlíme o zdraví, jaké máme návyky a jak k sobě samým přistupujeme v každodenním životě. Bavíme se ale i o tom, jak například na zdraví svých zaměstnanců dbají jejich zaměstnavatelé, jelikož v práci trávíme nezanedbatelnou část života, která má na náš zdravotní stav podstatný vliv.

Zníte spíš opatrně optimisticky než jednoznačně přesvědčeně.

Myslím si, že se věci budou postupně posouvat k lepšímu, ale nebude to rychlý proces. Zdravotnictví je složitý systém a změny v něm přirozeně trvají déle. Taky je tvoří chaoticky propletená síť různých zájmů, které můžou klást překážky tolik potřebnému pokroku.

MUDr. Albert Štěrba, Ph.D., MBA

- předseda spolku Mladí lékaři
- lékař na Neurochirurgické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
- člen dozorčí rady Všeobecné zdravotní pojišťovny (jmenovaný Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR)
- absolvent doktorského studia na téma léčby nestability bederní páteře a manažerského programu MBA se zaměřením na řízení ve zdravotnictví
- v roce 2025 získal postgraduální certifikát v oblasti podnikatelského projektového řízení v rámci univerzitní aliance 4EU+ (CELSA–Sorbonne Université)
- dlouhodobě se věnuje tématům specializačního vzdělávání lékařek a lékařů, digitalizace zdravotnictví, koordinace péče, prevence a mezioborového sdílení kompetencí

Více rozhovorů najdete na webu **zdravotnictvi-medicina.cz**

Pacient v systému sociálního zabezpečení

Pacient, který žádá o dávky sociálního zabezpečení, vstupuje do systému odlišného od běžné zdravotní péče. Posudkové lékařství hodnotí dopad zdravotního stavu na každodenní fungování člověka. Text přehledně popisuje principy posuzování i roli lékařů v tomto procesu.

Jak funguje posudkové lékařství

Říká se, že nejčastějším tématem hovoru ve společnosti je počasí, ale možná to je nemoc a věci s ní související. Lidé jsou vyšetřováni, léčeni, ale někdy si pro trvalé poruchy zdraví také žádají o dávky sociálního zabezpečení. Tím se dostávají do kontaktu s lékařskou posudkovou službou, která je řízena Institutem posuzování zdravotního stavu (IPZS). Institut je jedním z orgánů sociálního zabezpečení, který vydává posudky pro účely sociálního zabezpečení a má celorepublikovou místní příslušnost. Řízen je Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ). Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) je koncepčním orgánem a ponechalo si své posudkové komise pro některé odvolací postupy. Posudkové lékařství je v naší republice samostatnou lékařskou specializací, je i znaleckou specializací v oboru zdravotnictví.

Posudkoví lékaři pracují pro MPSV, pro ČSSZ, a hlavně pro IPZS. Institut vznikl v lednu 2024, předtím vydávaly posudky Okresní správy sociálního zabezpečení. Posuzovat pro IPZS může posudkový lékař nebo odborný nelékařský zdravotnický pracovník (ONZP). Podpůrnou úřednickou činnost v posuzovacích procesech zajišťují referenti oddělení LPS.

Stručně k vývoji systému

Historie sociálního zabezpečení v evropských zemích začíná na konci 19. století, kdy platil v Německu zákon o nemocenském a úrazovém pojištění dělníků, přičemž nemocenské pokladny měly své smluvní lékaře. V letech 1918–1919 byla v tehdejší ČSR poválečná nezaměstnanost a chudoba, což se vláda snažila řešit mj. uzákoněním státní podpory v nezaměstnanosti, úpravou dávek pojištění nemocenského, hornického, úrazového dělnického a dávek penzijního pojištění úředníků. Zásadnější změna se stala v říjnu 1924 vyhlášením zákona o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. V roce 1924 se jednalo o velmi moderní pojetí sociálního pojištění, které se sice v čase různě upravovalo, ale jehož principy trvají dodnes. Po sto letech má stále úřad, který vyplácí dávky, své zdravotnické odborníky pro posuzování poruch zdraví.

Ilustrační foto: Shutterstock

Co se skutečně posuzuje

Česká republika se stará o své zranitelné občany. Legislativa naší republiky umožňuje potřebným osobám získat různé příspěvky a dávky. Některé z těchto dávek a výhod lze získat jen v případě, že je stanoveným způsobem potvrzeno splnění určité, legislativou dané, zdravotní podmínky.

Zdravotnictví a orgány sociálního zabezpečení mají styčnou plochu tam, kde jsou výplaty dávek nebo poskytování výhod ze systému sociálního zabezpečení podmíněny poruchami zdraví. Principem posudkového lékařství je zhodnotit existující podklady a z nich vyplývající zjištění implementovat do platného právního rámce. Z uvedeného vyplývá, že opravdu není nutné klienta zvát k jednání na IPZS. Akutní stav v den vypracování posudku není pro posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu rozhodující.

Pro účely sociálního zabezpečení se neposuzuje diagnóza, ale objektivně doložená funkční porucha zdraví způsobená nemocí nebo úrazem. Klient se stejnou nemocí i léčbou může být legitimně posouzen se zcela odlišným výsledkem. Porucha zdraví může být krátkodobá bez následků, ale i dlouhodobá s různými následky. Chronická porucha zdraví nemusí mít dopad na způsob života klienta, včetně jeho života pracovního. Na malá omezení by se měl být každý schopen adaptovat. Problém nastává v případě vzniku potřeby nějaké větší pomoci a v případě neschopnosti vydělávat si na živobytí vlastní prací.

Jaká je role ošetřujícího lékaře

Pacient, který žádá o dávku sociálního zabezpečení, je pro ošetřujícího lékaře (OL) stále pacientem, kterého vyšetří, nastaví mu léčbu a režimová opatření.

Pokud chce pacient dostat nějakou dávku nebo výhodu ze systému sociálního zabezpečení, musí si o ni obvykle podat žádost. Pro tyto účely už zdravotnictví neposuzuje. Podstatná je úplná

a objektivní zdravotnická dokumentace, kterou si IPZS za úplatu vyžaduje od ošetřujících lékařů. Ošetřující lékař je pro IPZS nejen lékař praktický, ale každý lékař ze zdravotnictví, který vyšetřuje, vyšetřením zjišťuje a pro zjištěné nasazuje léčbu a nařizuje režimová opatření.

Jaké dávky se nejčastěji posuzují

Pokud se pojištěnec cítí býti invalidním, může si podat žádost o invalidní důchod. Pro přiznání invalidního důchodu však nestačí jen uznání invalidity, ještě musí být splněna podmínka dostatečné doby důchodového pojištění. Na webových stránkách ČSSZ je vše kolem podávání žádostí a posuzování srozumitelně vysvětleno.

Sociální zabezpečení znamená také dávky, které hradí stát a k jejichž výplatě není třeba žádné pojištění. Proto se souhrnně nazývají dávky nepojistné agendy. Tyto nepojistné dávky dosud vyplácí pobočky ÚP ČR, posudky vydává opět IPZS.

Z hlediska posudkové praxe však dominuje zejména příspěvek na péči.

Nejčastější žádost: příspěvek na péči

Posudků o závislosti na péči vydává IPZS více než pro účely invalidity. Způsob posuzování je vázán legislativou, tj. zákony a jejich prováděcími podzákonnými předpisy.

Od července 2024 došlo ke zvýšení druhého až čtvrtého stupně příspěvku na péči, od ledna 2026 se zvýšil příspěvek na péči vyplácený osobám s uznaným prvním a druhým stupněm závislosti na péči. Příspěvek na péči je určen osobě vyžadující trvale a každodenně pomoc nebo péči nebo dohled. Pro uznání nezvládání základních životních potřeb musí být prokazatelně zjištěna (vyšetřením ve zdravotnictví) těžká nebo úplná funkční porucha způsobující těžké snížení až vymizení schopností. Nezvládání se posuzuje ve vztahu k režimu nařízenému ošetřujícím lékařem a s využitím facilitačních pomůcek, ale i s využitím vybavení domácnosti či veřejného prostoru. Splnění zdravotní podmínky posuzuje lékař IPZS nebo odborný nelékařský zdravotnický pracovník IPZS, posudek vydává IPZS. Podkladem pro posouzení závislosti na péči je zdravotnická dokumentace a záznam ze sociálního šetření.

Od září 2025 je možné, aby byl příspěvek na péči III. stupně vyplácen obratem bez posudku od IPZS osobám v terminálním stavu. Popsaný zkrácený postup je určen pro osoby s předpokladem dožití jednoho roku na paliativní a symptomatické léčbě. Potvrzení o takovém stavu vydává ošetřující lékař, pokud má v zákoně vyjmenovanou odbornou způsobilost.

Jak se mění posudkové hodnocení s rozvojem medicíny

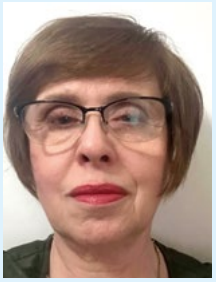
Posudek vydaný Institutem PZS může být s omezenou platností nebo s platností trvalou. Trvalá platnost posudku neznamená, že nemůže být kdykoliv vyvolána kontrola z moci úřední. Někdy to bývá spojeno se stabilizací stavu posuzované osoby, ale může to souviset také s pokroky medicíny.

Je řada nemocí, které byly před lety považovány za tzv. trvalé diagnózy a nyní jsou trvalými jen relativně a jsou léčitelné, nebo jsou dokonce vyléčitelné. Typickým případem je chronická virová hepatitida C nebo některé hematologické nemoci, ale i nemoci onkologické, neurologické. Endokrinologické nemoci vyžadující trvalou substituční léčbu mohou být bez komplikací, a tím bez posudkového dopadu. Pacient s epilepsií může být po efektivní operační léčbě nebo na nastavené medikamentózní léčbě bez záchvatů, a tím bez posudkového dopadu. Stále efektivnější jsou pomůcky pro osoby s poruchami sluchu, které vadu rehabilitují. Artrózou destruované klouby lze nahradit klouby umělými, které umožní návrat k užitné funkci a zbavení bolestí. To vše je při posuzování pro účely sociálního zabezpečení posuzovatel povinen zohlednit. Ošetřující lékař někdy do zprávy pro IPZS napíše, že nemoc jeho pacienta je trvalá, ale to neznamená, že je spojena s trvalou ztrátou funkčních schopností s posudkovým dopadem. Například ztrátové poranění končetin s moderní vysoce funkční protézou může umožňovat mobilitu s minimálním omezením nebo i pracovní schopnost, protože pro účely sociálního pojištění se hodnotí stav s pomůckami. Proč by stát cestou zdravotní pojišťovny investoval do pomůcky, když ne za účelem zlepšení funkčních schopností pacienta. S pokroky zdravotnictví se mění i posudkový náhled, ale nikoliv náhled laický a bohužel někdy ani náhled ošetřujících lékařů. Nejhorší pak je, pokud se ošetřující lékař vyjadřuje mimo svou odbornost a doporučuje něco, co uznat nelze.

Závěr

Pokud dojde po zhojení a základní rehabilitaci ke zlepšení funkčních poruch, musí dojít i ke změně posudkového hodnocení. Žádná prodělaná závažná choroba v anamnéze neznamená automaticky trvalou invaliditu ani jiné sociální výhody. Invazivní i konzervativní léčba je jistě ošetřujícími lékaři indikována za účelem navrátit pacienta do co nejnormálnějšího života: aby byl soběstačný, aby byl schopen práce.

MUDr. Jana Venclová,
ředitelka odboru LPS ČSSZ



MUDr. Jana Venclová, ředitelka odboru lékařské posudkové služby ČSSZ. Atestaci z nástavbového oboru posudkové lékařství získala v roce 1999, v roce 2010 byla jmenována znalcem z oboru zdravotnictví, odvětví posudkové lékařství. Posudkové problematice se věnuje nepřetržitě, od roku 2016 pracuje na ústředí ČSSZ.

Literatura:
Zákony ve znění pozdějších předpisů:
Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění
Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
Instrukce MPSV, metodické pokyny ČSSZ, metodické pokyny IPZS

Výskyt tuberkulózy v Česku neklesá

Počet případů tuberkulózy v Česku se nesnižuje. Kvůli měnící se geopolitické situaci sem přicházejí lidé ze zemí, kde se nemoc vymyká kontrole. Podle aktuálních dat z Národního registru tuberkulózy je v Česku historicky nejvyšší podíl nemocných cizinců až 52 procent. Plicní lékaři volají po důkladném a propracovaném záchytu všech, kdo do Českapřicházejí. Zatím totiž zdravotní prohlídku podstupují pouze ti, kteří zde legálně pracují.

„Výskyt tuberkulózy je v Česku výrazně vyšší, než bychom si přáli. Za normální situace by měl klesnout pod 300 případů. Nyní jsme ale na 429. U domácí populace se podíl nemocných snížil, u osob narozených mimo Česku však činí 52 procent. Vůbec poprvé zde vidíme větší počet nemocných z Filipín. Zrovna tato země patří bohužel k těm, kde je tuberkulóza zcela mimo kontrolu," říká MUDr. Jiří Wallenfels, vedoucí Národní jednotky dohledu nad tuberkulózou při Fakultní nemocnici Bulovka. Zajímavý je podle něj také případ Jihočeského kraje, kde meziročně poskočil počet případů tuberkulózy z 2,4 na loňských 4,4 případů na 100 000 obyvatel, což je nejvíce od roku 2008.

Plicním lékařům se loni podařilo prosadit, aby lidé přijíždějící do Česka za prací prošli vstupní lékařskou prohlídkou u praktického nebo závodního lékaře. Její součástí je i rentgen plic, který tuberkulózní ložiska odhalí. „Prohlídky se však netýkají lidí, kteří zde pracují načerno nebo přijíždějí za jiným účelem. Trápí nás také agentury, které sem vozí na práci lidi z rozvojových zemí, kde počty případů tuberkulózy přesahují 40 na 100 000 obyvatel," vysvětluje prof. MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D., předseda České pneumologické a ftizeologické společnosti. Podle něj by každý, kdo žádá o dlouhodobý pobyt, mohl mít krevní testy, jež by přítomnost tuberkulózy i její latentní formy vyloučily.

Meziročně také vzrostl počet lidí, kteří mají multirezistentní, tedy na běžné léky nereagující formu tuberkulózy. Podle předběžných dat z národního registru tuberkulózy jich loni přibylo 24. „Těmto nemocným musíme nasadit kombinace poměrně drahých léků, léčba jednoho pacienta se pohybuje kolem milionu korun. Standardně dnes léčíme většinu pacientů šest měsíců, někdy je ale potřeba léčbu užívat 9–18 měsíců, než se pacient infekce zbaví. Bohužel někteří z nich jsou nepojištěni, a tak úhrada léčby dopadá na nás. Jsme totiž jediné místo, kde se lidé s rezistentní formou tuberkulózy léčí," vysvětluje MUDr. Ivana Hricíková, vedoucí lékařka centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou Fakultní Thomayerovy nemocnice (FTN) v Praze. Pneumoložka připomíná, že lidé s tuberkulózou většinou pocházejí ze sociálně slabých vrstev. Jsou to například bezdomovci a ty nelze propustit do domácího léčení, které již zákon umožňuje. „Domů s léky a pokyny k izolaci můžeme pouštět jen ty, kteří mají domov, zázemí a jsou zodpovědní," říká MUDr. Hricíková.

Většina těch, kteří leží na oddělení Centra pro léčbu multirezistentní formy tuberkulózy jsou cizinci. „Novinkou je pro nás vyšší počet Filipínců. Například žen, které se sem vdaly, nebo mužů, kteří zde pracují převážně v dělnických profesích. Země však bohužel patří k rizikovým, co se tuberkulózy týče," dodává MUDr. Hricíková.

Z doporučení Světové zdravotnické organizace vyplývá, že by země měly v roce 2025 dosáhnout snížení počtu nových případů o 50 procent ve srovnání s rokem 2015. „Vzhledem k tomu, že v roce 2015 bylo v Česku nahlášeno 518 případů tuberkulózy (při 10 542 942 obyvatelích), pak by loni mělo v Česku být maximálně 267 případů (na 10 897 178 obyvatel). Ale je jich předběžně 429," komentuje MUDr. Wallenfels.

Tuberkulóza má nejasné projevy a snadno se schová za jiné choroby. Kašel, vykašlávání krvavých hlenů a zadýchávání patří mezi typické příznaky pokročilé plicní tuberkulózy. Někteří pacienti hubnou, jsou unavení nebo se v noci potí. Kromě otevřené formy tuberkulózy existuje takzvaná latentní, a ta se nemusí hned projevit. „Tuberkulóza se může v těle dlouho skrývat a propuknout například v souvislosti s cukrovkou nebo po zahájení biologické léčby, a to i u mladých lidí. Jde o infekční onemocnění, proti němuž však současné očkování neposkytuje dostatečnou ochranu – zejména u dospělých před vznikem nemoci nechrání. Onemocnět tak může kdokoli, a proto je důležité na tuberkulózu myslet i v roce 2026," uzavírá prof. Koblížek.

Petra Hátlová

Epidemiologická situace TBC v ČR v roce 2025 v číslech*

- Celkem do registru TBC hlášeno 429 případů TBC
- Muži: 318 případů, ženy 111 případů
- TBC u dříve léčených je 19
- TBC plic je 385
- Kultivačně pozitivních TBC je 355
- Počet mikroskopicky pozitivních TBC ze sputa (silné zdroje infekce) je 183
- Podíl TBC u osob narozených mimo ČR činí 52 % (225 případů), z toho narozeni na Ukrajině 136 případů, na Slovensku 18 případů, na Filipínách a ve Vietnamu po 11 případech, v Rumunsku 9 případů atd.
- Hlášeno je 24 případů rifampicin rezistentní/multirezistentní TBC
- Průměrný věk nemocných je 47 roků
- Počet TBC u dětí do 15 let věku je 15, z nich 12 narozeno v ČR, 2 na Ukrajině a 1 ve Vietnamu
- Hlášeno 9 případů TBC u HIV pozitivních (z 328 vyšetřených na HIV), všichni narozeni mimo ČR (8× na Ukrajině, 1× na Slovensku)
- Hlášeno 15 úmrtí na TBC

**Jde o předběžná data k 6. 3. 2026 z národního registru TBC*

Jak dlouho musí poskytovatel zdravotních služeb uchovávat dokumentaci o pacientovi?

Vést, zpracovávat a uchovávat zdravotnickou dokumentaci je zákonnou povinností poskytovatele zdravotních služeb. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v § 53 odst. 1 vymezuje zdravotnickou dokumentaci jako soubor informací vedených, zpracovávaných a uchovávaných poskytovatelem za účelem poskytování zdravotních služeb konkrétnímu pacientovi.

Podle § 54 je poskytovatel povinen zdravotnickou dokumentaci vést, zpracovávat a uchovávat, a to s výjimkou poskytování lékárenské péče v lékárně a některých zdravotních výkonů v rámci preventivní péče mimo zdravotnické zařízení, podle § 11a. § 69 písm. f) téhož zákona pak svěřuje úpravu doby uchování, vyřazování a zničení prováděcímu právnímu předpisu. Tím je vyhláška č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci, účinná od 1. ledna 2025.

Na první pohled se může zdát, že odpověď je jednoduchá. Vyhláška v § 13 odst. 1 a ve společných ustanoveních přílohy č. 3 skutečně stanoví obecné pravidlo, podle něhož se zdravotnická dokumentace uchovává 5 let, není-li dále stanoveno jinak. Právě dovětek „není-li dále stanoveno jinak“ je ale pro praxi rozhodující. Podle § 13 odst. 2 totiž doba uchování obecně začíná běžet až 1. ledna kalendářního roku následujícího po dni, kdy byl ve zdravotnické dokumentaci proveden poslední záznam, avšak příloha č. 3 může určit jinou rozhodnou událost. A pokud je takových událostí u jedné kategorie více, použije se ta, která nastane nejdříve, je-li poskytovateli známa; příloha zároveň pamatuje i na situaci, kdy se lhůta odvíjí od úmrtí pacienta, ale poskytovatel datum úmrtí nezná.

Rozdíly jsou patrné už v ambulantní péči. U registrujícího poskytovatele ve všeobecném praktickém lékařství se dokumentace uchovává 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta. U praktického lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie se k tomu přidává, že je to 10 let od dosažení 19 let věku pacienta. Naproti tomu u registrujícího poskytovatele v oboru zubní lékařství a v oboru gynekologie a porodnictví činí doba uchování 5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi. U ostatní ambulantní péče platí rovněž 5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb, zatímco u ambulantní péče poskytované v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování je lhůta 10 let a u pacienta s nařízeným ochranným léčením 30 let, vždy po posledním poskytnutí zdravotních služeb. Tyto lhůty vyplývají z přílohy č. 3, z části upravující zdravotní péči poskytovanou registrujícím poskytovatelem, ostatní ambulantní péči a ambulantní péči související s léčbou duševních poruch a poruch chování.

Ještě delší doby uchování se uplatní u lůžkové péče. U lůžkové péče se zdravotnická dokumentace uchovává 40 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od jeho úmrtí; u následné a dlouhodobé lůžkové péče 20 let od ukončení poslední hospitalizace nebo 10 let od úmrtí pacienta. U jednodenní péče činí lhůta 10 let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo 10 let od úmrtí pacienta a u lázeňské léčebně-rehabilitační péče 5 let od ukončení této péče. Vyhláška současně stanoví samostatné lhůty i pro jednotlivé části zdravotnické dokumentace: například zprávy z laboratorních a dalších pomocných vyšetření se uchovávají 5 let od provedení vyšetření. Pokud přitom jedna zdravotnická dokumentace nebo její jednotlivé části podléhají různým dobám uchování, určí se podle § 13 odst. 3 rozhodná doba podle nejdelší lhůty, ledaže se jednotlivé části posuzují samostatně.

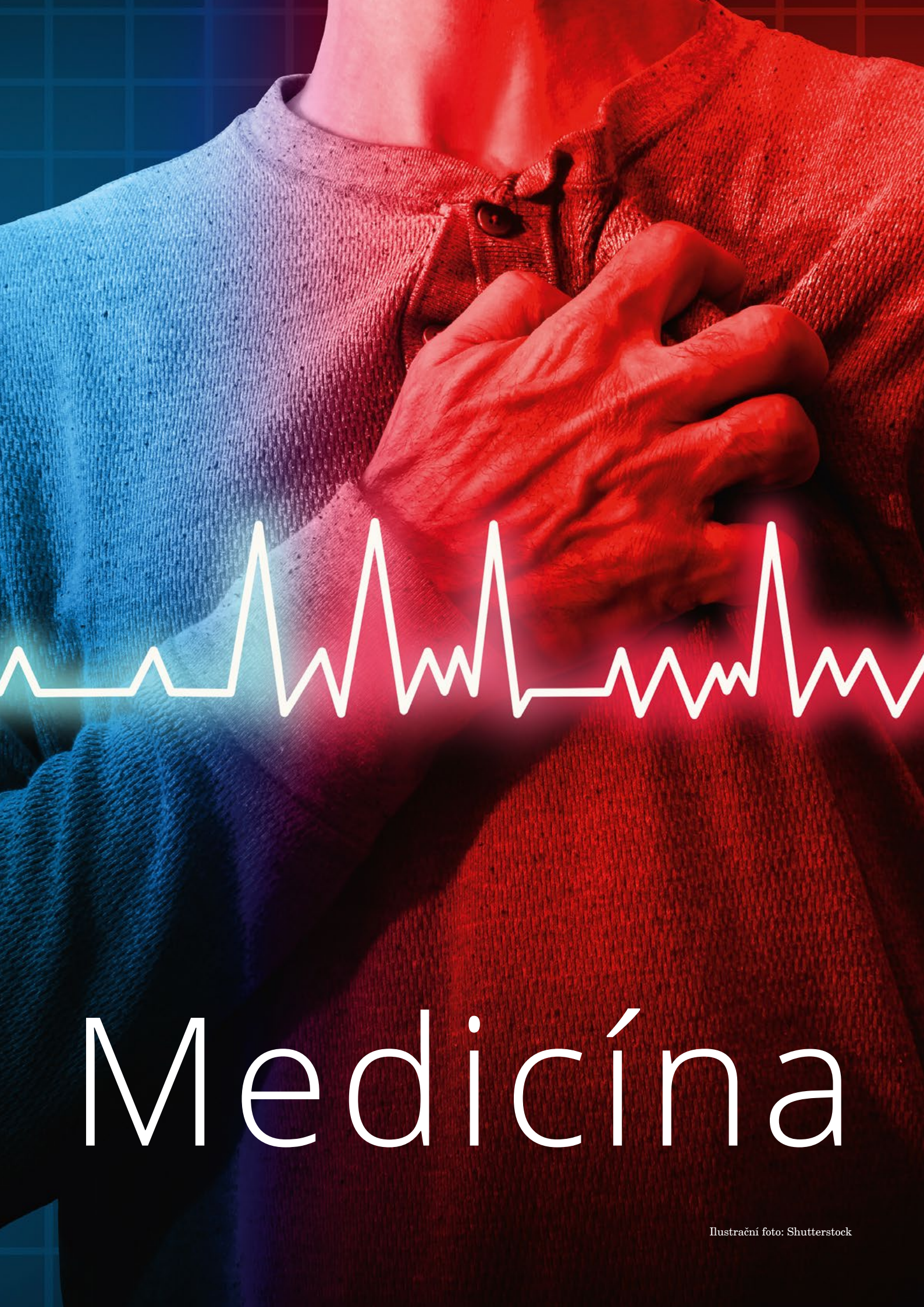
Po uplynutí doby uchování proces zpravidla nekončí automatickým zničením dokumentace. Podle § 14 vyhlášky musí poskytovatel zdravotních služeb nejprve posoudit, zda je zdravotnická dokumentace ještě potřebná pro další poskytování zdravotních služeb. Teprve poté může podle § 15 vypracovat návrh na vyřazení a připojit seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. Další postup při výběru archiválií se uplatní v rozsahu stanoveném právními předpisy. Zdravotnická dokumentace, která nebude vybrána jako archiválie, se podle § 17 zničí tak, aby v listinné podobě nebyla možná rekonstrukce ani identifikace obsahu a aby v elektronické podobě byla smazána z elektronického systému poskytovatele i z dalších úložišť; záznam o zničení se uchovává 40 let.

Odpověď na otázku, jak dlouho musí poskytovatel zdravotních služeb uchovávat zdravotnickou dokumentaci pacienta, tedy není jednotná. Pětiletá lhůta je pouze základním pravidlem. Vždy je třeba posoudit, o jaký druh péče nebo jakou část zdravotnické dokumentace jde, a současně určit, od jaké konkrétní události začne běžet doba uchování. Teprve z této kombinace plyne správná lhůta podle vyhlášky č. 444/2024 Sb.

Mgr. Bc. Juraj Juhás, Ph.D.
Filip Mareš
Advokátní kancelář
Glatzová & Co., s.r.o.

Ilustrační foto: Shutterstock

Další právní poradny najdete na webu **zdravotnictvi-medicina.cz**



Medicína

Ilustrační foto: Shutterstock

DIALOG 2026: určit si cíl a vydržet

Odborná konference DIALOG 2026 proběhla 22.–24. března v Brně. Účastníkům přinesla pestrý program napříč tématy, která hýbou současnou laboratorní medicínou – a některá nejen jí.

Generálním partnerem tradiční konference s mezinárodní účastí byla společnost Beckman Coulter. Odborné záštity poskytla Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Fakultní nemocnice Plzeň a Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb. Hlavním odborným garantem konference byl MUDr. Daniel Rajdl, Ph.D., přednosta Ústavu klinické biochemie a hematologie Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň. Organizaci celé akce zajistila společnost EEZY Events & Education.

Vítězství je v hlavě

Pro lidský život není důležité jen racionální analytické myšlení, ale i vlastní vnitřní odhodlání a budování schopnosti překonávat své vlastní meze. Co probíhá při překonávání vlastních hranic během ultramaratonu a při pohybu ve vysoké nadmořské výšce v těle a jak s ním při tom diskutuje hlava, poodhalila dvě vystoupení zařazená do bloku nazvaného Dialog mezi hlavou a tělem. „Je hezké běhat, jak je vám pohodlné, ale to není cesta na vrchol. Pokud se s diskomfortem hlava nenaučí srovnávat při tréninku, bude to konec i při závodě. Vítězství je v hlavě, jde o motivaci, o přístup k překážkám," řekl ve své přednášce Radek Brunner, sportovec, podnikatel, atlet a vítěz ultramaratonu Spartathlon 2025. Svůj trek na střeše světa (i zajímavá biochemická pozorování z něj) přiblížila Mgr. Marcela Mikešová, vedoucí Oddělení klinické biochemie, hematologie a imunologie Homolka, Fakultní nemocnice Motol a Homolka.

Digitalizace zdravotnictví 2026

O současném stavu a budoucnosti digitalizace českého zdravotnictví do roku 2030, ale i o úzké souvislosti digitalizace s prevencí kardiovaskulárních onemocnění a dosavadních zkušenostech s využíváním E-health hovořil prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., přednosta Kardiologické kliniky Fakulty zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně a Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Ing. Jindřich Maksant, vedoucí oddělení IT systémů ve společnosti AGEL a.s., svůj příspěvek zaměřil na elektronizaci laboratorních procesů v rámci AGELLAB, která je založena na datových standardech a jednotné elektronické komunikaci. Věnoval se také správnému nastavení laboratorních metod a upozornil na limity klinických systémů.

Kazuistiky 2.0 aneb Když laboratorní medicína rozhoduje

Blok kazuistik z laboratoří ukázal, jak napínavá detektivka může být skládání klinické mozaiky. Interaktivní kazuistiky účastníkům konference přiblížily důležitost kombinace klinického a laboratorního vyšetření, jejich indikace, výhody i úskalí. Odborným garantem bloku byl MUDr. Ondřej Kyselák, Ph.D., primář oddělení klinické biochemie Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. Zazněl tu například soubor zajímavých kazuistik doc. MUDr. Radomíra Hyšplera, Ph.D., přednosty Ústavu klinické biochemie a diagnostiky Fakultní ne-

Moderátor Petr Suchoň představuje diskutující v odborném bloku Kazuistiky 2.0. Zleva sedící: MUDr. Ondřej Kyselák, Ph.D., EuSpLM, doc. MUDr. Radomír Hyšpler, Ph.D., MUDr. Lukáš Tichý, MUDr. Eva Zvárová a MUDr. Denisa Viczénová

V bloku LaBCare vystoupili (zleva): Ing. Lukáš Palivec, Ph.D., Ing. Miroslav Bischof, Ing. Miroslav Janošík, Ph.D., Ing. Petr Suchan, Ing. Jiří Vávra a Ing. Petr Lehnert

Živilé Jaciké (LIT), Paul Ladestein (NL) a Ivan Teličkun, MSc. (UKR) byli disktujícími v bloku Klinická diagnostika za hranicemi ČR

mocnice Hradec Králové. Jeho prezentace zahrnula tři kazuistiky – Hiratova nemoc vytvářející patologický pool inzulinu se závažnými hypoglykemiemi, interferenci léčbou indukovanou přítomností heterofilních protilátek a hypofosfatemii z respirační alkalózy.

LaBCare – expertní péče o laboratoř očima jejího dodavatele

Novou koncepci prioritní expertní podpory laboratorních řešení pro zákazníky společnosti Beckman Coulter z pohledu dodavatele představil diskusní panelový blok moderovaný Ing. Lukášem Palivcem, Ph.D., obchodním a marketingovým ředitelem společnosti Beckman Coulter Česká republika. Podporu v LaBCare v rámci vědecké a publikační činnosti přiblížil Ing. Miroslav Janošík, Ph.D. (Marketing Manager). Dále za Beckman Coulter v diskusi vystoupil Ing. Miroslav Bischof (Application and Product Support Manager), Ing. Petr Suchan (Workflow and IT Manager), Ing. Jiří Vávra (Servis Manager) a Ing. Petr Lehnert (Sales Manager).

Inspirace ze světa

V bloku Klinická diagnostika za hranicemi ČR se představili i dva laboratorní pracovníci z postsovětských republik. Ivan Teličkun z Ukrajiny přiblížil, jak těžké je fungovat relativně dobře jako laboratorní celek i v jinak obtížně představitelných válečných podmínkách. Velmi inspirativní byla Živilé Jaciké z Litvy, její země je i pro nás vzorem digitalizace laboratorních procesů. Překvapivý byl i její přístup k marketingu: Živilé přešla ze soukromé laboratoře do státního zařízení a jeho služby propaguje facebookovou kampaní. Pro nás nezvyklé je i to, že procento možné odchylky její pracoviště udává i jako součást výsledku, který odchází z laboratoře.

Méně krve, více informací

„Každodenně vystavujeme naše pacienty odběru krve – mnohdy opakovaně, mnohdy v objemech až 40× přesahujících analytickou potřebu. Třetina pacientů v intenzivní péči získá kvůli odběrům krve na diagnostická vyšetření anemii a významná část laboratorních výsledků se opakuje bez skutečného klinického dopadu," řekl Daniel Rajdl, odborný garant tohoto bloku. S klinickými odborníky na preanalytickou fázi a indikaci a interpretaci laboratorních

Odborný blok Méně krve, více informací vedl hlavní garant konference MUDr. Daniel Rajdl, Ph.D. Diskujicími byli (zleva): prof. MUDr. Mgr. Jiří Pařenica, Ph.D., MUDr. Jakub Kletečka, Ph.D., MUDr. Pavel Brož, Ph.D., Mgr. Adéla Vlasáková a Petra Tomková

Zleva: MUDr. Filip Caisberger, doc. RNDr. Pavlína Kušnierová, Ph.D., MUDr. Jiří Cerman, Ph.D., a MUDr. Iva Kalusková diskutovali v bloku V hlavní roli neuromarkery

Dalším zahraničním přednášejícím na konferenci DIALOG 2026 byl v bloku Referenční intervaly v praxi Prof. Dr. med. Georg Hoffmann (GER)

výsledků diskutoval témata demand management (správná indikace správného vyšetření, adekvátní objem materiálu) a prevence opakovaných odběrů způsobených hemolýzou jako nejčastější preanalytickou chybu v laboratoři. Pravdou ale je, že k hemolýze – v určité míře – dochází vždy. Hemolytický index může sloužit i jako indikátor kvality odběru, ale důvodů hemolýzy může být víc než jenom kvalita odběru na straně sestry.

V hlavní roli neuromarkery

Další program konference patřil neuromarkerům, jejichž význam v klinické praxi rychle roste. O směřování k personalizované neurologii a nových biomarkerech v revidovaných doporučeních CSF (cerebrospinal fluid – mozkomíšní mok) diagnostiky hovořila doc. RNDr. Pavlína Kušnierová, Ph.D., z Oddělení klinické biochemie v Ústavu klinické biochemie Fakultní nemocnice Ostrava. Součástí bloku byly i biomarkery Alzheimerovy nemoci jako klíče k biologické léčbě a také vývoj diagnostických kritérii Alzheimerovy demence a úskalí syndromu demence. Včasná diagnostika a sledování průběhu neurodegenerativních onemocnění pomocí biomarkerů mají zásadní význam pro stratifikaci pacientů a mohou přispět i k efektivnějšímu využití zdravotnických zdrojů.

Referenční rozmezí: od dat k implementaci

Závěrečný blok organizátoři vyhradili referenčním rozmezím. Odborným garantem bloku byl prof. MUDr. Antonín Jabor, CSc. (Institut klinické a experimentální medicíny a Ústav imunologie a klinické biochemie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy). Účast na konferenci letos přijal také Prof. Dr. Med. Georg Hoffmann, zakladatel a lékařský ředitel Trillium GmbH v Německu. Svá vystoupení zaměřili na referenční rozmezí v celé šíři jejich použití: od přímých metod určení a „klasických“ statistických postupů k nepřímým metodám a moderním statistickým nástrojům, od populačních referenčních intervalů k individuálním intervalům. Zmínili také rozdíly mezi referenčními intervaly a rozhodovacími limity. Diskutovány byly i výhody a nevýhody různých odhadů referenčních intervalů a došlo i na hodnocení potřebnosti referenčních intervalů a otázky jejich praktického využití.

Jana Jílková
Foto: Vojtěch Hanák

První linie, která drží systém

Do pražského Clarionu se 20.–21. března sjely stovky praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, aby během dvou dnů otevřely témata, která dnes určují realitu ordinací mnohem víc než ještě před několika lety. Jubilejní 20. kongres primární péče znovu ukázal, že tento segment zdravotnictví už dávno není jen vstupní branou do systému a že je místem, kde se střetává prevence s pozdním záchytem, medicína s psychikou, dětský věk se stářím a odborné kompetence s administrativními limity.

Už zahájení dalo setkání silný rámec. Prezident České republiky Petr Pavel označil primární péči za první linii zdravotnictví a zdůraznil její význam pro léčbu i prevenci. Praktický lékař podle něj není jen ten, kdo ordinuje, ale ten, kdo je nejblíž každodennímu životu pacientů a může ovlivnit další průběh péče.

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch navázal z pohledu systému. Mluvil o stárnutí populace, nárůstu chronických onemocnění i duševních obtíží a o tom, že bez silné primární péče nebude fungovat ani zbytek zdravotnictví. Připomněl, že praktičtí lékaři pečují o statisíce stabilizovaných pacientů a že posilování jejich kompetencí je jednou z cest, jak systém udržet funkční. Zazněla i témata, která v ambulancích dlouhodobě vyvolávají frustraci.

Právě preskripce patřila k bodům, kde se politický rámec potkal s praxí nejviditelněji. Petr Šonka mluvil otevřeně o tom, že praktiky dál trápí preskripční mechanismy a že není přijatelné dělit lékaře a pacienty na dvě kategorie. Připomněl limity například u moderních léků pro diabetiky, kvůli nimž se někteří pacienti k léčbě vůbec nedostanou. Adam Vojtěch reagoval, že v odbourávání administrativních bariér problém nevidí a chce v něm pokračovat. Motiv „bourání zdi“ se tak stal symbolem širší změny v uvažování o primární péči – pokud má praktik nést větší odpovědnost, musí mít možnost problém i dořešit. Dalším tématem byla dostupnost péče a budoucnost oboru. Ministr mluvil o týmových praxích a sdílených ordinacích, které by mohly pomoci zejména v regionech. Zmínil i zvýšení počtu absolventů a potřebu motivovat mladé lékaře k práci mimo velká města. Nejde přitom jen o finance, ale i o zázemí a kvalitu života. Kongres tak připomněl, že nejde jen o medicínu, ale i o to, kdo bude primární péči za deset let zajišťovat.

Prezident České republiky Petr Pavel na jubilejním 20. kongresu primární péče

Výrazně se to ukázalo zejména v pediatricky laděných přednáškách o dětech a digitálním prostředí. Tady zazněla data i interpretace, které už nejde odbýt povzdechem nad tím, že „děti jsou dnes pořád na mobilech“. Pavla Chomynová z Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti přinesla přehled aktuálních čísel a trendů v oblasti digitálních závislostí. Připomněla, že v riziku problematického hraní digitálních her se nachází zhruba 9 procent žáků základních škol, u chlapců 13 procent, u dívek 5 procent, a že v riziku v souvislosti s nadužíváním sociálních sítí je kolem 8 procent dospívajících. V pražských datech, která umožňují sledovat podrobněji žáky základních a středních škol, se pak podle použité metodiky ukazuje přibližně 7 procent ve vysokém riziku a 18 procent ve širším pásmu problémového užívání internetu. U patnácti- až šestnáctiletých studentů sleduje studie ESPAD i samotný čas: 44 procent tráví čtyři a více hodin denně sledováním videí, 33 procent na sociálních sítích a 18 procent hraním digitálních her, o víkendech jsou tato čísla ještě vyšší. Chomynová připomněla, že víc než třetina dospívajících uvádí opakované problémy související se sociálními sítěmi, od zanedbávání spánku a jídla až po omezení volnočasových aktivit a zvýšení počtu konfliktů s okolím. Důležité bylo i to, že nešla jen po efektu čísel. Upozornila na souvislost mezi nadměrným hraním nebo trávením času na sociálních sítích a duševním zdravím. Dospívající v riziku vykazují až dvojnásobnou pravděpodobnost psychických obtíží, vyšší výskyt stresu, úzkosti, depresivních stavů, suicidálních myšlenek i sebepoškozování. Praktik tak nestojí jen před otázkou, kolik času dítě tráví online, ale co to s ním dělá, co to vytlačuje z běžného života a jestli se problém neprojevuje oklikou úplně jinde.

Kateřina Lukavská z Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

FARMAKOTERAPEUTICKÉ INFORMACE
4
2026
Měsíčník pro lékaře a farmaceuty

FARMAKOTERAPIE DNY A HYPERURIKEMIE

Prof. MUDr. Jakub Závada, Ph.D.
Revmatologický ústav, Praha

Kyselina močová (KM) je konečným produktem metabolismu purinů u člověka. Sérová koncentrace KM (sKM) je ovlivněna rovnováhou mezi její tvorbou a vylučováním. Zvýšená tvorba KM je zodpovědná za 10 % případů hyperurikemie a může být dána zvýšeným příjmem purinů ze stravy, jejich endogenní syntézou a obratem tkáňových nukleových kyselin. Nejčastější příčinou hyperurikemie (90 %) je snížené vylučování KM, které je zajištěno komplexním mechanismem reabsorpce a sekrece v proximálních tubulech v ledvinách a z menší části také vylučováním v tenkém střevě. Asi dvě třetiny KM jsou vylučovány ledvinami, zbylá třetina pak gastrointestinálním traktem. Inhibice některých transmembránových proteinů zajišťujících přenos urátu je cílem při léčbě hyperurikemie. Hyperurikemie je ve vyspělých zemích velmi častý nález[1,2]/, vyskytuje se u zhruba pětiny až čtvrtiny dospělých mužů, u žen méně často. U mužů se obvykle rozvíjí po pubertě, kdy sKM stoupá do rozmezí typického pro dospělé (≈ 208–428 μmol/l). U žen je nástup opožděný, protože estrogen zvyšuje vylučování KM ledvinami; proto se hyperurikemie zpravidla objevuje až po menopauze, kdy se hodnoty u žen přibližují mužům stejného věku. U žen užívajících hormonální substituční terapii bývá vzestup hladin méně výrazný. Zvýšená sKM předchází klinickým projevům o mnoho let – od prvního vzestupu urikemie po rozvoj dny zpravidla uplynou zhruba dvě desetiletí. To ukazuje na dlouhou fázi asymptomatické hyperurikemie, než se objeví typické obtíže. Klinicky významné jsou zejména poruchy spojené s ukládáním urátových krystalů, tedy dna, urátová nefropatie a nefrolitiáza. Dlouhodobá hyperurikemie zvyšuje riziko jejich rozvoje, přičemž závažnost rizika závisí na výši i na délce trvání zvýšených hladin. Samotné počáteční projevy ukládání krystalů obvykle nejsou život ohrožující a lze je dobře léčit. Hyperurikemie byla v řadě observačních studií asociována s dalšími onemocněními, například s hypertenzí, chronickým onemocněním ledvin (CKD) či kardiovaskulárními (KV) chorobami, ale kauzální role hyperurikemie u těchto onemocnění nebyla jednoznačně prokázána.

LÉČBA ASYMPTOMATICKÉ HYPEURIKEMIE

U asymptomatické hyperurikemie se léčebná strategie vždy odvíjí od individuálního posouzení rizika komplikací a poměru očekávaného přínosu a rizik intervence. U většiny pacientů se farmakologická léčba nedoporučuje, neboť chybí přesvědčivé důkazy o jejím přínosu a případné projevy krystaly indukovaných komplikací (např. dny či urátové nefrolitiázy) bývají dobře zvládnutelné, pokud se objeví. Základem péče jsou proto režimová opatření: úprava tělesné hmotnosti, omezení alkoholu a slazených nápojů, vyvážená strava a pravidelná fyzická aktivita. Tam, kde je to možné, volíme léky na přidružená onemocnění, které zároveň snižují sKM (např. losartan nebo blokátory kalciových kanálů), a vyhýbáme se těm, jež ji zvyšují (např. thiazidová diuretika). CKD-FIX[3]/ a PERL[4]/, dobře designované randomizované studie v běžné populaci s asymptomatickou hyperurikemií, neprokázaly, že by snižování sKM vedlo k příznivému ovlivnění hypertenze nebo CKD, stejně tak ani studie ALL-HEART[5]/ neprokázala snížení KV rizika. Proto je přístup k asymptomatické hyperurikemii převážně konzervativní a důraz je kladen na úpravu životního stylu, informování pacientů a farmakoterapii v okamžiku, kdy se klinické projevy hyperurikemie (tj. především dnavá artritida, případně urolitiáza) skutečně rozvinou. Farmakoterapie asymptomatické hyperurikemie se zvažuje případ od případu pouze u pacientů s výrazně zvýšenými hodnotami (např. > 750 μmol/l u mužů a > 600 μmol/l u žen), u mladých lidí s konkrétními metabolickými a genetickými poruchami, či přechodně u pacientů se syndromem nádorového rozpadu (tumor lysis syndrom). Skupina českých a slovenských expertů nedávno zveřejnila stanovisko, které doporučuje u pacientů s hypertenzí, diabetem, dyslipidemií, CKD, kumulací KV rizikových faktorů či KV onemocnění stanovit sKM a při zjištěné hyperurikemii také index sKM/sKR (poměr sKM a sérové koncentrace kreatininu). V prevenci KV rizika navrhuje zahájit intervenci při hodnotách indexu sKM μmol/l/sKr μmol/l ≥ 3,6. Ten identifikuje pacienty s hyperurikemií v důsledku zvýšené produkce KM, která je spojena se zvýšeným KV rizikem.[7]/

DNAVÁ ARTRITIDA

Dna je metabolické onemocnění způsobené ukládáním urátových krystalů do kloubů a měkkých tkání následkem chronické hyperurikemie. Typické klinické projevy dny – akutní artritida, tenosynovitida, burzitida a celulitida – jsou způsobeny zánětlivou reakcí na urátové mikrokrystaly. Dna postihuje podle různých epidemiologických studií 1–2 % dospělých v Evropě a až 4 % v USA[1,2]/ a představuje tak nejčastější zánětlivou artritidu u mužů a pravděpodobně i u všech dospělých osob vůbec. Prevalence dny stoupá s věkem, je výrazně vyšší u mužů než u žen, u kterých narůstá výskyt dny po menopauze. Onemocnění se obvykle iniciálně projevuje jako akutní zánětlivá monoartritida, zhruba u 10 % případů ale může začínat i polyartrikulárním postižením. Dna typicky postihuje první metatarzofalangeální kloub („podagra“), často také bývají postiženy klouby přednoží a nártu, kotník nebo koleno, při dlouhodobějším průběhu i zápěstí nebo drobné klouby ruky. Ataky obvykle začínají brzy ráno a vzbudí pacienta ze spánku. Rychlý vznik kruté bolesti kloubu dosahující maxima za 6–12 hodin a se spontánním ústupem v průběhu několika následujících dnů, spojený s lokální citlivostí a zarudnutím, je téměř patognomický pro krystalovou artritidu, ale není specifický pro dnu. U některých pacientů se dnavá ataka vyskytne pouze jednou za život, většinou ale následují za několik měsíců a někdy i za několik let další ataky, které často trvají déle, postihují několik kloubů zároveň a šíří se i na horní končetiny. Pokud není dna dlouhodobě léčena, rozvíjí se obraz chronické dnavé artropatie a tofózní dny.

LÉČBA DNAVÉ ARTRITIDY

Dna je jedním z mála revmatických onemocnění, jehož kauzální podstatu dobře známe a lze jej vyléčit. Dlouhodobou (obvykle celoživotní) hypourikemickou léčbou (urate lowering therapy, ULT) cílenou k trvalému snížení sKM pod její saturační bod (< 360 μmol/l) lze dosáhnout redukce nálože urátu sodného ve tkáních s následným vymizením dnavých atak a postupným zmenšováním objemu tofů (tuhá ložiska s obsahem urátových krystalů, které se ukládají ve tkáních). Přesto je řada pacientů léčena nedostatečně. U menší části pacientů je to způsobeno refrakterní povahou onemocnění, přítomností závažných

komorbidit nebo intolerancí ULT, což může komplikovat dosažení terapeutického cíle. U většiny neúspěšně léčených pacientů je ale problém v nedostatečně monitorované a důsledné léčbě ze strany ošetřujících lékařů a v nespolupráci pacientů s léčbou (tj. non-compliance). Zásadním prvním krokem v léčbě dnavé artritidy je tedy iniciální zevrubné a srozumitelné poučení pacienta o povaze onemocnění, horizontu léčby a možných komplikacích terapie. Pacientům je třeba nejprve vysvětlit, že existují dvě komplementární linie léčby dny:

a) symptomatická protizánětlivá léčba akutní dnavé ataky a prevence jejich recidiv,
b) kauzální léčebná a dietní opatření k dlouhodobému snížení sKM a resorpci nálože urátu z tkání, kloubů a tofů (tj. ULT).

Dále je třeba je poučit pacienta o celoživotním horizontu ULT i o tom, že četnost dnavých atak začne klesat až zhruba rok po jejím zahájení a krátkodobě může i stoupnout – proto je v prvních 6 měsících vhodná profylaktická léčba kolchicinem. Pacientům také musíme vysvětlit, jak postupovat při akutní dnavé atace. Poučení o dietních opatřeních by mělo být velmi jednoduché, aby si je pacient zapamatoval a také aby byl schopen je uvést v praxi.

LÉČBA AKUTNÍ DNAVÉ ATAKY

Léčba akutní dnavé ataky by měla být zahájena co nejdříve po vzniku prvních příznaků. Pacienta proto musíme vybavit medikací a náležitě poučit o způsobu jejího použití. Doporučené terapeutické možnosti první linie zahrnují: a) kolchicin (do 12 hodin od nástupu ataky) v nasycovací dávce 1 mg (tj. 2 tbl à 0,5 mg) následované o 1 hodinu později 0,5 mg v první den a následně 3× 0,5 mg/den (vyšší dávky kolchicinu než 1,5 mg/den nejsou účinnější, ale jsou spojeny s vysokým rizikem nežádoucích účinků, především profuzního průjmu), b) nesteroidní antirevmatika (NSA), případně s inhibitory protonové pumpy, c) perorální glukokortikoidy (prednison 30–35 mg/den nebo jeho ekvivalent) nebo intraartikulární injekce glukokortikoidů. Celkové léky podáváme obvykle 3–5 dnů, resp. do vymizení projevů dnavé ataky. Výběr léčebné modality záleží mimo jiné na přítomnosti konkrétních komorbidit, lze je i kombinovat. U pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin je třeba se vyhnout kolchicinu a NSA. Kolchicin by neměl být podáván pacientům užívajícím silné inhibitory P-glykoproteinu nebo CYP3A4, jako jsou např. cyklosporin nebo klarithromycin. Coxiby mohou být alternativou neselektivních NSA pro pacienty s anamnézou vředové choroby či gastrointestinální intolerancí NSA. Prednison může být vhodnou volbou například pro starší pacienty s těžší renální insuficiencí nebo jinou kontraindikací NSA či kolchicinu. Ve výjimečných případech závažně probíhající dny, kde běžná léčba selhává, je kontraindikována nebo není tolerována, lze využít cílených blokátorů interleukinu-1 (IL-1). Tato léčebná metoda se používá vzhledem k její vysoké nákladnosti v ČR zatím zcela ojediněle a měl by ji indikovat erudovaný specialita. Podrobněji viz doporučení EULAR a ACR (American College of Rheumatology) pro léčbu dny.[6,8]/ Možnosti terapie akutní dnavé ataky shrnuje **tabulka 1**.

LÉČEBNÉ MOŽNOSTI K DLOUHODOBÉMU SNÍŽENÍ URIKEMIE

Protože rozpustnost urátu v tělesných tekutinách je překročena při hodnotách sKM ~ 420 μmol/l, doporučuje se v současné době trvale snížit hodnoty sKM alespoň pod 360 μmol/l (a u pacientů s tofozní dnou pod 300 μmol/l), aby bylo zabráněno pokračující depozici urátových krystalů a aby došlo k redukci celkových zásob urátu a vstřebání makroskopických tofů. Dosažení těchto nízkých hladin je spojeno s dlouhodobě nižším výskytem dnavých atak a může mít také příznivý vliv na renální funkce a KV systém. Agresivnější snižování sKM k hodnotám v rozmezí 180–300 μmol/l je vhodné k urychlení vstřebání větších tofů a vyplavení zásob urátu u pacientů s těžším kloubním postižením.[6,9]/ K dispozici máme v současné době několik základních postupů: 1) dietní opatření, 2) inhibitory xantinoxidázy, 3) urikosurika a 4) rekombinantní urikázy. Strategii ULT shrnuje **obrázek 1.**

DIETNÍ OPATŘENÍ

Doporučení stran diety a životního stylu u pacientů s dnou musí respektovat fakt, že řada pacientů s dnou trpí dalšími chorobami (metabolický syndrom, obezita, hyperlipidemie, hypertenze, KV a renální onemocnění). Poučení pro pacienta musí být srozumitelné a snadno zapamatovatelné, doporučená opatření pak musí holisticky integrovat přístupy vhodné i pro ostatní komorbidity. Současné poznatky z rozsáhlých epidemiologických studií studujících vztah diety a rekurentních dnavých atak nasvědčují protektivnímu vlivu mléčných výrobků a kávy, neutrální se zdá být efekt čaje, vína a zeleniny (včetně luštěnin), zatímco rizikový je příjem masa, slazených nealkoholických nápojů, piva a destilátů. Jednoznačně vhodná je aerobní fyzická aktivita a v indikovaných případech redukce hmotnosti.

HYPOURIKEMICKÁ LÉČBA

Hypourikemická léčba by měla být zvážena a prodiskutována s každým pacientem s jednoznačnou diagnózou dny od její první prezentace. ULT je indikována u všech pacientů s opakovanými atakami, tofy, urátovou artropatií (tj. typickými radiologickými změnami) nebo s ledvinovými kameny. Zahájení ULT v době první ataky je také vhodné u mladých pacientů (< 40 let) nebo s velmi vysokou hodnotou sKM (> 480 μmol/l) a nebo komorbiditami (porucha funkce ledvin, hypertenze, ischemická choroba srdeční, srdeční selhání). ULT je obvykle celoživotní, a proto je třeba pacienty o její podstatě, přínosu a rizicích náležitě poučit. Neměla by být také zcela automaticky zahajována po první atace. Pacienty je třeba poučit, že v prvních měsících od zahájení účinné ULT se incidence akutních dnavých atak může zvýšit. Proto je také doporučováno po dobu 6 měsíců zajistit pacienty profylaktickou léčbou kolchicinem v dávce 0,5–1 mg/den. Přestože terapie dny je v principu jednoduchá, řada studií zabývající se kvalitou péče o pacienty s dnou ukázala řadu nedostatků týkajících se farmakoterapie dny. Jde především

Tab. 1 **Protizánětlivá léčba akutní dnavé ataky**

Léčivo, léková skupina	Využití v léčbě	Dávkování a poznámky
NSA	akutní dnavý záchvat	např. indometacin 3× denně 50 mg, ibuprofen 4× denně 600 mg, naproxen 2× denně 500 mg podat co nejdříve, krátkodobě (3–7 dní) kontraindikace: vředová choroba, renální selhání, srdeční selhání, antikoagulace
kolchicin	akutní záchvat; profylaxe	při atace: nízká dávka 1 mg + 0,5 mg po 1 hod (1. den), poté 0,5 mg 2–3× denně několik dní, profylakticky: 0,5–1 mg denně (snížit při CKD) nežádoucí účinky: průjem, nauzea kontraindikace: těžká renální a jaterní insuficience
glukokortikoidy	akutní záchvat (těžší průběh nebo kontraindikace NSA/kolchicinu)	prednison ~0,5 mg/kg (30–40 mg) denně 5–10 dní p.o., případně i.m. methylprednisolon 40 mg jednorázově; alternativně punkce a intraartikulární aplikace (triamcinolon 10–40 mg) účinek rychlý, nutno postupně vysadit, vhodné u starších a polymorbidních
inhibitory IL-1 (anakinra, canakinumab)	refrakterní akutní dna	biologická léčba akutní dny při selhání či nevhodnosti standardní terapie anakinra 100 mg s.c. denně 3 dny, canakinumab 150 mg s.c. jednorázově vysoce účinné, velmi nákladné

CKD – chronické onemocnění ledvin; IL-1 – interleukin 1; i.m. – intramuskulárně; NSA – nesteroidní antiflogistika; p.o. – perorálně; s.c. – subkutánně

o nedostatečné dávkování hypourikemických léků (především alopurinolu), nedostatečné sledování efektu ULT, nedostatečnou profylaxi dnavých atak při zahájení ULT a nedostatečné poučení pacientů ošetřujícím lékařem o povaze onemocnění, cílech a horizontu léčby, což může zvýšit riziko non-compliance pacientů s léčbou.

Inhibitory xantinoxidázy

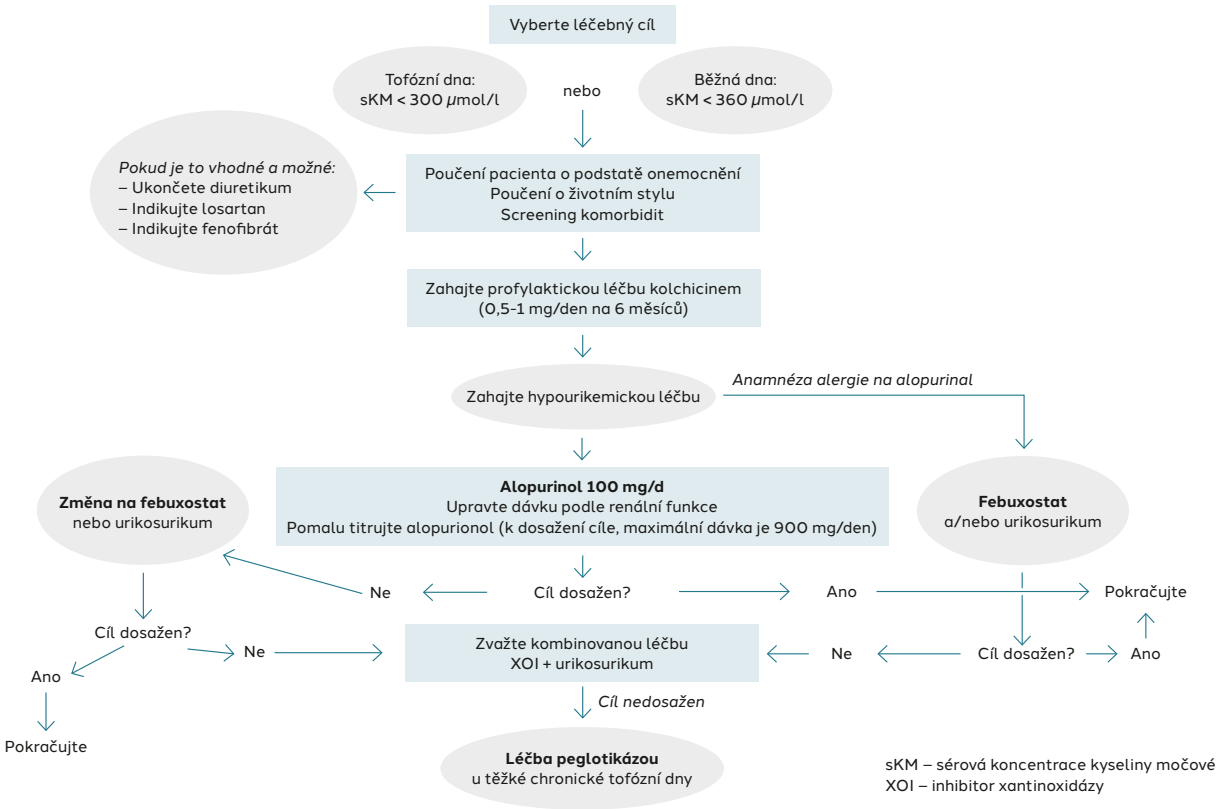
Alopurinol je celosvětově nejpoužívanější hypourikemický lék. Tento analog purinů působí jako inhibitor xantinoxidázy katalyzující reakce při tvorbě KM. Terapii se doporučuje zahajovat dávkou 100 mg denně s postupným navyšováním o 100 mg každé 2–4 týdny až do maximální dávky 900 mg denně, dokud není dosaženo cílových hodnot sKM. Tradičně se doporučovala úprava dávkování při renální insuficienci, avšak tato starší doporučení založená na clearance kreatininu byla často kritizována, protože u pacientů se závažnějším postižením ledvin znemožňovala účinnou léčbu. Podle současných doporučení ACR je alopurinol lékem první volby i u nemocných s pokročilou renální insuficiencí, ovšem je nutné zahájit léčbu velmi nízkou dávkou (50 mg denně) a dávku postupně navyšovat podle tolerance a účinnosti. Nežádoucí účinky zahrnují častěji kožní exantém, pruritus, průjem nebo elevaci jaterních testů. Velmi vzácně se mohou objevit závažné kožní reakce (toxická epidermální nekrolýza) či alopurinolový hypersenzitivní syndrom spojený s eozinofilií, systémovými projevy a jaterním nebo renálním poškozením. Riziko hypersenzitivity významně stoupá u nositelů alely HLA-B*5801, která se vyskytuje především u čínské, thajské a korejské populace. V těchto etnikách je vhodné genetické testování před zahájením léčby. Odezva na terapii je variabilní a ovlivňuje ji genetické pozadí (např. varianta p.Q141K), aktivita xantinoxidázy a aldehydoxidázy, které metabolizují alopurinol na aktivní oxypurinol, dále index tělesné hmotnosti (BMI), renální funkce či výchozí hodnota sKM. Z hlediska lékových interakcí je zásadní kombinace s azathioprinem, kde může dojít k těžké myelotoxicitě.[10]/

Febuxostat je silnější nepurinový inhibitor xantinoxidázy než alopurinol.[11,12]/ Používá se obvykle jako lék druhé volby, pokud není dosaženo cílových hodnot sKM při terapii alopurinolem, nebo v případě jeho intolerance. Mechanismem účinku je obsazení kanálu xantinoxidázy a blokáda přístupu purinového substrátu k aktivnímu místu, což vede k vyšší specificitě inhibice než u alopurinolu. Dávka 40 mg febuxostatu odpovídá zhruba účinku 300 mg alopurinolu. Vzhledem k tomu, že febuxostat je metabolizován převážně v játrech, jeho účinnost není tolik závislá na renálních funkcích. Standardně se podává v dávce 40–120 mg denně. Nežádoucí účinky jsou obdobné jako u alopurinolu (elevace jaterních enzymů, nauzea, exantém, artralgie, hypersenzitivní reakce). Dlouho existovaly nejasnosti ohledně jeho KV bezpečnosti. Studie CARES[13]/ z roku 2017, zahrnující více než 6 000 pacientů s dnou a KV onemocněním, ukázala sice srovnatelnou incidenci primárního cílového ukazatele (kombinace KV příhod), ale sekundární analýza prokázala zvýšené riziko KV i celkové mortality u pacientů léčených febuxostatem. Na základě toho vydal americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) v roce 2019 varování a doporučil febuxostat jen u pacientů, kteří netolerují alopurinol nebo u nichž terapie selhala. Evropská léková agentura zaujala podobný postoj a nedoporučuje jeho podávání pacientům s anamnézou KV příhod, pokud je k dispozici jiná možnost léčby. Výsledky studie FAST[14]/, publikované v roce 2020, však prokázaly non-inferioritu febuxostatu vůči alopurinolu ve výskytu závažných KV událostí a nepotvrdily zvýšené riziko mortality. V současnosti není v České republice k dispozici žádný další inhibitor xantinoxidázy, v Japonsku je používán také topiroxostat, jehož bezpečnost byla ověřena i u hemodialyzovaných pacientů.[15]/

Urikosurika

Urikosurika působí inhibicí reabsorpčních urátových transportérů v proximálním tubulu a vedou ke zvýšení exkrece KM. Hlavním rizikem léčby je vznik urolitiázy, proto je nezbytný dostatečný pitný režim. Účinnost těchto léčiv klesá se zhoršující se renální funkcí, a u pacientů s těžší insuficiencí jsou proto málo účinná. V České republice je jejich dostupnost omezená; na mimořádný dovoz lze získat benzbromaron, který se podává v dávce 50–200 mg denně, avšak jeho použití je limitováno rizikem hepatotoxicity. Racionální možností je kombinace

Obr. 1 **Doporučení pro léčbu hyperurikemie u pacientů s dnou[6]/**



urikosurik s inhibitory xantinoxidázy, zejména u pacientů s refrakterní hyperurikemií. V USA je dostupný probenecid, jehož nevýhodou jsou četné lékové interakce a nutnost častého dávkování. Nadějným přípravkem se jevil lesinurad, selektivní inhibitor transportérů URAT1 a OAT4, nicméně vzhledem k hlášeným případům renálního selhání byl stažen z trhu v USA i v EU. V Japonsku byl v roce 2019 schválen nový selektivní inhibitor transportéru URAT1 dotinurad, zatím však není dostupný jinde. I některé léky, primárně určené pro léčbu jiných onemocnění, mají menší urikosurický efekt, například losartan, atorvastatin či fenofibrát, a proto může být jejich volba v indikovaných případech u pacientů s dnou výhodná. Také gliflozíny, které se využívají v léčbě diabetu 2. typu, mohou snižovat sKM.[16,17]/

Rekombinantní urikázy

Nejúčinnější metodou ke snížení sKM a resorpci urátových depozit u pacientů s těžkou tofózní dnou je léčba rekombinantními urikázami. Tyto enzymy katalyzují oxidaci KM na rozpustný allantoin, který je následně rychle vylučován ledvinami. Původně se používala rasburikáza, rekombinantní urikáza prvotně izolovaná z *Aspergillus flavus*, která je standardně indikována v prevenci syndromu nádorového rozpadu. Její využití u léčby dny se však ukázalo jako nevhodné pro vysokou imunogenicitu a krátký biologický poločas. V současnosti je hlavním zástupcem peglotikáza, pegylovaná rekombinantní prasečí urikáza. Proces „PEGylace" znamená navázání polyethylenglykolu (PEG) na aktivní enzym, čímž se prodlužuje biologický poločas a snižuje toxicita i imunogenicita. U části pacientů se však vyvíjejí protilátky proti PEG, což vede ke ztrátě účinnosti a riziku infuzních reakcí. Proto se v posledních letech testuje kombinace peglotikázy s chorobu modifikujícími antirevmatiky (DMARDs), zejména metotrexátem nebo mofetil-mykofenolátem.[18,19]/ Dosavadní menší studie naznačily lepší účinnost a snížené riziko vzniku protilátek, avšak k potvrzení je třeba větších randomizovaných klinických studií. V Evropě byla registrace peglotikázy v roce 2016 na žádost držitele zrušena a přípravek zde není dostupný. Ve Spojených státech je ve fázi III klinického hodnocení nový přípravek SEL-212, který kombinuje pegylovanou urikázu (pegadrikázu) s částicemi syntetické vakcíny zapouzdřující rapamycin. Tento koncept má za cíl snížit imunogenicitu léčby a prodloužit její účinnost.[20]/ Pokud se výsledky potvrdí, může SEL-212 představovat další možnost pro pacienty s těžkou dnou nereagující na stávající terapie.

ZÁVĚR

V současnosti se farmakologická léčba asymptomatické hyperurikémie obecně nedoporučuje. Lékem první volby hypurikemie u dnavé artritidy je alopurinol. Cílovou hodnotou KM je 360 μmol/l, pro pacienty s tofózní dnou pak 300 μmol/l. Kromě farmakoterapie je potřeba nezapomínat ani na důkladnou edukaci pacienta a doporučení vhodných dietních a režimových opatření.

LITERATURA

1. Roddy E, Choi HK. Epidemiology of gout. Rheum Dis Clin North Am 2014; 40(2): 155–175.
2. Zhu Y, et al. Prevalence of gout and hyperuricemia in the US general population: the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2008. Arthritis Rheum 2011; 63(10): 3136–3141.
3. Badve SV, et al. Effects of Allopurinol on the Progression of Chronic Kidney Disease. N Engl J Med 2020; 382: 2504.
4. Doria A, et al. Serum Urate Lowering with Allopurinol and Kidney Function in Type 1 Diabetes. N Engl J Med 2020; 382: 2493.
5. Mackenzie IS, et al.; ALL-HEART Study Group. Allopurinol versus usual care in UK patients with ischaemic heart disease (ALL-HEART): a multicentre, prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint trial. Lancet 2022; 400(10359): 1195–1205.
6. Richette P, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis 2017; 76(1): 29–42.
7. Vrablík M, a kol. Diagnostika a léčba hyperurikemie v kardiovaskulární prevenci na základě patofyziologického mechanismu jejího vzniku – Expertní konsenzus českých a slovenských odborníků 2024. AtheroRev 2024; 9(2):61–67.
8. FitzGerald JD, et al. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of gout. Arthritis Care Res (Hoboken) 2020; 72(6): 744–760.
9. Pavelka K, a kol. Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu dn. Čes Revmatol 2019; 27(4): 166–176.
10. SPC registrovaných přípravků s alopurinolem. Dostupné na: https://prehledy.sukl.cz
11. Becker MA, et al. Febuxostat compared with allopurinol in patients with hyperuricemia and gout. N Engl J Med 2005; 353(23): 2450–2461.
12. Becker MA, et al. The urate-lowering efficacy and safety of febuxostat in the treatment of the hyperuricemia of gout: the CONFIRMS trial. Arthritis Res Ther 2010; 12(2): R63.
13. White WB, et al. Cardiovascular Safety of Febuxostat or Allopurinol in Patients with Gout. N Engl J Med 2018; 378(13): 1200–1210.
14. Mackenzie IS, et al. Long-term cardiovascular safety of febuxostat compared with allopurinol in patients with gout (FAST): a multicentre, prospective, randomised, open-label, non-inferiority trial. Lancet 2020; 396(10264): 1745–1757.
15. Nagaoka Y, et al. The effect of small dose of topiroxostat on serum uric acid in patients receiving hemodialysis. Hemodial Int 2018; 22(3): 388-393.
16. Suijk DLS, et al. SGLT2 Inhibition and Uric Acid Excretion in Patients with Type 2 Diabetes and Normal Kidney Function. Clin J Am Soc Nephrol 2022; 17(5): 663–671.
17. Jung JY, et al. Effect of fenofibrate on uric acid level in patients with gout. Sci Rep 2018; 8(1): 16767.
18. Troum OM, et al. Pegloticase and Methotrexate Cotherapy in Patients With Uncontrolled Gout With Prior Pegloticase Monotherapy Failure: Findings of an Open-Label Trial. ACR Open Rheumatol 2025; 7(1): e11789.
19. Khanna PP, et al. Reducing Immunogenicity of Pegloticase With Concomitant Use of Mycophenolate Mofetil in Patients With Refractory Gout: A Phase II, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Arthritis Rheumatol 2021; 73(8): 1523–1532.
20. Kivitz A, et al. Long-term improvements in serum uric acid levels, gout symptoms, and safety up to 12-months with SEL-212 in gout refractory to conventional therapy: Results from the DISSOLVE I phase 3, double blind, placebo-controlled clinical trial. European Congress of Rheumatology, 12.-15. června 2024 ve Vídni, Abstr. Nr. POS0244.

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., MBA., Kardiologie Nemocnice na Homolce; doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK; doc. MUDr. Jiří Slíva, 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

a Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy tenhle obraz zpřesnila z hlediska diagnostiky a práce s rodinou. Zdůraznila rozdíl mezi nadměrným a problémovým používáním digitálních médií. Nadměrné používání je vyšší screentime, tedy delší čas před obrazovkami, než odpovídá doporučením pro daný věk. Problémové používání už ale nese znaky návykové poruchy, tedy ztrátu kontroly, vytlačování jiných aktivit a pokračování v chování navzdory negativním důsledkům. Právě tohle rozlišení je důležité, protože v běžné debatě se slovo „závislost“ používá příliš volně a ztrácí přesnost. Lukavská upozornila, že v dětském věku, zvlášť před adolescencí, nemusí být problémové používání jen otázkou patologie dítěte, ale často i výsledkem špatně nastaveného rodinného prostředí. Dítě nemá dozrálé exekutivní funkce a samo se nebude účinně bránit systému, který je postavený na přitahování pozornosti a okamžité odměně. O to důležitější je role rodičů. Právě pro tuto věkovou skupinu vznikají nové screeningové nástroje, které mají pomoci praktikům a rodičům rozpoznat, kdy už nejde jen o „moc času na tabletu“, ale o problém se širším dopadem.

Michaela Slussareff z Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, oboru Studia nových médií, pak v přednášce o digitálním dětství nabídla možná nejkonkrétnější a zároveň nejznepokojivější sdělení celého tohoto tematického okruhu. Připomněla nová data o dětech ve věku 0 až 5 let, podle nichž více než pětina ročních dětí tráví denně přes dvě hodiny u obrazovky. Nejde přitom jen o to, že „jsou online“, ale o to, co se mezitím nestihne: mluvení, poslouchání řeči, pohyb, zkoušení jemné motoriky, obyčejné zapojení do dění kolem sebe. Každá další minuta screentime podle ní snižuje počet slov, která dítě slyší od dospělých, i jeho vlastní verbální aktivitu. Ve svém vystoupení upozornila také na technostres rodičů a na jev označovaný jako technoference, tedy situaci, kdy rodičovské používání technologií narušuje interakci s dítětem. To už není okrajový problém digitální hygieny, ale zásah do raného vývoje vztahu, komunikace i seberegulace. Právě tady se poprvé velmi zřetelně ukázalo, že praktik bude čím dál častěji řešit věci, které nejsou jen „medicínské“ v tradičním smyslu, ale bez medicínských dopadů rozhodně nezůstávají.

Zleva: předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR MUDr. Ilona Hülleová, předseda Sdružení praktických lékařů ČR MUDr. Petr Šonka a ministr zdravotnictví ČR Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA

Téma vztahu medicíny, psychiky a každodenní ordinace pak rozevřel programový celek nazvaný (N)emoce. Michaela Ročňová z Psychosomatického centra Praha mluvila o přetížení lékařů, nepřetržitém kontaktu s pacienty a emočním tlaku, který s sebou přináší. Připomněla, že únava, podrážděnost, poruchy spánku či psychosomatické obtíže nejsou osobním selháním, ale předvídatelnou reakcí na dlouhodobý stres, pokud se s ním nepracuje. Zdůraznila, že lékař není mimo systém emocí, ale je jeho součástí – a že dlouhodobé potlačování emocí může vést k psychickým i tělesným potížím a postupné ztrátě kontaktu se sebou samým.

S jiným, ale stejně naléhavým akcentem na ni navázalo vystoupení Michala Miovského z Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, věnované aktuálním adiktologickým tématům v ordinaci praktického lékaře. Miovský připomněl, že ačkoli se epidemiologie proměňuje, dominantními látkami zůstávají tabák a alkohol. U tabáku ale podle něj zažíváme revoluci srovnatelnou s nástupem cigarety jako technologického produktu v minulém století. Přechod z dýmových forem k bezdýmovým zasahuje nejvíc mladší věkové skupiny a přináší s sebou extrémně vysoké dávky nikotinu, které byly dříve sotva představitelné. U alkoholu pak zdůraznil věc, která by měla v ambulantní praxi zaznívat mnohem častěji: největší zdravotní rizika nejsou vázána jen na závislost. Zdravotní dopad určuje hlavně množství spotřebovaného etanolu a délka expozice. Jinak řečeno, pacient nemusí být „alkoholik“, aby si dlouhodobě páchal značné škody. Miovský mluvil o souvislosti alkoholu s diabetem druhého typu, onkologickými onemocněními i dalšími civilizačními chorobami, a přesně tím posouval téma z oblasti „někdo s těžkou závislostí“ do prostoru běžné primární péče. Dotkl se i léků, zejména benzodiazepinů a novějšího zneužívání přípravků typu Ritalin, i kratomu, kde přiznal, že původní optimističtější pohled už naráží na klinickou realitu.

Současně upozornil na nástroje, které mají praktičtí lékaři k dispozici, ale využívají je zatím jen omezeně. V praxi lze podle něj pracovat se standardizovanými screeningovými metodikami, například CRAFT, a s navazující krátkou intervencí. Tyto postupy jsou již metodicky zpracované a dostupné, včetně vzdělávacích programů pro praktické lékaře i dětské sestry, na jejichž přípravě se podílejí mimo jiné 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) nebo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. Jde o nástroje, které lze využít přímo v ordinaci bez výrazného časového zatížení. Právě kombinaci včasného záchytu a krátké intervence označil Miovský za jednu z nejvíce podceňovaných možností současné primární péče.

V další části programu, věnované diagnostice v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, zaznělo téma dětské hypertenze z pohledu Bohuslava Procházky, praktického lékaře pro děti a dorost a dětského kardiologa. Ten připomněl, že kardiovaskulární riziko nezačíná v dospělosti, ale mnohem dřív. Odkazoval na klasické práce ukazující, že aterosklerotické změny lze prokázat už u mladých lidí, a pak přešel ke konkrétním českým datům. Podle jeho sdělení se hypertenze vyskytuje přibližně u 3 procent pětiletých dětí, u 4,3 procenta devítiletých, u 3,3 procenta třináctiletých a u 5,4 procenta sedmnáctiletých. Klíčová ale byla souvislost s obezitou. U obézních třináctiletých dětí se hypertenze objevuje asi ve čtvrtině případů a u sedmnáctiletých zhruba ve 26 procentech. Praktik tak u části adolescentů stojí před stejným typem rizika, jaký byl ještě před pár lety vyhrazen hlavně dospělým interním ambulancím. Procházka šel přitom prakticky až k technice měření, potřebě správných manžet, k využití ABPM a k tomu, jak rozlišit skutečnou hypertenzi od syndromu bílého pláště. V širším rámci kongresu ale jeho přednáška fungovala hlavně jako připomínka, že prevence kardiovaskulárních chorob se nezačíná řešit u padesátníka, ale u dítěte.

Silný a v lecčems osvěžující byl i sobotní program věnovaný dětské ortopedii. Martin Švehlík z Kliniky ortopedie a traumatologie Lékařské univerzity Štýrský Hradec v Rakousku v přednášce o dětském plochonoží boural mýty, které v ordinacích praktických lékařů i mezi rodiči přežívají léta. Přednáška se vedle diagnostiky věnovala také rozšířeným představám, které v praxi stále přetrvávají. Zaznělo, že plochá noha u dětí neznamená automaticky problém, většina případů je fyziologická a spontánně se upravuje. Stejně tak neplatí, že ortopedické vložky „vytvoří“ klenbu nohy nebo zásadně změní její vývoj. Vývoj podélné klenby je navíc dynamický a v průběhu dětství se přirozeně mění.

Základní sdělení bylo jednoduché, ale důležité: tvar nohy sám o sobě není diagnóza a rozhodující nejsou optické dojmy, ale bolest, rigidita, asymetrie a omezení funkce. Připomněl, že u dětí mezi třemi a šesti lety lze na základě morfologie označit za plochonoží až 44 procent nohou, ale patologické plochonoží tvoří méně než jedno procento. Zásadní roli v rozhodování hrají tzv. varovné příznaky. Patří mezi ně zejména bolest při chůzi nebo v klidu, rigidní plochá noha, jednostranné postižení, progresivní zhoršování stavu nebo výrazné omezení zátěže. V těchto případech je na místě další odborné vyšetření.

doc. MUDr. Bc. Martin Švehlík, Ph.D.

Švehlík otevřeně uvedl, že neexistuje důkaz, že vložky do bot vytvářejí klenbu, a že asymptomatické flexibilní plochonoží u dítěte do osmi let zpravidla nevyžaduje léčbu. Zároveň ukázal, že základní vyšetření nohy lze v ordinaci při správném postupu zvládnout během několika desítek sekund. Rozhodující přitom není samotný tvar nohy, ale přítomnost obtíží, rigidita a varovné příznaky. Úkolem praktika je tyto signály rozpoznat a v ostatních případech především uklidnit rodiče.

Na Švehlíkovo plochonoží navázala jeho přednáška o ortopedickém managementu dětské mozkové obrny. U dětí s dětskou mozkovou obrnou je situace odlišná. Jak zaznělo, přibližně 26 procent těchto pacientů má luxaci kyčelního kloubu, u těžších forem se tento podíl zvyšuje až na 63 procent. Neurogenní luxace má navíc progresivní charakter, s progresí přibližně o 9,5 procenta ročně, což podtrhuje význam včasného sledování a intervence. Švehlík zároveň zpochybnil některé zažité představy, zejména automatické spojování spasticity se vznikem kontraktur, a zdůraznil roli svalové slabosti, časné intervence a pohybové aktivity. Připomněl, že děti s dětskou mozkovou obrnou potřebují dostatečnou svalovou rezervu, aby si mohly uchovat celoživotní mobilitu, a že čekání na „správný čas“ může znamenat promarněné okno, které už se nevrátí. Silně zněla i jeho věta, že „ten vlak na vás nečeká“, zvlášť ve vztahu ke stavění, vertikalizaci a včasnému screeningu kyčlí.

Z celého kongresu tak nevystupoval jeden headlinový objev, ale něco důležitějšího: velmi přesný obraz oboru, který je přetížený, ale zároveň nepostradatelný. Praktik dnes neřeší jen infekce, tlaky a recepty. Řeší dítě, které nemluví, protože jeho den zabraly obrazovky. Řeší adolescenta, který nepije „moc“, ale dost na to, aby si dlouhodobě škodil. Řeší obézní dítě s tlakem, který už není banální. Řeší seniora, u něhož je třeba včas rozpoznat změnu soběstačnosti. A přitom pořád naráží na preskripční mantinely, nedostatek lidí, regionální rozdíly, administrativu a systém, který od něj čeká stále víc. Právě v tom byl letošní kongres silný. Nepředstíral, že problémy jsou oddělené a že každé téma má svůj pohodlný šuplík. Naopak znovu ukázal, že primární péče je místo, kde se všechny tyto linky sbíhají, a že pokud má zdravotnictví opravdu stát na první linii, musí ji přestat brát jako samozřejmost celý systém.

Kongres pořádalo Sdružení praktických lékařů ČR a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR.

Veronika Nekvindová Hotová
Foto Petr Neugebauer

Digitalizace sociálních služeb jako faktor změny zdravotní péče

Ve zdravotnictví i navazujících sociálních službách se čas přímo promítá do kvality péče. Rostoucí objem dokumentace, roztříštěnost systémů a nároky na koordinaci vedou k situaci, kdy data sice vznikají, jejich využití v rozhodování však zaostává. Právě otázka, jak data skutečně využít k řízení péče, byla jedním z hlavních témat konference Digitalizace a technologie v sociálních službách.

Úvodní vystoupení nastavila rámec celého programu, v němž digitalizace vystupovala jako nástroj pro zpřehlednění systému a přesnější rozhodování. Ministr práce a sociálních věcí Aleš Juchelka mluvil o přípravě registrů, které mají ukázat reálné kapacity služeb a jejich využití, zatímco ministr zdravotnictví Adam Vojtěch zdůraznil význam sdílení informací mezi zdravotními a sociálními službami a připomněl význam návaznosti péče.

Jak ve své přednášce ukázal Jiří Jarkovský z Ústavu zdravotnických informací a statistiky, propojení zdravotních a sociálních dat dnes umožňuje sledovat průchod pacienta systémem v celém jeho rozsahu. Nejde o jednotlivé epizody péče, vzniká souvislý obraz toho, jak se člověk pohybuje mezi ambulantní péčí, hospitalizací, dlouhodobou péčí a sociálními službami, což umožňuje popsat reálné fungování systému. Možnost sledovat trajektorii pacienta napříč službami současně ukazuje, jak často dochází k přerušení péče, opakovaným hospitalizacím nebo k přesunům mezi jednotlivými typy služeb bez jasné návaznosti. Z dat je zároveň patrné, že jednotlivé trajektorie pacientů se výrazně liší podle toho, jak je péče organizována, kdy u části pacientů dochází k relativně stabilnímu průběhu s návazností mezi jednotlivými službami, zatímco u jiných se opakují akutní epizody vedoucí k opakovaným hospitalizacím a návratům do systému bez jasného plánu další péče.

Výrazně se to projevuje u pacientů ve vyšším věku a u lidí s chronickými onemocněními. V pobytových sociálních službách vzrostl mezi lety 2014 a 2024 počet klientů o více než 16 %, počet klientů s demencí o více než 60 % a objem péče o tuto skupinu ještě výrazněji. Tento vývoj se přímo promítá do potřeby dlouhodobé, geriatrické i paliativní péče a do kapacit zdravotnických zařízení. Detailnější pohled přináší analýza závěru života, která umožňuje rozlišit různé trajektorie pacientů podle toho, jak péče probíhá, přičemž data ukazují rozdíl mezi koordinovaným průchodem systémem a situacemi s opakovanými hospitalizacemi nebo nedostatečnou návazností služeb. Tento přístup umožňuje identifikovat konkrétní místa, kde systém selhává, a současně sledovat, kde naopak funguje, přičemž rozdíly mezi regiony ukazují, jak výrazně se organizace péče promítá do výsledků. Data tak poprvé umožňují popsat reálné trajektorie pacientů, nikoli pouze jednotlivé výkony nebo epizody péče. Tento vývoj zvyšuje tlak nejen na kapacity sociálních služeb, ale přímo na organizaci zdravotní péče, zejména v oblasti geriatrie a paliativní medicíny.

Na konferenci vystoupil také ministr práce a sociálních věcí Ing. Aleš Juchelka

Součástí prezentace byly i predikce budoucích potřeb, které pracují s demografickým vývojem a očekávaným nárůstem počtu klientů. V roce 2024 se dlouhodobá sociálně-zdravotní péče týkala více než půl milionu lidí a výhled do roku 2040 počítá s dalším výrazným nárůstem, přičemž predikce jsou zpracovány až na úroveň regionů a jednotlivých typů služeb a umožňují plánovat kapacity i organizaci péče v delším časovém horizontu.

Na tuto analytickou část navázala panelová diskuse zaměřená na práci s daty na úrovni systému, která posunula pozornost od jejich dostupnosti k jejich struktuře a využitelnosti. Lenka Kaška, odbornice na právní a datové aspekty Evropského prostoru pro zdravotní data, popsala současný stav jako systém, který má vybudovaný základ, na němž je možné dále stavět. „Máme základ, který funguje, ale chybí další vrstvy," uvedla. Právě tento základ představuje důležitý posun, protože umožňuje data systematicky sbírat a sdílet. V praxi se však jeho potenciál zatím nevyužívá naplno, což se projevuje omezeným propojením jednotlivých systémů a rozdílnými standardy práce s daty.

Diskuse ukázala, že problém nespočívá v nedostatku dat, protože těch mají instituce i poskytovatelé péče k dispozici velké množství. Obtíž nastává ve chvíli, kdy mají být využita pro konkrétní rozhodování, jelikož data nelze jednoduše kombinovat, jejich struktura není jednotná a často chybí detail, který by umožnil pracovat s konkrétním pa-

cientem nebo situací. V praxi tak data často neslouží jako podklad pro konkrétní rozhodování. Systémy pracují s odlišnou logikou a standardy, což vytváří prostředí, kde data existují paralelně vedle sebe a jejich interpretace vyžaduje dodatečnou práci.

V diskusi zaznívaly i konkrétní příklady, kdy data existují, jejich využití je omezené strukturou a dostupností. Poskytovatelé i pojišťovny pracují s rozsáhlými datovými soubory, které však často nelze přímo použít pro řízení péče na úrovni jednotlivého pacienta. Jak zaznělo, data jsou dostupná na agregované úrovni, jejich propojení napříč systémy naráží na rozdílné standardy a jejich interpretace vyžaduje další zpracování, které v běžném provozu chybí.

Další rovina se týká samotného zapojení dat do rozhodovacích procesů, kde i dostupná data často zůstávají nevyužitá, protože chybí nástroje nebo jasně nastavená odpovědnost za jejich správu a interpretaci. Diskuse se dotkla i otázky, kdo má data skutečně využívat a přenášet je do rozhodování, což v současném nastavení není vždy jednoznačné. Do tohoto kontextu zapadá i evropský prostor zdravotních dat (EHDS), který vytváří rámec pro práci s daty na nadnárodní úrovni a současně zvyšuje tlak na standardizaci. Jak zaznělo, státy, které nebudou schopny data sdílet v požadované podobě, se ocitnou mimo hlavní datový tok. EHDS přitom neznamená pouze technologickou změnu, vyžádá si rozsáhlé legislativní úpravy a nové institucionální zajištění, včetně úprav práv pacientů a způsobu nakládání s daty.

Na systémovou rovinu navázal panel zaměřený na digitální řízení služeb, který přenesl pozornost do každodenního provozu zařízení a ukázal, jak se digitalizace promítá do konkrétní práce. Zkušenosti z praxe ukazují, že zavádění technologií začíná u dat, jejichž sjednocení a zpřehlednění představuje časově náročný proces. Helena Nováková z Domova pro seniory Burešov popsala situaci, kdy tato fáze trvala více než rok. „Rok a půl jsme dávali data dohromady, aby vůbec dávalo smysl je dál používat," uvedla. Součástí této práce bylo sjednocení způsobu zápisu, odstranění duplicit i standardizace záznamů, která umožňuje s daty dále pracovat. V praxi se umělá inteligence využívá především u administrativních činností, například při přepisu mluveného slova do dokumentace, úpravě textů nebo plánování směn. Opakovaně zaznívalo, že jednou z největších zátěží pracovníků je samotné vyhledávání informací v dokumentaci a metodikách.

Teprve na tomto základě lze technologie skutečně využít, přičemž jejich přínos se projevuje zejména v oblastech s vysokou administrativní zátěží, jako je práce s dokumentací, vyhledávání informací nebo přepis dat. Vedle úspory času se řeší i kvalita záznamů, které jsou při ručním zápisu často nejednotné, což komplikuje jejich další využití. V některých zařízeních se využívá převod mluveného slova do textu při sociálním šetření, což zkracuje dobu mezi sběrem informací a rozhodnutím, a podobně se uplatňují nástroje, které usnadňují orientaci v dokumentaci.

Diskuse se opakovaně vracela k tomu, že problémem není nedostatek informací, ale jejich dostupnost v konkrétní situaci, kdy pracovník potřebuje rychle rozhodnout. Data existují, pracovníci se k nim nedostanou včas nebo v přehledné podobě, což omezuje jejich využití v praxi a má přímý dopad na kvalitu rozhodování. Technologie zde pomáhají především tím, že zrychlují orientaci a zjednodušují přístup k informacím.

Umělá inteligence se v současnosti uplatňuje především v práci s texty a dokumentací – od přepisů a úprav záznamů až po vyhledávání informací v interních materiálech. Bez jejich struktury a jednotného zápisu zůstává její využití omezené.

Digitalizace současně odhaluje slabá místa procesů, protože při převodu postupů do elektronické podoby se ukazují nejasně rozdělené kompetence, rozdílné pracovní postupy i situace, které byly dříve řešeny neformálně. To vede k nutnosti procesy přesně vymezit a sjednotit, což se výrazně projevuje například u eŽádanky ORP využívané u klientů v sociálních službách při zajištění zdravotní péče a rozhodování o dalším postupu.

Výrazný dopad na zdravotnický systém má využití telemedicíny, která se postupně přesouvá z pilotních projektů do běžného provozu. V některých zařízeních se pracuje s modelem, kdy zdravotnický personál sbírá data přímo u klienta a lékař na jejich základě rozhoduje na dálku, což umožňuje reagovat na změny zdravotního stavu bez nutnosti transportu pacienta a současně mění rozdělení rolí mezi zdravotnickým personálem. Telemedicína tak postupně mění nejen organizaci péče, ale i roli zdravotnického personálu, zejména v oblasti rozhodování na dálku a triáže pacientů.

V pilotních projektech v pobytových zařízeních, mimo jiné ve skupině Penta Hospitals, vedlo zavedení rozšířené telemedicíny ke snížení výjezdů zdravotnické záchranné služby přibližně o 40 %, zatímco projekt na Vysočině zahrnující šest domovů se zhruba šesti sty lůžky přinesl pokles výjezdů přibližně na polovinu. Rozhodování vychází z průběžně sbíraných dat, která umožňují sledovat vývoj zdravotního stavu v čase a řešit část situací přímo v místě péče.

Vedle panelových diskusí se v programu objevila i řada konkrétních technologických řešení, jejichž přínos se ukazuje především v každodenní péči a práci s daty. V inkontinenční péči umožňuje sběr dat přesněji nastavit režim klienta a omezit zbytečné zásahy, zatímco v rehabilitaci se využití technologií promítá do aktivity pacientů a průběhu terapie. Významnou roli hraje i dostupnost digitálních služeb, která ovlivňuje, kdo je schopen službu využít a jak snadno se k ní dostane.

Rostoucí význam technologií přináší i nová rizika, protože závislost na digitálních systémech znamená, že jejich výpadek zasahuje do poskytování péče i do provozu zařízení. Digitalizace se postupně stává jedním z klíčových faktorů organizace péče, protože ovlivňuje dostupnost informací, návaznost služeb i rychlost rozhodování v klinické praxi.

Veronika Nekvindová Hotová
Foto: Eduard Pitka

Vznik pracovní skupiny pro digitalizaci dlouhodobé péče

Vedle odborné diskuse o digitalizaci probíhají i další aktivity zaměřené na propojení zdravotnictví a sociálních služeb. Jednou z nich je pracovní skupina pro eŽádanku/poukaz ORP při Alianci pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb (ATDZ).

Skupina se zaměřuje především na problematiku dokumentu ORP, který je formálně vnímán jako žádanka, v praxi však funguje jako komplexní a dynamický dokument zdravotnické dokumentace.

Na práci skupiny se podílejí zástupci státní správy, profesních organizací, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb i technologických firem, například Národního centra elektronického zdravotnictví (NCEZ), Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, poskytovatelů domácí péče či dodavatelů informačních systémů.

Cílem je navrhnout nový digitální model práce s tímto dokumentem, včetně sdílení dat mezi systémy, jasného vymezení kompetencí a využití telemedicínských nástrojů v dlouhodobé péči.

děkují všem partnerům, řečníkům a účastníkům odborné konference

DIGITALIZACE A TECHNOLOGIE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

18. 3. 2026, Hotel Grandior Praha

Generální partner

CYGNUS IRESOFT

Hlavní partner

essity

Partner

Findemm

Partneři sekce

AMOS vision

care by profilog

CLEANLIFE Inovace | Technologie | Čistota

DOMOVY ONLINE z dílny Virtual Visit

Chytrá organizace INTRANET

interpharmac člen holdingu

LEXNOVA

PECOSTA

Be sure. testo

VIRTUSFERA

VR Vitalis Pro

ZPT Since 1993

Být tu pro druhé a neztratit sám sebe

„Hranice nejsou odmítnutím, ale přijetím. Chrání pacienta i nás, díky pravidlům víme, kam až můžeme zajít. Umožňují nám dlouhodobou péči a spolupráci," říká diabetoložka Jozefína Štefánková.

Psychologická sekce České diabetologické společnosti ČLS JEP uspořádala v Praze ve dnech 13.–14. března 2026 již XVIII. ročník mezioborového sympozia DiaPsychoDny, vzdělávací akce pro zdravotníky z diabetologických týmů. Setkávají se tu se zástupci z řad psychiatrů, psychologů i psychoterapeutů a v neposlední řadě i s kolegy z oboru. DiaPsychoDny jsou prostorem, kde sdílejí zkušenosti z praxe a mluví o tom, co je pro ně v práci obtížné lidsky – a přesně takové je nastavení hranic v ordinaci. „Jde o to ‚být tu pro druhé a neztratit sám sebe'," přeje si MUDr. Jozefína Štefánková, Ph.D., z diabetologické a interní ambulance StefaMed v Hradci Králové, organizátorka a odborná garantka akce. Sama přiznala, že si překročení vlastních hranic desítky let připouštěla až ve stavu velmi těžké únavy. Bod zlomu k ní přišel zvenku, konkrétně s preskripcí senzorů na sledování hladin glukózy. Pacienti je požadují, ale k získání senzorů zdarma jsou preskripční omezení a předepsaná jsou jasná pravidla. Lékař může zkontrolovat compliance, a když ji pacient nedodržuje, senzory „na pojišťovnu" nemůže dostat. „Rozhodnutí už nebylo na mě, jaká úleva! A tak jsem začala vnímat, že hranice nejsou odmítnutím, ale přijetím. Chrání pacienta i nás, díky pravidlům víme, kam až můžeme zajít. Umožňují nám dlouhodobou péči a spolupráci," připustila lékařka.

Hranice si nenechte posouvat zvenku

„Zdravotník je jenom člověk a všichni si za sebou táhneme své životní zážitky a zkušenosti. Pro nastavování hranic v interakci s pacientem je důležité uvědomit si, co se děje nejen s ním, ale především s námi. Hranicemi si musíme vymezit prostor, kam ostatní pustíme, co umožníme, co nedopustíme, jak to vyjádříme a jak to udržíme, " řekla MUDr. Jana Komorousová z Psychoordinace Smrková s.r.o. v Plzni. Pokud se člověk má starat o ostatní, musí se napřed naučit postarat sám o sebe a určit si hranice starání se o druhé. Přehnaný altruismus, nazvala ho až „hnisavý", vede k sebedestrukci. Vyvážený čas na všechno znamená dostatek energie, k tomu ale práce nesmí přerůst přes hlavu, musí být rovnováha mezi ní, rodinou, domácností a volným časem pro sebe. Vyvážené hranice musí být nejen v práci, ale všude, pokud v jedné sféře nejsou dobré, budou v těch ostatních také narušené. „V ordinaci máme hranice nějak nastavené, ale ne o všech víme – některé hranice nastavíme dopředu (kdy končím ordinační hodiny), jiné si uvědomíme, až když jsou atakovány nebo už překročeny. Škodlivá je dvojná vazba, kdy něco vnímám a něco jiného dělám (vymezený čas pro pacienta uplynul, poslouchám ho dál, ale jsem v napětí a situaci nekomunikuji). Normální je mít rozdílně nastavené hranice vůči různým pacientům, to je v pořádku, ale je třeba si to vždy uvědomovat. A v pořádku je i to, že hranice průběžně posouváme, měníme – i podle momentální energie. Ale pokud hranice změníme, je nutné to sdělit, případně vysvětlit. Velmi konkrétně si nastavíme ordinační hodiny (pokud máme možnost to udělat), včetně času pro sebe a času na dodělávky (typicky na ‚papíry'), tyhle doby je dobré si v programu předem vyblokovat," řekla Jana Komorousová. Důležité je nastavit si časovou strukturu práce – kolik času na pacienta, a pokud ho potřebuje méně, je to čas pro jiné, kteří ho potřebují. „Dodržování času je signál pro pacienta, zdravé pro mě, ohleduplné vůči ostatním pacientům v čekárně. Musíme se naučit dovolit si pacienta přerušit, nasměrovat ho," doporučila psychiatrička. Otázkou nastavení hranic je i dostupnost lékaře při telefonování do ordinace i mimo ordinační dobu. Brát telefonáty dalších pacientů během ordinace je proti zásadám duševní hygieny a neuctivé pro pacienta, který tam právě sedí. Sítem má být sestra nebo recepční. Pokud jde o e-maily, doporučuje se mít dva – pracovní a soukromý, pracovní nemít na domácích zařízeních. Na pracovním e-mailu je užitečné mít „hlášku mimo dostupnost" včetně informace o návratu a pokynu, co dělat v akutní situaci. Zásadní záležitostí jsou hranice lékaře ve vztahu k požadavkům pacientů: „Na hranice nikdy není pozdě a vy jste ten, kdo je posouvá. Ne-

Jak nastavují hranice sestřičky, přiblížila Bc. Hana Kůsová, staniční sestra ambulancí diabetologie, endokrinologie a metabolismu Fakultní nemocnice Plzeň.

smíte si je nechat posunout zvenku a platí to i pro to, zda vás pacienti mohou nebo nemohou zastihnout mimo ordinační hodiny. Pokud vám vaše dostupnost mimo ordinaci začne vadit, tuto hranici posuňte tak, aby vám vyhovovala. Věřte, že si na to pacienti zvyknou a vám se uleví. A také je řada požadavků, které jim plnit nemusíme, když nechceme – typicky je to posílání receptů bez kontrol," připomněla doktorka Komorousová.

Kyslíkovou masku nasazujeme napřed sobě

„Ani já číslo svého osobního telefonu žádnému pacientovi nedávám, ale všichni pacienti vědí, kam mají zavolat ve stavu nouze," navázala prof. MUDr. Kateřina Štechová, Ph.D., diabetoložka z Interní geriatrické kliniky Fakultní nemocnice Motol a Homolka. Na základě desítek let vlastních zkušeností z péče o dětské i dospělé pacienty s diabetem se s účastníky sympozia podělila o rady, které fungují a i jí pomohly na cestě k nastavení hranice v péči o pacienta. Naprostým základem je jednoznačná a otevřená komunikace: „Hned na začátku jasně sdělte, jaké služby poskytujete a v jakém čase. Používejte metodu ‚ano, a…' nebo laskavé ‚ne, ale…' pro odmítnutí nepřiměřených požadavků."

Důležité je i definovat si vlastní roli. Jasně je třeba rozlišovat mezi rolí pečovatele a rolí příbuzného/přítele. Profesionální přístup vyžaduje odstup, který umožňuje objektivní pomoc. „Ujasněte si i své vlastní hodnoty a potřeby. Respektujte své vlastní hranice – pokud jste vyčerpaní, nemůžete kvalitně pečovat. Nezapomínejte na prevenci vyhoření – nebojte se říct ‚ne' a požádat o pomoc. Pravidelně si odpočiňte a hledejte podporu u kolegů nebo blízkých. Pro reflexi náročných situací a stereotypů využívejte intervize a supervize. Mějte respekt k pacientovi i sobě, hranice neznamenají neúctu, ale respekt k sobě samému," řekla profesorka Štechová. Jde o to obhájit si svá práva, ale samozřejmě ne na úkor ostatních: „Mám právo posoudit, nakolik jsem zodpovědná za řešení problémů druhých lidí. Mám také právo udělat chybu a odpovídat si za ni. Mám právo říct, že nevím nebo nerozumím nebo že to vidím jinak než pacient."

Závěrem Kateřina Štechová podotkla, jak obtížné nastavování hranic je: „Mě to naučila nouze. Na začátku jsem měla velký problém i s vymezením hranic vůči odborným autoritám, myslela jsem si, že musím dát vše na oltář své práce, což se mi samozřejmě vymstilo. Pokud jde o vymezení hranic u různých věkových kategorií pacientů, pro mě to je nejtěžší u seniorů, ale už dlouho nemám v péči děti, takže jsem naštěstí nezažila soudobé ‚internetové' rodiče. Být obětavý neznamená obětovat se. Všichni jsme už letěli letadlem a všichni jsme v něm slyšeli, že pokud máme někomu pomáhat, nejdříve musíme kyslíkovou masku nasadit sami sobě."

Medicína není záruková služba

Mgr. Aneta Dostálová z advokátní kanceláře Porta Medica Legal, s.r.o., objasnila nejčastější právní problémy, na které lze narazit i v souvislosti s nastavením i udržením hranic. Právě legislativní normy a jejich výklad v konečném důsledku rozhodují i o tom, na co má pacient právní nárok a kde končí odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb. Přestože si to řada pacientů neuvědomuje, medicína není záruková služba. Zdravotníci jsou zodpovědní za správnost svého postupu v souladu s náležitou odbornou úrovní podle lege artis, nikoli za výsledek. Konkrétní obsah je vždy určován individuálními okolnostmi individuálního případu. Odpovědností pacienta je být součinný, ale k tomu je třeba s ním i lege artis komunikovat. Odpovědnost lékaře se posouvá, pokud byl pacient srozumitelně poučen a léčbu prokazatelně nedodržuje. Podle práva rozhoduje to, co je doložitelné. „Bez poučení, záznamu o poučení a rizicích non-compliance je v případě sporu obrana lékaře slabá," varovala advokátka. Mýty panují ohledně účinnosti pacientem podepsaného formuláře informovaného souhlasu, není to neprůstřelný důkaz: „Informovaný souhlas vyžaduje dialog. Lékař se musí bezprostředně přesvědčit, zda pacient formuláři porozuměl. Pacient v soudním sporu může úspěšně namítat, že textu nerozuměl a bál se zeptat."

Součástí ochrany vymezených hranic je i obrana před nesoučinným nebo jinak problematickým pacientem, což se bohužel neobejde bez důsledného vyplňování zdravotnické dokumentace. Obtíže mohou nastat i při ukončení péče ze strany poskytovatele, zejména u problematického a zároveň konfliktního pacienta. Takové rozhodnutí poskytovatele nesmí souviset se zdravotním stavem pacienta. Zákon ale rozlišuje pět situací, kdy je vhodné nebo i nutné péči ukončit: 1. pacient ohrožuje práva jiných pacientů (pozor, ne zdravotníků!), 2. úmyslné a soustavné neplnění léčebného postupu, se kterým dříve vyslovil souhlas, 3. pacient přestal poskytovat součinnost, 4. neřídí se vnitřním řádem poskytovatele (pro ambulance není povinné vydat ho, ale mohou ho mít a pacient s ním souhlasil), 5. případ, kdy se pacient vůči poskytovateli nebo jeho pracovníkům dopustil činu, který nese znaky činu trestného.

Účinnou bariéru k ochraně vlastních hranic pomáhají vytvořit i doporučení advokátky ohledně limitů pro oficiální komunikaci: „Zákon nestanovuje lékaři povinnost být pacientovi k dispozici mimo ordinační dobu a stejně tak neexistuje jeho povinnost reagovat na požadavky pacienta, které k němu přišly nestandardním způsobem, tedy kanály, které neurčil k tomu, aby je pacient používal. Důležité je, aby poskytovatel stanovil, jakým způsobem se na něj obracet – zda respektuje pouze osobní návštěvu, jestli poskytuje telefonické konzultace, je-li ochotný odpovídat na e-maily nebo používat jiné prostředky komunikace. Pozor na WhatsApp a Messenger, nejsou dostatečně bezpečné."

Komplikovaný je legislativní rámec nahrávek a konzultací pořizovaných pacienty: nahrávka může být za určitých okolností přípustná jako prostředek ochrany slabší strany, za kterou je pokládán pacient. Ze zákona ale není nahrávka přípustná v případě, kdy má sloužit k dehonestaci. Doporučenou reakcí na nahrávky je už preventivně nastavit pravidla vedoucí k zamezení nahrávek ve vnitřním řádu. Sice to nevyřeší vše, ale některé případy ano a je to odrazující prvek. „A pokud zjistíte nahrávání v průběhu návštěvy, reagujte klidně a věcně. Můžete upozornit na narušení důvěry a konzultaci ukončit. Dobré je také poukázat na rizika použití nahrávky jinak než při ochraně práv a upozornit na řešení soudní cestou," doporučila advokátka. Závěrem uvedla nejčastější chyby zdravotníků a poradila, jak jim předejít: „Neznalost zákonných mantinelů – zákon více chrání pacienta, ale není to ochrana bezbřehá. Využijte možností, které vám nabízí. Nedělejte ústupky, ‚aby byl klid', nesoučinnost pacienta nesmí vést k non lege artis. Uvědomujte si, že hranice komunikace nastavujete vy. Chybou je i chybějící či nedostatečné poučení pacienta nebo záznam, dokumentace je váš štít. Chybou je ukončení péče bez řádné dokumentace, každé ukončení dokumentujte jako potenciální přípravu na soud."

Text a foto: Jana Jílková

Chrapot, banální příznak, nebo varovný signál?

Chrapot patří k dalším častým symptomům, se kterými se praktičtí lékaři a pediatři ve své praxi setkávají. Z velké části má chrapot benigní a krátkodobý průběh, může však být i prvním projevem závažnějšího onemocnění. Článek nabízí přehled diferenciální diagnostiky chrapotu, upozorňuje na varovné příznaky a shrnuje, kdy je vhodné pacienta odeslat k ORL vyšetření.

Úvod

Chrapot je nejčastějším projevem **dysfonie**. Dysfonie značí poruchu tvorby hlasu (fonace) v oblasti hrtanu, jejímž podkladem je změna pohybu a vibrací hlasivek. Projevuje se poruchou kvality hlasu, která může mít různou intenzitu a charakter. Chrapot tak představuje její nejtypičtější klinický projev. Na jeho vzniku se podílí řada etiologických faktorů, kterým je věnována následující část textu.

Etiologie

Nejčastější příčinou chrapotu jsou virové infekce horních cest dýchacích – **virové laryngitidy**. Jsou provázeny zánětem sliznice hrtanu a hlasivek, což způsobuje změnu pohybu hlasivek a vzniká tak chrapot. Tyto infekce jsou časté jak u dětí, tak u dospělých. U dětí se jedná o vůbec jednu z nejběžnějších příčin akutního chrapotu. Častá je i tzv. **subglotická laryngitida**, projevující se zejména v noci typickým štěkavým kašlem, inspiračním stridorem a dysfonií. U dospělých je laryngitida většinou součástí nachlazení či chřipky.

Bakteriální laryngitidy se klinicky projevují obdobně, avšak jsou méně časté a mohou mít závažnější průběh, který vyžaduje antibiotickou léčbu. Mezi méně časté infekční příčiny chrapotu patří také **syfilis a tuberkulóza**, které vedou ke granulomatóznímu zánětu sliznice hrtanu. Ten může způsobit vznik jizevnatých změn, ulcerací nebo infiltrací tkání hrtanu včetně hlasivek, a následně se projevit chrapotem.

Do této skupiny lze zařadit také **papilomatózu hrtanu**, etiologicky způsobenou lidským papilomavirem (HPV). Morfologicky se toto onemocnění projevuje tvorbou mnohočetných papilomatózních výrůstků na sliznici hrtanu včetně hlasivek. Onemocnění má často recidivující charakter, čemuž odpovídá i klinický obraz dlouhodobého a opakovaně se vracejícího chrapotu.

Kromě infekčních příčin může být chrapot způsoben také **mechanickým poškozením hlasivek** v důsledku jejich nadměrného zatěžování. Typicky se jedná o pacienty s profesní hlasovou zátěží, jako jsou učitelé, zpěváci či další profesionální mluvčí. Přechodný chrapot se však může objevit i u zdravých jedinců, například po intenzivním hlasovém výkonu, jako je křik či fandění na sportovních akcích nebo koncertech. Dlouhodobé přetěžování hlasu vede ke vzniku **mikrotraumat hlasivek**, která mohou vyústit ve strukturální změny, jako jsou **hlasivkové uzlíky, polypy nebo cysty**. K mechanickému poškození hlasivek může dojít rovněž iatrogenně při dlouhodobé endotracheální intubaci v důsledku útlaku tkáně.

Specifickou příčinou chrapotu je **paréza hlasivky**, která vzniká na podkladě poruchy inervace, nejčastěji postižení n. laryngeus recurrens. Příčinou může být nádorová komprese či infiltrace nervu, infekční nebo neurodegenerativní onemocnění, ale také iatrogenní poškození v souvislosti s chirurgickými výkony v oblasti krku či hrudníku (např. operace štítné žlázy). V řadě případů však zůstává příčina neobjasněna a jedná se o parézu idiopatickou.

Další častou příčinou chronického chrapotu je **gastroezofageální refluxní nemoc**. Při refluxu dochází ke zpětnému toku žaludečního obsahu do jícnu a až do oblasti hltanu a hrtanu (laryngofaryngeální reflux), kde dochází k dráždění sliznice. To vede k chronickému zánětu a změnám hlasivkové tkáně. Chrapot bývá dlouhodobý, často kolísající, a může se zhoršovat po jídle nebo v poloze vleže.

Významným rizikovým faktorem chronického chrapotu je **kouření**. Dlouhodobé působení tabákového kouře vede k chronickému dráždění sliznice hrtanu, jejímu zánětu a postupným strukturálním změnám hlasivek. Typickým projevem je tzv. **„smoker's voice"**, charakterizovaný hlubším, zastřeným a chraplavým hlasem. Specifickou jednotkou spojenou s kouřením je tzv. Reinkeho edém, při kterém dochází k prosáknutí povrchové vrstvy hlasivky (tzv. Reinkeho prostoru). Tento stav se projevuje výrazně zhrubělým, hlubokým hlasem a bývá častější zejména u žen. Kouření zároveň významně zvyšuje riziko vzniku maligních nádorů hrtanu.

Pokud se jedná o chrapot trvající déle než tři týdny, je třeba vždy zvažovat možnost nádorového onemocnění, a to jak benigního, tak maligního. **Benigní tumory hlasivek**, jako jsou polypy, cysty, mohou vést k trvalému narušení vibrací hlasivek, což se projevuje chrapotem. **Maligní nádory hrtanu**, zejména u rizikových pacientů (kouření, konzumace alkoholu), mohou být rovněž příčinou chronického chrapotu. Nádory obvykle postihují glotis (oblast hlasivek), což může vést k obtížím při fonaci a postupně k úplné ztrátě hlasu. S progresí onemocnění se může objevit i obstrukce dýchacích cest a s tím spojená dušnost. U těchto pacientů je včasná diagnóza zásadní pro prognózu.

Diagnostika

V klinické praxi je klíčové odlišit běžné, spontánně odeznívající stavy od situací, které vyžadují další vyšetření. Při hodnocení pacienta s chrapotem je prvním krokem určení doby jeho trvání. **Chrapot, který trvá méně než tři týdny, obvykle svědčí pro akutní a převážně benigní stav a postačuje symptomatická léčba a sledování. Zatímco chrapot trvající více než tři týdny vyžaduje další diagnostické kroky.**

Dále je nutné věnovat pozornost přítomnosti **varovných příznaků** (např. porucha polykání nebo bolest při polykání, dušnost či inspirační stridor, neúmyslný úbytek hmotnosti, vykašlávání krve) a **rizikovým faktorům pacienta** (zejména kouření). V případě nově vzniklého chrapotu u dlouholetého kuřáka je nutné zpozornět. Přítomnost některého z uvedených příznaků je vždy jasnou indikací k ORL vyšetření. Důležité je také zohlednit rizikové skupiny pacientů a charakter obtíží. U hlasových profesionálů – zpěváků nebo učitelů – dále také u dětí s dlou-

Ilustrační foto: Shutterstock

hodobým nebo recidivujícím chrapotem a pacientů s postupně se zhoršujícím hlasem je vhodné časné naplánování ORL vyšetření.

Vyšetření ORL specialistou zahrnuje hodnocení hlasu, polykacích funkcí a stavu hrtanu. Velkým přínosem je zejména **videolaryngoskopie včetně NBI (narrow band imaging)**. Videolaryngoskopie umožňuje přímou vizualizaci hlasivek a dalších hrtanových struktur v reálném čase, přičemž pomáhá odhalit zánětlivé změny, benigní léze, poruchy hybnosti hlasivek i suspektní nádorové procesy. **NBI (úzkopásmové zobrazení)** je moderní metodou, která využívá speciální světlo ke zvýraznění cévní kresby sliznice hrtanu a umožňuje detailnější hodnocení mikrovaskularizace, což pomáhá odlišit benigní změny od prekancerózních či potenciálně maligních lézí, které by standardní videolaryngoskopie nemusela zachytit. Při podezření na nádorový proces doplňujeme zobrazovací metodu – nejčastěji CT krku a eventuálně hrudníku s kontrastní látkou a indikujeme odběr biopsie.

Cílené ORL vyšetření tak umožňuje přesnou diagnostiku příčiny chrapotu, včasné rozpoznání závažnějších stavů a plánování adekvátní terapie, včetně hlasové rehabilitace, farmakologické léčby nebo chirurgických výkonů.

Léčba

Léčba je zaměřena na příčinu chrapotu. Akutní virové laryngitidy se léčí symptomaticky. Základem je hlasový klid, tedy minimalizace používání hlasu, aby nedocházelo k dalšímu dráždění hlasivek. Dále je velmi přínosné zvlhčování vzduchu, vlhký vzduch totiž zmírňuje podráždění hrtanu a pomáhá udržovat sliznici vlhkou, což může zmírnit kašel a chrapot. Důležitá je dostatečná hydratace a případně inhalace směsí zmírňujících podráždění a podporujících regeneraci hlasivek. Nezbytná je i absence kouření tabákových výrobků! Virové infekce jsou často doprovázeny febriliemi a bolestmi v krku, které lze ovlivnit běžnými analgetiky a antipyretiky. V případě subglotické laryngitidy u dětí je vhodné vdechování chladného vzduchu, bývají podávány kortikoidy a případně i inhalační léčba. Bakteriální záněty hrtanu léčíme podáním antibiotik a další podpůrnou léčbou jako u virových laryngitid – hlasový klid, hydratace, zvlhčování vzduchu.

Chronické obtíže vyvolané mechanickým drážděním hlasivek vyžadují cílenou léčbu, včetně hlasové rehabilitace, nezřídka je nutná i chirurgická intervence a odstranění benigních lézí (uzlíků, cyst a polypů), a tím obnovu hlasu. V případě chrapotu vyvolaného **gastroezofageálním refluxem** je nutná léčba zahrnující režimová opatření a případně podávání inhibitorů protonových pump.

Při potvrzené malignitě hrtanu se léčba odvíjí od rozsahu onemocnění a zpravidla **se kombinuje chirurgická a onkologická terapie**. Mezi chirurgické výkony patří resekce postižené části hrtanu nebo totální laryngektomie u pokročilého onemocnění. Adjuvantně může být doplněna radioterapie či chemoterapie. Včasná indikace specializovaného vyšetření umožňuje přesnou diagnostiku, zahájení adekvátní léčby a maximalizaci šancí na obnovení hlasových funkcí.

Závěr

Chrapot je častým symptomem v ambulantní praxi, který je z velké části spojen s akutním zánětem horních cest dýchacích nebo hlasovým přetížením a spontánně odeznívá. Přesto však může představovat časný příznak závažnější patologie. V diferenciální diagnostice hraje důležitou roli délka trvání obtíží, přítomnost varovných příznaků, jako jsou dušnost, dysfagie či hemoptýza, a také přítomnost rizikových faktorů, zejména kouření a dlouhodobá hlasová zátěž. **Pacienti s chrapotem trvajícím déle než tři týdny nebo s recidivujícím chrapotem nebo s podezřením na maligní etiologii by měli být indikováni k ORL vyšetření.** Úkolem praktického lékaře a pediatra je především léčba akutních, nejčastěji virových laryngitid, dále také zhodnocení charakteru obtíží a identifikace rizikových pacientů. Tento přístup umožňuje odlišit banální stavy od závažných onemocnění vyžadujících specializovanou péči. Nedílnou součástí péče je rovněž edukace pacientů, zejména v oblasti škodlivosti kouření.

MUDr. Lucie Hajná

Zkušení ortopedi trénovali nejnáročnější revizní operace kyčle na kadáverech

Tři kadávery, tři dny intenzivní práce, třicet operatérů a dva kamiony ortopedického instrumentária. V Anatomickém ústavu 1. LF UK proběhly dva pilotní kurzy Aesculap Akademie zaměřené nejprve na primární a následně na revizní operace kyčelních endoprotéz. Ortopedové z celé republiky zde pod vedením zkušených lektorů trénovali postupy, které zásadně rozhodují o výsledku léčby pacientů s komplikovanými nálezy.

Praktický nácvik v podmínkách blízkých klinické realitě

Kurzy probíhaly v pitevních sálech Anatomického ústavu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Výuka byla založena na kombinaci teoretických bloků, práce na skeletálních modelech a nácviku operací na lidských kadáverech, které byly speciálně fixovány tak, aby si tkáně zachovaly vlastnosti co nejbližší živému organismu. „Nacházíme se v pitevně Anatomického ústavu, kde realizujeme pro české prostředí pilotní projekt Aesculap Akademie – praktické kurzy primární a následně i revizní endoprotetiky kyčle," uvádí spoluautor vzdělávacího projektu MUDr. Tomáš Novotný, Ph.D., MBA, přednosta Ortopedické kliniky Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Kurz přináší do českého prostředí výukový model, který Aesculap Akademie dlouhodobě rozvíjí zejména v Německu a Rakousku. „Výuka je založena na kombinaci teoretických bloků, práce na skeletálních modelech a nácviku operací na lidských kadáverech. Lékař si může celý postup vyzkoušet, pracovat s kompletním instrumentáriem i implantáty v podmínkách co nejbližších klinické realitě. Pozvání na kurzu vyučovat přijali přední odborníci z České republiky i zahraničí. Podmínky jsou tedy takřka ideální a věřím, že účastníci to tak vnímali," doplňuje Tomáš Novotný. Možnost diskutovat přímo nad preparátem považuje za zásadní přínos také prof. MUDr. Ondřej Naňka, Ph.D., přednosta Anatomického ústavu 1. LF UK: „Účastníci stojí přímo nad operačním polem, vše si mohou detailně prohlédnout a prakticky vyzkoušet. Nediskutují pouze nad zobrazovacími metodami, ale nad skutečnou otevřenou ránou."

Revizní výkony jako výzva i pro zkušené operatéry

Kurz primární endoprotetiky byl určen především mladším ortopedům a lékařům seznamujícím se s novým instrumentáriem. Revizní kurz byl naopak zaměřen zejména na zkušené operatéry. Revizní výkony jsou výrazně náročnější než primární implantace a současně jsou méně frekventované.

„Těchto případů je podstatně méně, zejména na menších pracovištích. Proto je sdílení zkušeností mimořádně důležité a všem operatérům bych doporučil se podobných workshopů účastnit," uvádí doc. MUDr. Tomáš Tomáš, Ph.D., přednosta Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, který se na kurzu podílel jako přednášející a lektor praktické výuky. „Nejde jen o prezentaci úspěšných postupů, ale především o otevřenou diskusi komplikací, se kterými jsme se v praxi setkali. Právě sdílení těchto zkušeností umožňuje poučit se, předcházet jejich opakování a dlouhodobě zvyšovat kvalitu péče o pacienty," zdůrazňuje Tomáš Tomáš.

Sdílení zkušeností oceňují i účastníci

Sdílení praktických zkušeností hodnotí účastníci jako klíčový přínos. „Kurz jednoznačně splnil moje očekávání. Získali jsme konkrétní tipy a postupy pro řešení reálných klinických situací," říká MUDr. Lukáš Pazourek, Ph.D. z Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. „Revizní operace provádíme běžně, ale podobná setkání umožňují rozšířit pohled a konfrontovat vlastní postupy s kolegy," dodává. Za zásadní považuje také možnost pracovat s instrumentáriem vlastníma rukama. „Praktické seznámení s nástroji a implantáty zvyšuje jistotu ortopeda na operačním sále. Zároveň je cenné sledovat, jak konkrétní situace řeší ostatní kolegové."

Technologie, data a ruce chirurga

Logistické zajištění akce bylo mimořádně náročné. „Za vámi je místnost plná instrumentária přivezeného dvěma kamiony. Organizace takového kurzu je složitá logisticky i finančně," konstatuje Tomáš Novotný. „Chirurgii však nelze naučit bez praktického nácviku. Teorie a simulace mají své místo, ale přímá zkušenost je nenahraditelná." Teoretická část se věnovala plánování výkonů, řešení infekcí a dalších komplikací i volbě optimálního implantátu. „Disponujeme rozsáhlými daty ze statisíců implantací po celém světě a víme, které postupy jsou v konkrétních situacích nejefektivnější. Na operačním sále však rozhodují především ruce a technická zručnost," uzavírá Tomáš Novotný.

(red), foto: archiv B.Braun

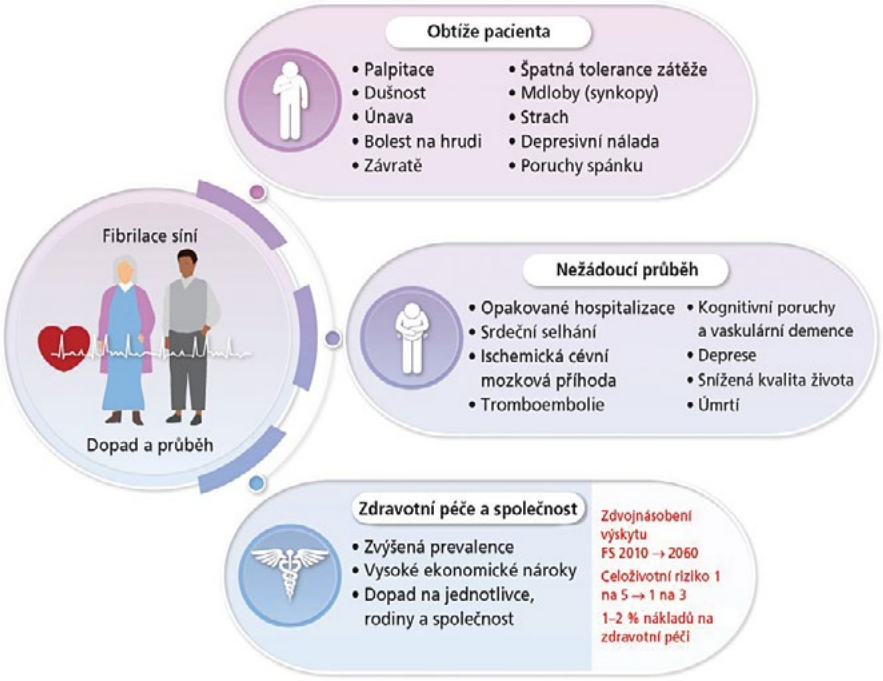
MUDr. Tomáš Novotný, Ph.D., MBA, (uprostřed) během pilotního kurzu

Umělá inteligence v moderní kardiologii: fibrilace síní

Umělá inteligence se v posledních letech dostává do popředí zájmu kardiologie, zejména v oblasti diagnostiky a léčby fibrilace síní, jedné z nejčastějších srdečních arytmií. Neléčená fibrilace síní představuje závažné zdravotní riziko, neboť je spojena se zvýšenou pravděpodobností cévní mozkové příhody, srdečního selhání i předčasného úmrtí. Ve srovnání s tradičními klinickými postupy mají nástroje založené na umělé inteligenci vyšší přesnost a efektivitu při interpretaci EKG záznamů, dlouhodobém monitorování pomocí přenosných zařízení i při predikci vzniku a progrese onemocnění. Umělá inteligence tak představuje zásadní posun v péči o pacienty s fibrilací síní a nabízí potenciál pro zlepšení diagnostické přesnosti, celkových klinických výsledků a individualizaci léčby.

Fibrilace síní (FS) představuje celosvětově nejčastější srdeční arytmii. Její prevalence byla v roce 2019 odhadnuta na přibližně 59,7 milionu osob a dostupné epidemiologické modely ukazují, že do roku 2060 může dojít k jejímu přibližnému zdvojnásobení. Tento trend je dán zejména stárnutím populace, nárůstem metabolických a kardiometabolických rizikových faktorů, zvýšenou délkou života pacientů s kardiovaskulárními onemocněními (Obrázek 1), ale pravděpodobně i lepší detekcí subklinických forem.

Celoživotní riziko vzniku fibrilace síní se dnes pohybuje kolem 1 : 3 a ve srovnání s dřívějšími odhady (1 : 5) představuje výrazné navýšení. Klinický význam fibrilace síní spočívá především v jejím vztahu k závažným komplikacím, zejména cévní mozkové příhodě a rozvoji srdečního selhání. Pacienti s fibrilací síní mají také zvýšené riziko kognitivních poruch a demence. Celková mortalita pacientů s fibrilací síní je přibližně dvakrát vyšší než u stejné skupiny bez tohoto onemocnění. Kromě klinických důsledků představuje fibrilace síní také významnou ekonomickou zátěž zdravotnických systémů, především v souvislosti s hospitalizacemi, léčbou komplikací a dlouhodobou antikoagulační terapií.



Obr. 1 Klinické projevy a důsledky fibrilace síní (2024 ESC Guidelines)

Nejnovější epidemiologická data ukazují, že v Evropě dochází k nárůstu incidence fibrilace síní u osob mladších 70 let přibližně o 35 %, zatímco u populace starší 70 let je v některých regionech pozorován mírný pokles incidence. Tento trend zdůrazňuje význam časné identifikace rizikových faktorů již ve středním věku a podporuje širší využití screeningových nástrojů.

Klasickými rizikovými faktory fibrilace síní jsou arteriální hypertenze, diabetes mellitus, srdeční selhání, chlopenní vady, ischemická choroba srdeční, kardiomyopatie, obezita a vysoký příjem alkoholu. Ve srovnání s evropskými daty je hypertenze v české populaci přítomna u naprosté většiny pacientů s fibrilací síní a podílí se na více než 35 % úmrtí spojených s tímto onemocněním. V registrové studii Fakultní nemocnice Brno byla hypertenze zaznamenána u 220 (72 %) z 306 sledovaných pacientů.

Vedle vysokého krevního tlaku se v klinickém obraze často uplatňují i další komorbidity, jako je diabetes mellitus, vyskytující se u přibližně čtvrtiny pacientů s fibrilací síní. V rámci komplexní péče o tyto polymorbidní nemocné pak hraje klíčovou roli redukce hmotnosti. U obézních pacientů je snížení váhy o více než 10 % spojeno s významným poklesem zátěže i frekvence symptomatických epizod. Systematické ovlivnění komorbidit je proto nezbytné pro prevenci recidiv a pro zpomalení strukturální progrese onemocnění.

Zatímco v některých státech západní Evropy dochází k postupné stabilizaci epidemiologických ukazatelů fibrilace síní spojených s věkem, nejnovější analýzy z let 2024–2025 označují Česko jako

jeden z nejproblematičtějších regionů. Česká populace vykazuje v evropském kontextu několik výrazně nepříznivých trendů:

- **Druhý nejvyšší nárůst věkově standardizované incidence v Evropě**, s meziročním navýšením o 1,50 %.
- **Výrazné zvýšení úmrtnosti spojené s fibrilací síní**, kde průměrná roční procentuální změna (AAPC) dosahuje jedné z nejvyšších hodnot v Evropě (+12,8 %). Jedná se o třetí nejvyšší hodnotu na celém kontinentu, hned po Lotyšsku (+37,6 %) a Litvě (+15,0 %).
- **Trvale rostoucí zátěž DALY** (ztracených let života v důsledku nemoci), s meziročním nárůstem o 0,99 %, což potvrzuje zásadní dopad onemocnění na délku i kvalitu života české populace.

Výše zmíněné ukazatele zdůrazňují naléhavou potřebu modernizace diagnostických a terapeutických postupů, a to jak na úrovni ambulantní, tak nemocniční péče. Data rovněž podporují požadavek na systematický rozvoj národních preventivních a screeningových strategií, které by umožnily včasný záchyt arytmie a snížení jejího klinického i socioekonomického dopadu. Rostoucí dostupnost nástrojů umělé inteligence (AI) a jejich implementace do klinické praxe představuje potenciál, který by umožnil dřívější a přesnější záchyt fibrilace síní, snížil související morbiditu a vedl ke zlepšení péče zaměřené na pacienta.

Klíčové technologie a jejich aplikace

V oblasti výzkumu a řízení léčby fibrilace síní dominují dvě hlavní větve umělé inteligence: strojové učení (ML – machine learning) a hluboké učení (DL – deep learning). Strojové učení zahrnuje algoritmy, které analyzují velké soubory klinických dat a identifikují vzorce pomocí statistických modelů. Mezi nejčastěji používané metody patří logistická regrese, rozhodovací stromy nebo náhodné lesy. Hluboké učení naopak využívá vícevrstvé neuronové sítě schopné automaticky extrahovat komplexní rysy z biologických signálů.

Analýza fibrilace síní využívá několika klíčových architektur umělé inteligence. Konvoluční neurální sítě (CNN) se zaměřují na extrakci prostorových rysů a jsou vhodné zejména pro hodnocení morfologie EKG křivky, kde identifikují i jemné změny, které mohou při klasickém vizuálním posouzení uniknout. Rekurentní neurální sítě (RNN), včetně modelů s dlouhou krátkodobou pamětí (LSTM), jsou optimalizovány pro sekvenční data a umožňují detailně sledovat časovou dynamiku v dlouhodobých EKG záznamech či v datech z nositelných zařízení. V posledních letech se v analýze biologických signálů prosazují také transformery, které umožňují zachytit dlouhodobé vztahy v časových řadách a zlepšují predikční schopnost modelů. Tyto algoritmy mohou pracovat s rozsáhlými multimodálními daty, včetně EKG, klinických údajů a elektronické zdravotnické dokumentace.

Umělá inteligence v diagnostice fibrilace síní

Nejvýznamnější klinické uplatnění umělé inteligence v současnosti představuje automatická analýza EKG záznamů. Význam těchto metod zdůrazňují i novější odborná doporučení, která řadí algoritmy umělé inteligence mezi validní nástroje pro identifikaci jedinců s rizikem fibrilace síní.

Algoritmy hlubokého učení vykazují při klasifikaci srdečních arytmií vysokou diagnostickou přesnost. S 98,0% senzitivitou a 99,0% specificitou překonávají tyto algoritmy standardní softwarové nástroje a jejich interpretace EKG je srovnatelná s expertním hodnocením kardiologa. AI dokáže analyzovat nejen standardní dvanáctisvodové EKG, ale i jednosvodové záznamy ze spotřebitelských zařízení. Díky tomu je možný rozsáhlý screening fibrilace síní v populaci, včetně asymptomatických pacientů.

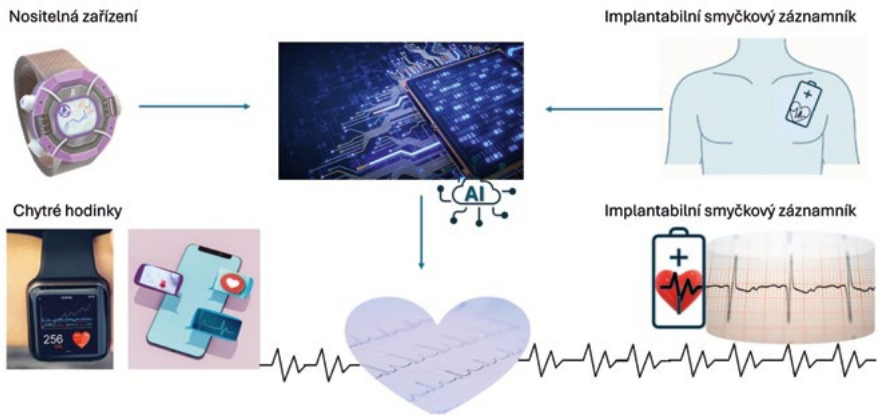
Zásadní roli v této oblasti hrají nositelná zařízení. Chytré hodinky, fitness náramky nebo implantabilní záznamníky umožňují kontinuální monitorování srdečního rytmu mimo zdravotnická zařízení (Obrázek 2). Integrace těchto dat s algoritmy umělé inteligence umožňuje včasnou detekci arytmie a může významně snížit riziko cévní mozkové příhody díky včasnému zahájení antikoagulační léčby. Narůstající dostupnost nositelných zařízení otevírá cestu populačního screeningu fibrilace síní, zejména u starších osob nebo u jedinců s přítomnými kardiovaskulárními rizikovými faktory.

Studie GUARD-AF zaměřená na screening pomocí nositelných EKG monitorů ve formě 14denní náplasti ukázala, že monitoring může zvýšit záchyt fibrilace síní u starších dospělých přibližně o 52 % ve srovnání s běžnou klinickou péčí. Strategie umožnila častější zahájení antikoagulační léčby, aniž by se zvýšil počet hospitalizací pro krvácivé komplikace. Nebylo však prokázáno statisticky významné snížení hospitalizací pro cévní mozkovou příhodu, a proto zatím není plošný screening touto metodou rutinně doporučován.

Klíčovým přínosem je také schopnost některých algoritmů predikovat budoucí vznik fibrilace síní ze záznamu EKG zaznamenaného v sinusovém rytmu, a identifikovat tak pacienty s vysokým rizikem budoucího rozvoje fibrilace síní. Zlatým standardem však stále zůstává potvrzení diagnózy lékařem na základě interpretace EKG záznamu.

Stratifikace rizika a predikce průběhu onemocnění

Umělá inteligence umožňuje komplexní analýzu velkých klinických databází



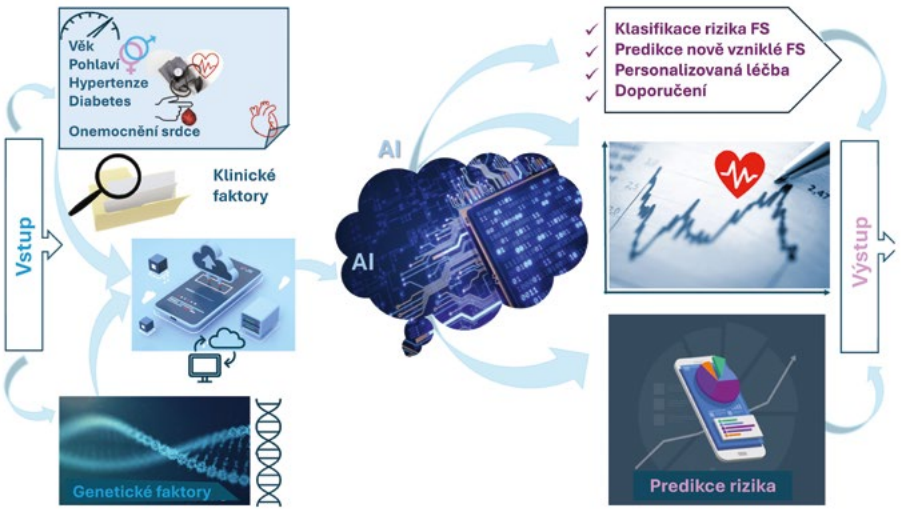
Obr. 2 Nositelná a implantovatelná zařízení pro detekci fibrilace síní

a integraci různých typů dat, například klinických údajů, EKG parametrů, genetických informací nebo biomarkerů. Pomocí personalizovaných rizikových profilů pacientů je následně možné přesněji odhadnout riziko komplikací (Obrázek 3).

Právě kombinace různých přístupů může pomoci při identifikaci pacientů se subklinickou fibrilací síní zachycenou implantabilními zařízeními nebo dlouhodobým monitorováním rytmu. Absolutní riziko cévní mozkové příhody je u těchto pacientů nižší než u pacientů s klinicky manifestní fibrilací síní a pohybuje se přibližně kolem 1 % ročně. Současně však existuje významné riziko přechodu do klinicky manifestní arytmie, které se odhaduje přibližně na 6–9 % ročně. Z tohoto důvodu je nutné individuální posouzení rizika a pravidelné sledování pacientů. O zahájení antikoagulační léčby přímými perorálními antikoagulancii (DOAC) se rozhoduje individuálně se zvážením vysokého tromboembolického rizika a současně při absenci významných rizik krvácení.

Moderní přístup k managementu fibrilace síní zároveň zdůrazňuje význam pohledu pacienta na vlastní onemocnění. V klinické praxi se proto doporučuje využívání validovaných nástrojů pro hodnocení kvality života (patient-reported outcome measures, PROM). Tyto nástroje umožňují objektivizovat přínos léčby, zejména po katetrizační ablaci, a pomáhají lékaři lépe rozhodovat o strategii kontroly rytmu. Takový přístup otevírá cestu k prediktivní a personalizované kardiologii, kdy je možné identifikovat jedince s vysokým rizikem rozvoje arytmie ještě před objevením klinických symptomů a současně hodnotit skutečný přínos zvolené léčebné strategie z pohledu pacienta.

Zajímavým novým přístupem v oblasti predikce rizika je koncept tzv. „AI věku srdce“, který je odvozen z analýzy EKG. Algoritmy hlubokého učení analyzují celý digitální EKG signál a identifikují subtilní elektrofyziologické vzorce související s remodelací síní a biologickým stárnutím myokardu. Na základě těchto charakteristik následně odhadují tzv. biologický věk srdce. Pokud je tento věk vyšší než skutečný chronologický věk pacienta, jedná se o silný nezávislý prediktor budoucího rozvoje fibrilace síní i zvýšené mortality, a to i v případě, že je v době vyšetření přítomen normální sinusový rytmus. Tento validovaný klinický ukazatel otevírá cestu k identifikaci



Obr. 3 Schéma využití umělé inteligence při predikci rizika fibrilace síní

vysoce rizikových jedinců ještě v latentní fázi onemocnění.

Umělá inteligence v rozhodování o léčbě

Vedle diagnostiky se umělá inteligence uplatňuje také při volbě optimální léčebné strategie. AI modely mohou například pomoci při rozhodování o indikaci antikoagulační léčby tím, že kombinují klasické skórovací systémy s dalšími klinickými proměnnými.

Významné uplatnění nachází v oblasti katetrizační ablace. Modely hlubokého učení umožňují analyzovat elektrogramy, obrazová data a další klinické parametry a pomáhají lokalizovat potenciální spouštěče arytmie (triggery) i odhadnout riziko recidivy fibrilace síní po výkonu. Tyto přístupy mohou přispět k lepšímu výběru pacientů vhodných k ablaci a k optimalizaci strategie výkonu.

V oblasti intervenční léčby fibrilace síní dochází v posledních letech k významnému technologickému posunu díky zavedení ablace pulsním polem (pulsed-field ablation, PFA) založené na principu elektroporace. Tato metoda využívá krátké vysokonapěťové elektrické pulsy k selektivní destrukci kardiomyocytů s vysokou tkáňovou specificitou, a tím minimalizuje riziko poškození okolních struktur, jako je jícen nebo brániční nerv. Ve srovnání s tradičními termickými metodami, například radiofrekvenční energie nebo kryoablace, vykazuje ablace pulsním polem srovnatelnou účinnost, avšak přináší vyšší bezpečnost a kratší dobu výkonu. Díky absenci termického poškození se zvyšuje bezpečnost a efektivita katetrizační léčby fibrilace síní. Potenciál této metody dále zvyšuje integrace AI modelů naváděných elektroporací, které pomáhají lékařům v reálném čase zpřesňovat procedurální plánování a s vysokou přesností predikovat úspěšnost výkonu i riziko budoucí recidivy arytmie,

Zásadní posun v moderní kardiologii představuje technologie digitálních dvojčat (Digital Twins). Představuje virtuální, dynamicky aktualizovaný model vytvořený podle konkrétního pacienta, který věrně replikuje anatomii, fyziologii a funkci skutečného orgánu. V kardiologii tak může být digitální dvojče personalizovaným modelem srdce či jeho části, který vzniká kombinací biofyzikálně založených simulací a pacientsky specifických klinických dat.

Například data z magnetické rezonance (MR) nebo výpočetní tomografie (CT), orientace myokardiálních vláken, distribuce fibrózy a dynamického elektrofyziologického profilování, mohou být využita za účelem simulace mechanismů udržování fibrilace síní. Tato virtuální srdce umožňují lékařům provádět simulace *in silico* a testovat různé ablační strategie a jejich pravděpodobné výsledky ještě před samotným invazivním zákrokem.

Personalizované vedení terapie pomocí digitálních dvojčat má potenciál snížit riziko recidivy arytmie, minimalizovat poškození zdravé srdeční tkáně a významně zkrátit celkovou dobu trvání procedury. Přestože výpočetní studie

přinášejí slibné výsledky, zavedení digitálních dvojčat do rutinní klinické praxe vyžaduje rozsáhlou validaci, bezproblémovou integraci do pracovních postupů lékařů a překonání technických bariér souvisejících s vysokou výpočetní náročností těchto modelů.

Technologii digitálních dvojčat využívá projekt TARGET k vytvoření pacientsky specifických modelů levé síně. Jedná se o revoluční krok v personalizované prevenci cévních mozkových příhod u pacientů s fibrilací síní. Spojením pokročilých biomechanických simulací krevního toku s klinickými daty dokáže systém přesně identifikovat oblasti stagnace krve a predikovat riziko vzniku trombu s mnohem vyšší citlivostí, zatímco dosavadní klinická praxe spoléhá na statistické skóre CHA_2DS_2-VA. Tento inovativní přístup tak umožňuje lékařům lépe cílit antikoagulační léčbu a efektivněji předcházet fatálním následkům onemocnění.

Další perspektivní oblastí je personalizovaná farmakoterapie. Algoritmy strojového učení trénované na charakteristikách EKG a dalších klinických parametrech umožňují předpovědět pravděpodobnou odpověď pacienta na jednotlivá antiarytmika. Tento přístup může v budoucnu usnadnit volbu optimální léčebné strategie již v úvodu léčby a snížit počet neúčinných terapeutických pokusů.

Současné přístupy v managementu fibrilace síní

Současná doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC 2024) zdůrazňují komplexní přístup k pacientovi s fibrilací síní prostřednictvím konceptu **AF–CARE**, který reorganizuje péči do čtyř vzájemně propojených pilířů (Obrázek 4). Tento model zdůrazňuje nejen léčbu samotné arytmie, ale také systematické ovlivnění komorbidit, prevenci tromboembolických komplikací a dlouhodobé dynamické sledování pacienta.

C – Comorbidity and risk factor management. Remodelace síní, která představuje strukturální podklad fibrilace síní, je úzce spojena s chronickým zánětem a metabolickým zatížením organismu. Zásadní roli proto hraje aktivní ovlivnění kardiovaskulárních rizikových faktorů.

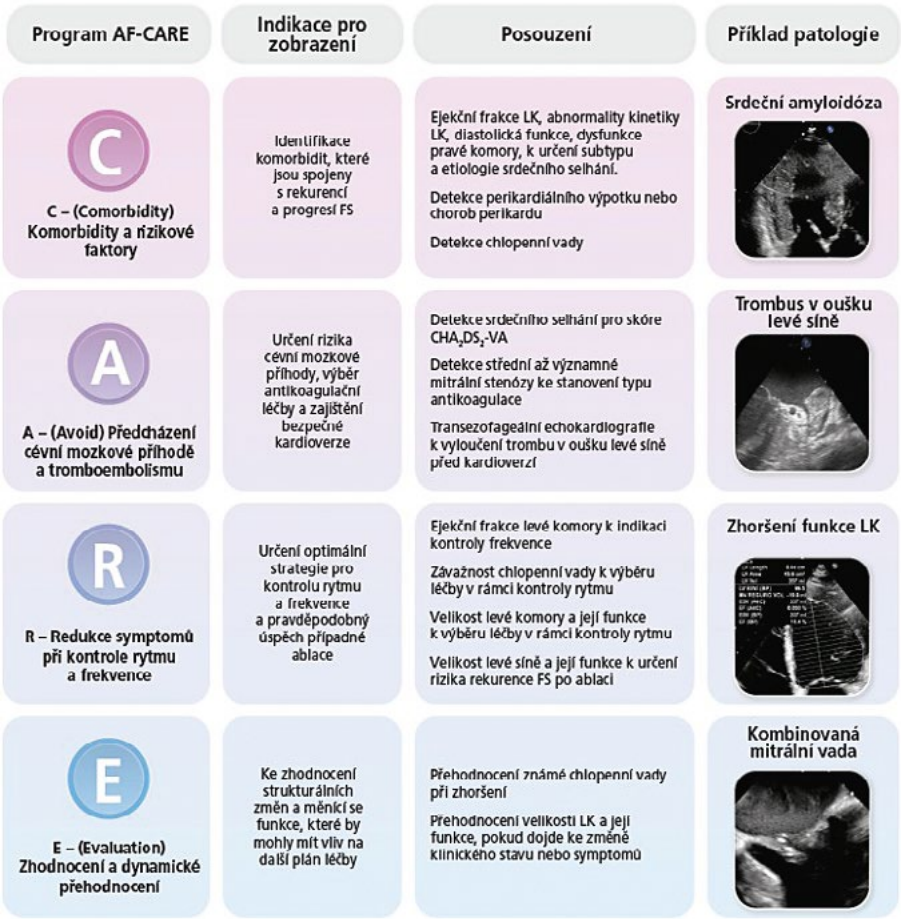
Jedním z nejvýznamnějších determinantů mortality spojené s fibrilací síní v české populaci je hypertenze. Doporučené cílové hodnoty systolického krevního tlaku u většiny dospělých činí 120–129 mmHg, pokud je tohoto rozmezí možné bezpečně dosáhnout. V meta-analýze 22 randomizovaných studií vedlo snížení systolického krevního tlaku o 5 mmHg ke snížení rizika závažných kardiovaskulárních příhod o 9 % bez ohledu na přítomnost fibrilace síní nebo sinusového rytmu.

U pacientů s diabetem nebo srdečním selháním jsou preferována antidiabetika inhibitory sodíko-glukózového kotransportéru 2 (SGLT2), která vykazují příznivé účinky na kardiovaskulární prognózu a mají prokázaný přínos v redukci hospitalizací a kardiovaskulární mortality.

Důležitou roli hraje také intervence v oblasti životního stylu, zejména redukce tělesné hmotnosti u obézních pacientů a úprava příjmu alkoholu, kde se doporučuje limit maximálně tři standardní nápoje týdně. Kumulativní efekt redukce rizikových faktorů zvyšuje pravděpodobnost dosažení stabilní kontroly rytmu.

A – Avoid stroke. Fibrilace síní zvyšuje riziko ischemické cévní mozkové příhody přibližně pětinásobně. Pro odhad tromboembolického rizika se používá skóre CHA_2DS_2VA, z něhož bylo nově vypuštěno ženské pohlaví jako samostatný rizikový faktor. Tento skórovací systém kumulativně hodnotí přítomnost srdečního selhání (C), hypertenzi (H), věk nad 75 let (A_2), diabetes mellitus (D), anamnézu cévní mozkové příhody či embolizace (S_2) a přítomnost vaskulárního onemocnění (V) či věk v rozmezí 65–74 let (A). Perorální antikoagulace je doporučena při skóre ≥ 2, zatímco při skóre 1 je její zahájení individuálně zvažováno. V současnosti jsou preferována přímá perorální antikoagulancia (DOAC), s výjimkou pacientů s mechanickými chlopenními náhradami nebo významnou mitrální stenózou.

R – Reduce symptoms. Kontrola rytmu a frekvence zůstává klíčovou součástí léčby symptomatické fibrilace síní. Data z recentních studií ukazují, že časná kontrola rytmu, ideálně do 12 měsíců od stanovení diagnózy, může



Obr. 4 . Relevance vyšetření transtorakální echokardiografií v rámci AF-CARE (2024 ESC Guidelines)

snížit riziko kardiovaskulární mortality i hospitalizací. U symptomatické paroxysmální fibrilace síní je katetrizační ablace léčbou první volby. Navíc u pacientů se srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí může vést i ke zlepšení systolické funkce levé komory. U hemodynamicky stabilních pacientů s arytmií trvající méně než 48 hodin je součástí dynamického přehodnocení léčebné strategie také zvážení strategie „wait and see“ („čekej a uvidíš“). Tento přístup vychází z klinických pozorování, podle nichž může po léčbě vyvolávající příčiny (např. infekce či sepse) dojít až u 83 % pacientů ke spontánnímu obnovení sinusového rytmu během prvních 48 hodin. Tento přístup je u stabilních pacientů bezpečnou alternativou, která může ušetřit pacienta zbytečného zákroku v celkové sedaci. U pacientů s trváním arytmie delším než 24 hodin je však před kardioverzí nezbytné zajistit adekvátní antikoagulační léčbu nebo provést echokardiografii jícnu k vyloučení trombu.

E – Evaluation. Management fibrilace síní je dynamický proces vyžadující pravidelné hodnocení rizikového profilu pacienta. V průběhu sledování je nutné opakovaně hodnotit například renální funkce pro správné dávkování antikoagulace, kontrolovat přítomnost komorbidit a upravovat léčebnou strategii podle aktuální klinické situace. Důležitým aspektem hodnocení pacientů s fibrilací síní je také zohlednění genderových rozdílů. Dostupná data naznačují, že ženy s fibrilací síní bývají výrazně více symptomatické a vykazují horší kvalitu života než muži. Proto je nutné věnovat specifickou pozornost i tomuto tématu při nastavování léčebného plánu.

Věda a klinický výzkum v Česku

V Česku se tým Mezinárodního centra klinického výzkumu (ICRC) při Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně zabývá vývojem nástroje, který pomocí algoritmů umělé inteligence analyzuje trojrozměrné elektroanatomické mapy srdečních síní. Cílem je identifikace bioelektrických ukazatelů spojených s návratem arytmie a přesnější určení arytmogenního substrátu. Tento přístup by mohl výrazně přispět k personalizaci intervenční léčby a podle předběžných odhadů snížit počet opakovaných ablačních výkonů až o třetinu.

Nové poznatky přinesla také rozsáhlá retrospektivní studie zaměřená na predikci pooperačního rizika, realizovaná ve spolupráci Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov, Fakultní nemocnice Ostrava a akademických pracovišť v Olomouci, Ostravě a Brně. Analýza 2 219 pacientů potvrdila, že fibrilace síní na předoperačním EKG představuje nejsilnější nezávislý prediktor 90denní mortality u nekardiálních operací (relativní riziko 4,51). Významným rizikovým faktorem se ukázala být i zvýšená klidová tepová frekvence. Hodnoty nad 80 tepů/min zvyšovaly riziko úmrtí téměř dvojnásobně (1,82×) a při frekvenci nad 100 tepů/min byl nárůst rizika více než dvojnásobný (2,57×). Integrace jednoduchých EKG parametrů by tak umožnila významně zpřesnit perioperační stratifikaci rizika nad rámec běžně používaného skóre RCRI (Revised Cardiac Risk Index).

Obě uvedené oblasti zároveň ukazují široký potenciál využití umělé inteligence v klinické praxi. Díky algoritmům hlubokého učení je možné identifikovat subtilní elektrofyziologické vzorce a morfologické změny EKG křivky, které mohou uniknout při běžném vizuálním posouzení. Zapojení AI tak může pomoci nejen při plánování ablačních výkonů, ale i při přesnější identifikaci pacientů ve zvýšeném perioperačním riziku.

Důležitou roli v implementaci moderních diagnostických a terapeutických standardů má také Česká asociace pro srdeční rytmus, která se podílí na adaptaci nejnovějších evropských doporučení do národní praxe. Součástí těchto snah je rovněž postupná integrace digitálních technologií a nástrojů umělé inteligence, které mohou pomoci při identifikaci pacientů s vysokým rizikem fibrilace síní a při optimalizaci léčebných strategií.

Klinické důsledky

Rozvoj umělé inteligence v kardiologii přináší několik zásadních klinických přínosů:

- přesnější a rychlejší diagnostiku arytmií,
- možnost časného záchytu asymptomatické fibrilace síní,
- lepší stratifikaci rizika komplikací,
- individualizaci léčebných strategií,
- efektivnější využití zdravotnických zdrojů.

Tyto technologie mohou významně přispět ke snížení morbidity i mortality spojené s fibrilací síní.

Bariéry implementace AI a etické aspekty

Navzdory rychlému technologickému rozvoji čelí implementace umělé inteligence v klinické praxi několika významným výzvám. Jedním z hlavních problémů je omezená transparentnost některých modelů hlubokého učení, často označovaná jako fenomén „black box“, kdy není vždy zcela zřejmé, na základě jakých parametrů algoritmus dospěl ke svému rozhodnutí.

Další důležitou otázkou je ochrana soukromí pacientů a bezpečné nakládání s citlivými zdravotnickými daty. Perspektivní řešení představuje rozvoj vysvětlitelné umělé inteligence (explainable AI, XAI), která umožňuje lépe interpretovat rozhodovací procesy algoritmů. Významnou roli může hrát také federativní učení, které umožňuje trénovat modely na datech z více zdravotnických institucí bez nutnosti sdílení samotných pacientských dat.

Závěr

Fibrilace síní představuje v Evropě i ve světě významný zdravotnický problém s rostoucí epidemiologickou zátěží. Epidemiologická situace v Česku je přitom zvláště nepříznivá a vyžaduje systematickou změnu přístupu k managementu tohoto onemocnění. Koncept AF-CARE nabízí robustní rámec pro komplexní péči o pacienty, v němž klíčovou roli hraje důsledná léčba komorbidit a modifikace rizikových faktorů.

Algoritmy strojového a hlubokého učení umožňují přesnější interpretaci EKG, časnější detekci arytmie a lepší predikci klinického průběhu. Integrace těchto technologií do běžné klinické praxe má potenciál výrazně zlepšit péči o pacienty s fibrilací síní a přispět k rozvoji personalizované kardiologie. Další výzkum by měl být zaměřen především na prospektivní klinické studie, které ověří skutečný přínos těchto metod pro dlouhodobé klinické výsledky.

Ing. Jana Brabcová, Ph.D.

Zdroje:
Doporučení ESC pro diagnostiku a léčbu fibrilace síní (2024).
Țica, Otilia, et al. Artificial Intelligence in the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. Diagnostics. 15.20 (2025): 2561.

Když je bezpečnost zdravotníků prioritou: inspirace z izraelských nemocnic

Agrese vůči zdravotníkům se stává stále častější součástí práce v nemocnicích napříč Evropou. Podle výzkumů se s ní setkalo až 60–80 procent lékařů a významná část sester uvádí, že by si kvůli ní znovu svou profesi nevybrala. Zatímco v mnoha zemích chybí systematické řešení, izraelské nemocnice již řadu let budují komplexní model ochrany zdravotníků. Na jeho principech se podílí i mezinárodně uznávaná expertka Sigal Shafran.

„Prostředí nemocnice musí být pro zdravotníky naprosto bezpečné," říká Sigal Shafran, která je mezinárodně uznávanou expertkou na problematiku bezpečí v nemocnicích, v Izraeli spolupracuje s Hadassa Medical Center v Jeruzalémě a Rambam Health Care Campus v Haifě. Tématu bezpečnosti v nemocnicích se věnuje více než 20 let, má doktorát z Harvardovy univerzity a podílela se na tvorbě základních protokolů ohledně zlepšení podmínek pro zdravotníky.

Zodpovědnost za bezpečí zdravotníků musí vycházet z top managementu a musí patřit mezi nejvyšší priority. Tuto skutečnost potvrdila i Alon Rely, náměstkyně ředitele pro ošetřovatelský personál z Hadassa nemocnice. Lékaři a zdravotníci jsou v Izraeli velmi respektovaní a zároveň je jich nedostatek. Proto je jejich bezpečí prioritou.

Vše začíná u organizačního nastavení, na které se dohlíží z nejvyšších pater. Všechny incidenty se nejen sledují a vyšetřují, ale výsledky se také reportují přímo komisi zodpovědné za zdravotnictví v izraelském parlamentu Knessetu. Na organizačním nastavení se podílejí management, zástupce lékařů, zástupce sester, zástupce sociálních pracovníků a zástupce bezpečnosti. Celý tým pracuje koordinovaně a ve shodě.

Tyto expertní týmy vedou často sestry, protože právě ty tráví nejvíce času s pacienty. Na každém oddělení fungují „mini safety" týmy, aby veškerá opatření odpovídala jejich provozu a potřebám. Dalším důležitým prvkem je reflexe incidentů. Jak fungovala dosavadní praxe? Co mělo být uděláno a nebylo? Co bylo uděláno, ale nevyhovovalo standardům?

Organizačních opatření je velká škála. Mezi ně patří monitorování pohybu na rizikových pracovištích, o kterém samozřejmě zaměstnanci vědí, přítomnost bezpečnostní služby u exponovaných pracovišť, která k incidentu dorazí do 120 vteřin. Primárním cílem bezpečnostní služby však není použití fyzické síly a „zpacifikování" výtržníka, ale deeskalace vyhrocené situace a její řešení. Díky těmto opatřením se zdravotníci mohou primárně soustředit na svou vlastní práci – léčba a péče o pacienty. Zní to jako utopie? V Izraeli absolutní standard.

Součástí opatření je i vhodná infrastruktura. Na většině oddělení je k dispozici klidová místnost, která umožňuje důvěrnou komunikaci v soukromí. Samozřejmostí jsou bezpečnostní tlačítka na frekventovaných místech. Dalším opatřením je evidence problematických rodinných příslušníků. Po dvou opakujících se incidentech nemá daný příbuzný do nemocnice přístup. Toto opatření chrání zdravotníky před opakující se eskalující agresí.

V Izraeli mají vypracované přesné postupy a protokoly, aby všichni v týmu přesně věděli, jak se mají v dané situaci zachovat. Zároveň mají zaměstnanci pravidelné supervize a pohovory zaměřené na bezpečnost. A před každou službou mají tříminutový briefing právě ohledně bezpečnosti. Veškerý (sic!) personál musí procházet pravidelnými školeními zaměřenými na komunikaci a deeskalaci. Proč opravdu veškerý personál? Protože všichni zaměstnanci se podílejí na utváření bezpečného pracovního prostředí a každý může přispět ke zklidnění situace či zasáhnout, když je potřeba. Právě kvůli těmto situacím se zaměstnanci učí přístup Bystander Intervention.

V Česku je takto komplexní pojetí bezpečnosti zatím spíše raritou. Kurzy sebeobrany pro zdravotníky se často zaměřují primárně na fyzickou obranu. V Česku chybí komplexní řešení, které zahrnuje organizační nastavení, školení zaměstnanců na základě evidence-based postupů a zároveň zahrnuje a usnadňuje reporting.

Násilí vůči zdravotníkům je v Česku již velký problém, který stále narůstá. Systémové řešení zatím chybí. WHO i česká data ukazují, že ne všechny typy incidentů jsou hlášeny, a tak nemůžeme řešení přesně zaměřit na konkrétní problematické či rizikové oblasti.

Podle aktuálních výzkumů se 60–80 procent lékařů v Evropské unii setkalo s agresí ze strany pacientů nebo jejich rodinných příslušníků. Dále víme, že 40 procent sester by si již svou profesi nevybralo právě kvůli agresi a nevhodnému chování. V českém zdravotnictví je toto časovaná bomba. Právě proto musíme tento problém začít urychleně řešit. Prvním cílem je získání dat a reflexe aktuálního stavu.

Po revizi organizačních nastavení a školení personálu přichází další krok. Nastavení a implementace bezpečnostních protokolů, pravidelné mikro-intervence a týmová komunikace. Úspěšnost zásadních změn totiž nestojí na velkých gestech. Klíčové je jejich propsání do každodenní činnosti na úrovni jednotlivých oddělení a týmů. U implementace velkých (i malých) změn je potřeba správně pracovat s chybou. Chybování je pro izraelskou společnost naprosto normální. Lidé se nemusí bát, že budou za chybu popotahováni a že se na ně ukáže prstem. Hledání viníka totiž není cílem ani nikomu nepomůže. Správné práci s chybou pomáhají peer support skupiny či návratový protokol po incidentu. Vedoucí pracovníci jsou školeni na téma vytváření bezpečného prostředí pro profesní i osobní růst. Zároveň se každému dostane po nahlášení incidentu podpory, namísto zpochybnění. V tomto systému má každý zaměstnanec kolem sebe podpůrnou síť a nikdy se neocitne „osamocen" v soukolí či ztracen během organizačních změn.

Izraelský model ukazuje, že bezpečí zdravotníků nevzniká náhodou – je výsledkem jasné vize vedení, kultury otevřenosti a každodenních drobných kroků, které chrání ty, kdo se starají o nás. Pokud chceme tuto realitu přiblížit i českému zdravotnictví, musíme začít právě teď: systematicky sbírat data, vzdělávat personál, nastavovat jasné procesy a budovat prostředí, v němž se zdravotníci mohou spolehnout, že v tom nejsou sami. Bezpečná nemocnice totiž není luxus – je to základ kvalitní péče.

Linda Štucbartová, Sebeobrana pro všechny
Lada Jirkalová, studentka medicíny
2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Zdravotní sestry mohou udělat kariéru i jinde než v nemocnici či ambulanci

Neplatí, že vystudované zdravotní sestry musí skončit v nemocnici či ambulanci. Absolventkám se otevírají široké možnosti uplatnění, například v domovech pro seniory, stacionářích, v domácí a paliativní péči, ale i ve výzkumu, vzdělávání nebo ve zdravotních pojišťovnách. Poměrně nové je zapojení sester do odborného posuzování zdravotního stavu osob žádajících o příspěvek na péči, o průkaz osoby zdravotně postižené a o příspěvek na zvláštní pomůcky pro zdravotně postižené osoby.

Začíná to už ve škole

Studentky zdravotnických škol jsou si spousty možností, které se jim otevírají na trhu práce, vědomy. Svědčí o tom skutečnost, že do praxe jich po maturitě odchází jen malá část. PhDr. Karel Štix, předseda Asociace zdravotnických škol ČR, odhaduje, že jich je zhruba pětina. Přesné statistiky ovšem nejsou k dispozici. Školy se většinou dozví jen přibližné údaje o tom, kolik absolventek nastoupí na vysokou školu. „Už ale nezjistíme, kolik jich ukončí studium během prvního roku a kam odcházejí," podotýká Karel Štix.

Například Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická v Liberci eviduje ve školním roce 2024/2025 téměř osmdesát přihlášek na vysokou školu. Největší zájem měli maturanti o Technickou univerzitu v Liberci (37 přihlášek), dále Univerzitu Jana Evangelisty Purkyně a Univerzitu Pardubice (shodně 13 přihlášek) a pražskou Univerzitu Karlovu (11 přihlášek). Ve studiu zdravotnických oborů chtěly na vysoké škole prokazatelně pokračovat jednotky zájemců, konkrétně po jednom na pražské Vysoké škole zdravotnické a Lékařské fakultě Ostravské univerzity. Celkem 17 maturantů se rozhodlo dále studovat na liberecké VOŠ zdravotnické.

Maturitou to nekončí

Snaha absolventek (je jich ve srovnání s absolventy drtivá většina) středních zdravotnických škol doplnit si vzdělání a získat bakalářský či magisterský titul má své opodstatnění. Díky kvalitnímu a univerzálnímu vzdělání, které zahrnuje medicínu, psychologii, komunikaci, management, krizové řízení nebo práci s daty, se jim otevírají výrazně větší možnosti uplatnění na trhu práce. V podstatě mohou pracovat všude, kde je potřeba kombinace medicínského myšlení, empatie, organizačních schopností a komunikace.

„Díky schopnosti nahlížet na pacienta v bio-psycho-sociálním kontextu jsou jejich kompetence přínosné i mimo tradiční klinické prostředí," potvrzuje PhDr. Bc. Pavla Kudlová, PhD., MBA, prezidentka Spolku vysokoškolsky vzdělaných sester. A vyjmenovává, kde všude mohou kromě zdravotnických zařízení působit: v domácí a sociální péči, zdravotních pojišťovnách, na pozicích školitelek, koordinátorek kvality, ve výzkumu, na vysokých školách, v prevenci a veřejném zdraví, jako konzultantky pro firmy či v oblasti paliativní a hospicové péče. „Postupně se prosazují i v telemedicíně a komunitní péči," doplňuje.

Pojišťovny, lázeňství, domácí péče

Zdravotní pojišťovny považují zdravotní sestry za velmi přínosné. Oceňují především jejich vhled do zdravotnictví a obecně péče o zdraví.

„Má to i zákonné důvody. Například na místě revizního zaměstnance, který přichází do styku se zdravotnickou dokumentací, musí ze zákona pracovat výhradně osoby se zdravotnickým vzděláním: lékaři, sestry, případně další zdravotnické profese, například genetik, logoped, psycholog a další," vysvětluje Bc. František Tlapák, MBA, tiskový mluvčí Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP).

Upřesňuje, že celkem pracují v OZP desítky sester a lékařů, revizní činnosti se věnuje celý odbor kontroly a revize zdravotnických služeb a oddělení operativních kontrol.

Sestry působí také v lázeňství, kde tvoří přibližně desetinu všech zaměstnanců. V rámci ošetřovatelské péče se starají o klienty, kteří vyžadují zdravotní dohled, například o pacienty po operacích pohybového aparátu, kardiaky, neurologické pacienty a další. V rámci procedur aplikují injekce, teploléčbu či elektroléčbu, provádějí převazy, měření fyziologických funkcí, dozor u koupelí nebo inhalací. Součástí jejich práce je i kontrola kontraindikací, vyhodnocování rizik, řešení akutních stavů, edukace klientů ohledně prevence, změny životního stylu a podobně.

„Obecně platí, že zdravotních sester je spíše nedostatek, podobně jako v nemocnicích. Některé lázně se potýkají například s vyšší průměrnou věkovou strukturou sester, sezónními výkyvy v poptávce či menší atraktivitou regionu či dostupností bydlení. Na druhé straně lázně často lákají sestry díky stabilnějšímu dennímu režimu a menší zátěži, než představuje akutní medicína, a příjemnějším prostředím," popisuje Ing. Alice Müllerová, tajemnice Svazu léčebných lázní ČR.

Uplatnění nacházejí absolventky zdravotnických škol také v domácí péči. „Výhodou zdravotních sester je především jejich hlubší znalost práce se seniory a zkušenosti z klinické praxe. I když v rámci platformy Viola naši partneři neposkytují zdravotní péči, odborná erudice se v domácím prostředí velmi osvědčuje. Zdravotní sestry mají dobrý přehled o projevech chronických onemocnění, umí citlivě komunikovat s rodinou i klientem a často dokážou dříve rozpoznat, že se seniorův stav mění nebo zhoršuje," říká Ing. Eduard Suchánek, co-founder Viola pečuje.

Platforma Viola nabízí sestrám jak práci na plný úvazek, tak možnost přivýdělku. „Řada bývalých zdravotních sester volí spolupráci po celý týden. Naplňuje je práce v přirozeném domácím prostředí klientů, kde se mohou věnovat individuální péči bez časového tlaku," vysvětluje Eduard Suchánek.

Práce pro posudkovou službu

Před třemi lety se zdravotní sestry zapojily do odborného posuzování zdravotního stavu lidí, kteří žádají o příspěvek na péči. Umožnil jim to zákon, který stanovil novou pracovní pozici „odborný nelékařský zdravotnický pracovník“ (ONZP). Jedná se o nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, zdravotně-sociální pracovník, zdravotnický záchranář, fyzioterapeut a od loňského září také klinický adiktolog.

„Tato pozice je historickým průlomem v oblasti posudkové činnosti týkající se posuzování zdravotního stavu osob žádajících o příspěvek na péči, o průkaz osoby zdravotně postižené a o příspěvek na zvláštní pomůcky pro osoby zdravotně postižené,“ uvádí Ing. Jitka Drmolová, vedoucí oddělení komunikace a tisková mluvčí ČSSZ.

Práce sester spočívá především v získávání klíčových informací o zdravotním stavu klientů v podobě lékařské dokumentace. A zatímco dříve musel posudek o stupni závislosti pro účely dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem žadatelů schvalovat a podepisovat lékař, od loňského září tomu tak už není. Posílení kompetencí ONZP má přínos nejen pro ně samotné, ale i pro žadatele, kteří díky urychlení celého procesu mohou dříve dosáhnout na některou z dávek a služeb sociálního zabezpečení a nemocenského pojištění.

„Zdravotní sestry se s novou pracovní rolí sžívají velice dobře a s velkým nasazením i přes vysokou časovou, fyzickou a psychickou náročnost,“ dodává Jitka Drmolová. Než mohou sestry a další ONZP začít pracovat v rámci posudkové služby, musí úspěšně absolvovat certifikovaný kurz.

Ty, které se v životě neztratily

Vystudovat zdravotnickou školu se vyplatí i v běžném životě. „Znalosti, které jsem získala na střední zdravotnické škole, mi přinesly nejen základní vhled do systému zdravotní péče, ale především poznatky o lidském těle a praktické dovednosti v prevenci a léčbě některých psychických a fyzických nemocí. Tyto znalosti využívám celý život v péči o sebe a svou rodinu i ve své práci,“ potvrzuje Mgr. Petra Krulišová, která nejprve absolvovala kla-

Ilustrační foto: Shutterstock

denskou střední zdravotnickou školu, pokračovala ve studiu bakalářského oboru Zdravotně sociální a geriatrická péče na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni, a nakonec vystudovala magisterský obor Rehabilitační a psychosociální péče na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Dnes se zabývá pedagogikou předškolních dětí a jako lektorka pilates vede lekce zdravotního cvičení. Na otázku, co ji odradilo od práce ve zdravotnictví, odpovídá: „Především neprofesionální přístup v komunikaci s pacienty, přetrvávající byrokracie na úkor zjednodušení přímé péče a upřednostňování léčby medikamenty na úkor vzdělávání společnosti v oblasti prevence nemocí.“

Čtyřicetileté zkušenosti ze zdravotnictví a zdravotnického školství chce zúročit současná poslankyně PhDr. Ivana Mádlová, Ph.D., MBA. „Vystudovala jsem dětskou sestru, všeobecnou sestru, učitelství pro zdravotnické obory, ekonomiku a management zdravotnictví a specializaci v intenzivní péči. Měla jsem to štěstí, že jsem mohla všechna studia v praxi uplatnit, a to od lůžka pacienta až po vrcholový management. Praxe v různých typech zdravotnických zařízení, ve zdravotní pojišťovně, na vysokých školách i na vyšší zdravotnické škole je k nezaplacení při legislativních změnách,“ říká.

Bývalá zdravotní sestra PhDr. Hana Svobodová, Ph.D., přednostka Ústavu ošetřovatelství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, přinesla do univerzitního prostředí systematické vzdělávání mentorů klinické praxe, dlouhodobě garantuje a inovuje vzdělávací programy zaměřené na didaktiku, komunikaci ve zdravotnictví, reflexi učení a etické aspekty péče o pacienta. Za svou mnohaletou činnost získala řadu ocenění, například loni v prosinci převzala zlatou pamětní medaili Univerzity Karlovy. Po absolvování střední zdravotnické školy pracovala jako sestra v nemocnici na interním oddělení, a pak dlouho učila na střední zdravotnické škole. Ve vzdělávání přitom nezapomínala ani na sebe. Na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy vystudovala obor Pedagogika a péče o nemocné a následně si udělala doktorát.

Eva Růžičková

Kdo přejde Rudé náměstí bez hole

Dění v Kremlu bylo odjakživa záhadné a od éry komunismu i nevypočitatelné, a tak Západ se zájmem zkoumal i nejjemnější známky změn u vůdců Politbyra, včetně jejich zdravotního stavu. Podle Sovětů totiž byli stále svěží, zdraví – a pak náhle v mauzoleu. Součástí „kremlologie“ se proto staly i na dálku pořizované odhady jejich skutečné zdravotní kondice.

Na konci sedmdesátých a začátku osmdesátých let 20. století američtí vojenští stratégové vysílali do světa zprávu, která nebyla poplašná, zato ale vysoce důvěryhodná. Popisovala totiž logickou sérii možných kroků, kdy by se i drobná eskalace napětí mohla snadno zvrtnout ve válku mezi NATO a zeměmi Varšavské smlouvy. Amerického lékaře, diplomata a historika medicíny Davida Owena dokonce MI6 pověřila, aby při oficiální společenské návštěvě Kremlu v roce 1977 nenápadně prozkoumal a zhodnotil zdravotní stav Leonida Iljiče Brežněva, protože kolovaly zvěsti o jeho karcinomu hrtanu. Během rozhovoru Owen nezaznamenal žádnou hlasovou odchylku. Jasné alespoň bylo, že Brežněv rychle stárne. Na setkání s americkou delegací v roce 1979 už předsedu prezidia Nejvyššího sovětu přinesli dva obrovití příslušníci KGB a v prosinci téhož roku se nezúčastnil porady, na které se Jurij Andropov, Andrej Gromyko, Boris Ponomarov a maršál Dmitrij Ustinov dopustili fatálního omylu, když se rozhodli pro invazi do Afghánistánu. Brežněv seděl ve své kanceláři a k rozhodnutí pouze přidal svůj podpis. Odmítal opustit úřad, a přestože i s kardiostimulátorem už utrpěl několik srdečních záchvatů, měl karcinom čelisti, emfyzém (byl celoživotně silný kuřák), oběhové problémy a leukemii, nadále tvrdil, že je zdráv. Bylo symbolické, že pád sovětského imperia začal kolektivním rozhodnutím jeho sešlého vedení vpadnout k sousedům.

Leonid Iljič Brežněv zemřel v listopadu 1982, tehdy mu bylo 76 let. Vystřídal ho osmašedesátiletý Jurij Vladimirovič Andropov, bývalý šéf KGB. O jeho povaze se vyprávěl vtip, jak dosáhl jednomyslnosti své volby: „Soudruzi, už můžete dát dolů ruce a odstoupit od zdi!“ Oproti Brežněvovi působil poměrně křepce, nicméně měl silný diabetes, těžkou hypertenzi a záhy po uvedení do funkce ho selhání ledvin přivedlo na dialýzu v kremelské nemocnici. V SSSR kolovala anekdota o rozdílu mezi ním a Brežněvem: Brežněv mohl odjíždět z Kremlu, protože fungoval na baterky, Andropov ne, protože tam musel být připojen do sítě. Za méně než dva roky zemřel i on, podle oficiální zprávy na selhání ledvin. V únoru 1984 se Owen zúčastnil Andropovova pohřbu a v Kremlu si potřásal rukou s jeho nástupcem, tehdy třiasedmdesátiletým Konstantinem Ustinovičem Černěnkem. Během rozhovoru s ním slyšel Owen pískání na hrudi typické pro astma. Černěnko ho skutečně měl, a to velmi silné. Rok své vlády strávil těžce nemocný na dýchacím přístroji střídavě doma a v nemocnici. Černěnko zemřel v roce 1985 jako třetí vůdce Sovětského svazu během pouhých tří let. Po dalším pohřbu ke Kremelské zdi se v Rusku objevil vtip, že aspoň příští tajemník by mohl být vybrán podle jiného kritéria, a to „kdo přejde Rudé náměstí bez hole“.

Gorbačov se těšil skvělému zdraví

Obecnou pravdou je, že z velké většiny lpí političtí vůdci na své funkci až příliš dlouho a mají se na pozoru před svými možnými nástupci a na rozdíl od velkých firem se v politice nástupnictví v podstatě neplánuje. Oproti Andropovovi, který byl zastáncem alespoň dílčích reforem, byl Černěnko politik brežněvovského stylu a zcela jistě by ho zdrtilo vědomí, že jeho nástupcem bude propagátor perestrojky a glasnosti, tedy přestavby a otevřenosti, které měly vést k demokratizaci Sovětského svazu a ukončení studené války.

Ruský a sovětský komunistický politik Michail Sergejevič Gorbačov byl generálním tajemníkem Ústředního výboru Komunistické strany SSSR, a tedy vůdcem této země v letech 1985–1991. V době nástupu do čela země mu bylo pouhých 54 let, mezi nemocnými starci v Politbyru působil jako zjevení. Na rozdíl od svých předchůdců ve vedení země sovětů měl i smysl pro humor a lehkou sebeironii. Pro něj typickou rudou skvrnu na čele (naevus flammeus) nosil hrdě, na fotografiích ji nedovolil retušovat a v roce 2004 si skvrnu dokonce nechal patentovat jako ochrannou známku pro své portské víno. On sám byl přesvědčený leninista, nicméně změny, které prosadil, nakonec vedly ke konci vlády KSSS, rozpadu sovětského impéria a východního bloku. Otázkou dodnes je, do jaké míry mohl předjímat, co rozpoutá. Rozpad Sovětského svazu nebyl součástí plánu a značná část Rusů mu pád impéria nikdy neodpustila. Nicméně právě Michail Gorbačov se jako jeden z mála tamějších vrcholných politiků těšil skvělému zdraví. Dožil se 91 let, zemřel až v srpnu 2022. Podle některých zpráv se až v posledních letech života léčil s ledvinovým onemocněním a byl opakovaně hospitalizován. Ještě několik týdnů před smrtí vyjádřil zděšení z toho, že Vladimír Putin ničí jeho životní dílo. Postup Ruska směrem k autoritářství a vojenským agresím sledoval v osamění a s velkými obavami.

Čerstvý vítr z Uralu

Boris Nikolajevič Jelcin aneb „čerstvý vítr z Uralu“, první postsovětský a zároveň nekomunistický (ze strany vystoupil) vůdce Ruska, převzal zemi po Gorbačovovi v roce 1991 už jako federaci celkem 15 postsovětských států. Jelcin byl rozporuplnou postavou. Jako odvážný reformátor potlačil puč v roce 1991 a nastartoval tržní ekonomiku. Jeho vládu ale provázela ekonomická krize, korupce, válka v Čečensku a alkoholové ex-

Ilustrační foto: Shutterstock

cesy, což vedlo k poklesu jeho popularity na minimum. Na rozdíl od svého stejně starého předchůdce to byl člověk silně poznamenaný rostoucími problémy s alkoholem, které ani Kreml nedokázal utajit. Po nouzovém přistání letadla ve Španělsku v květnu 1990, tedy ještě než se dostal k moci, zůstala Jelcinovi stálá bolest nohy a od té doby na ni napadal. O něco horší bylo, že trpěl ischemickou chorobou srdeční s anginou pectoris a často míval i bolesti bederní páteře. Jeho zdravotní stav se ale pro Ruskou federaci stal vážným problémem až od roku 1994, kdy nitroglycerin, který užíval a původně mu ulevoval od bolestí srdce, přestal účinkovat. Jelcin se začal stále více spoléhat na analgetika a alkohol. Ekonomická reforma se zoufale nedařila a s politickými, a zejména hospodářskými nezdary Jelcina opouštěl okruh podporovatelů a sympatizantů. Dříve velmi společenský, charismatický a velmi populární politik se začal uzavírat do sebe, což mu ale nebránilo v tropení skandálů. V srpnu 1994, u příležitosti odchodu posledních ruských vojenských jednotek z Berlína, byl Jelcin evidentně opilý: vytrhl dirigentovi taktovku a sám řídil Berlínský policejní orchestr, načež se jal zpívat ruskou lidovou píseň. O měsíc později nedokázal na letišti Shannon vystoupit z letadla, přestože tam na něj před schůdky čekala ve špalíru nastoupená celá irská vláda. Noviny tehdy psaly, že Jelcin tenkrát upadl do opileckého spánku po pijatyce cestou zpět z vrcholné schůzky s prezidentem Clintonem. Jelcin posléze tvrdil, že spal a jeho funkcionáři ho nechtěli budit. Podle některých „kremlologů“ to ale bylo ještě jinak: Jelcin tehdy prodělal těžký infarkt myokardu a s ohledem na světovou politickou veřejnost se Rusům jevilo únosnější nechat kolovat historky o opilosti než vypustit informaci, která by mohla signalizovat brzkou změnu ve vedení jejich státu.

Ve skutečnosti Jelcin prodělal infarkt celkem pětkrát a dvě z těchto srdečních příhod, v červenci a říjnu 1995, byly závažné. Další prezidentské volby měly být v červenci roku 1996 a ještě v lednu měl Jelcin jen desetiprocentní volební preference. Za této situace se vzepjal k velkolepému předvolebnímu boji, ve kterém občany Ruska přesvědčoval, aby jej volili, upozorňováním na skutečnost, že jeho protikandidátem je komunista Gennadij Žuganov s programem návratu do minulosti. Jelcin byl opět ve formě, přinejmenším jako rétor. V ostrém předvolebním projevu v únoru v Jekatěrinburgu Jelcin mezi záchvaty kašle citoval Rusům slavná Solženicynova slova o zániku „pod rudým kolem“. Volby překvapivě vyhrál. V kampani mu nepochybně pomohlo omezení alkoholu i zvýšená péče lékařů, nejvýraznějším momentem změny byl zřejmě jeho politický tah na branku a znovunabytá chuť vítězit. Jistě mu pomohlo i zjištění lékařů, že trpí obstrukční spánkovou apnoí, díky tomu dostával kyslík a konečně se v noci vyspal, opustila ho deprese a přes den měl mnohem víc energie, než míval v předchozích letech. Volby opět vyhrál, ale už při inauguraci (byla v létě) opět velmi špatně chodil, mluvil nejasně a byl očividně těžce nemocen. Už na podzim nutně potřeboval koronární bypass, ale jeho ruští lékaři tvrdili, že takovou operaci nemůže přežít.

Otevřenost jako jednorázové porušení tradic

Do dění zasáhl prezident Clinton, který Jelcinovi domluvil konzultaci Michaela E. DeBakeye, amerického průkopníka v oblasti srdeční chirurgie. DeBakey do Moskvy skutečně odjel a za spolupráce s multioborovým týmem důkladně Jelcina vyšetřil. Zjistil mimo jiné, že ruský prezident trpí hypotyreózou, což pravděpodobně přispělo k jeho onemocnění srdečních cév, nápadné odulosti v obličeji a v neposlední řadě i k neschopnosti zpracovávat nadměrné množství alkoholu. DeBakey doporučil zákrok odložit a provést důkladnější přípravu k němu. Navrhl také pětinásobný bypass a upřesnil metodu operace. Jelcin (oproti kremelským tradicím) operaci veřejně oznámil a 5. listopadu ji podstoupil. Proběhla v Moskvě, trvala sedm hodin a dopadla úspěšně. Německý kancléř Helmut Kohl vzápětí interpretoval názor dvou německých lékařů, kteří se na zákroku podíleli, že Jelcin už nebude v natolik dobrém zdravotním stavu, aby vydržel ve funkci do prezidentských voleb, plánovaných na rok 2000. DeBakey projevil větší optimismus, řekl, že nebýt bypassu, Jelcin už by byl po smrti, ale teď že má velmi dobrou prognózu a po zotavení bude moci normálně pracovat. To se ale tomuto pacientovi nepodařilo, do Kremlu se vracel jen sporadicky, pracoval z rezidencí kolem Moskvy. Často býval hospitalizován s virózami dýchacích cest, ale jednou i s prasklým žaludečním vředem. Trpěl bolestmi a nepřestal být závislý na analgetikách. 31. prosince 1999 podal demisi a funkci prezidenta převzal Vladimír Vladimirovič Putin, který pak na jaře následujícího roku vyhrál volby. Boris Jelcin zemřel 23. dubna 2007 na selhání srdce, ve věku 76 let. Po více než sto letech byl prvním ruským vůdcem, který si zvolil pravoslavný pohřeb. Takový jednou určitě čeká i na Vladimíra Putina, zatím ale o jeho zdraví Kreml šíří samé superlativy.

Jana Jílková

Více z historie medicíny najdete také na webu **zdravotnictvi-medicina.cz**

▼ Inzerce

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
vás zve na konferenci

Sestry v akci

14. května 2026, Tábor

APSS CR

PROFESNÍ SVAZ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

interpharmac
člen holdingu

Cena: Členové 790 Kč, ostatní 1 090 Kč
Přihlášky: www.apsscr.cz, menu Konference –> Plánované konference a kongresy

▼ Inzerce

Knižní novinka...

doc. MUDr. Ondřej Volný, Ph.D., FESO, Ing. Adam Gřunděl, MBA, a kol.

Umělá inteligence (AI) ve zdravotnictví

Umělá inteligence (AI) mění zdravotnictví rychleji, než si dokázali představit i ti nejodvážnější vizionáři. Kniha „Umělá inteligence (AI) ve zdravotnictví“ nabízí komplexní pohled na to, jak se AI stává nepostradatelnou součástí moderní medicíny.

V 11 kapitolách zpracovaných předními odborníky z oblasti medicíny, biomedicíny a technologií se čtenář ponoří do témat zahrnujících například:

- základy AI ve zdravotnictví,
- AI v infrastruktuře zdravotnického zařízení,
- AI v radiologii,
- AI ve farmacii,
- regulaci, legislativu a etiku
- nebo přístup k AI ve zdravotnictví z různých koutů země.

Kniha přináší nejen teoretický základ, ale i praktické příklady, případové studie a inovativní přístupy, které již ovlivňují klinickou praxi. Čtenářům poskytne inspiraci a důkladné porozumění tomu, jak může AI zlepšit péči o pacienty, zvýšit efektivitu zdravotnických zařízení a přinést nové perspektivy do léčby i prevence onemocnění. Publikace je určena pro zdravotníky, vědce, vývojáře, studenty i širokou veřejnost se zájmem o budoucnost zdravotnictví. „Umělá inteligence ve zdravotnictví“ je průvodcem po dynamicky se rozvíjejícím světě AI, který mění způsob, jakým vnímáme péči o zdraví.

Doporučená cena: 599 Kč

Cena na e-shopu eezy.cz

479 Kč

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

POZVÁNKA
NA ODBORNOU KONFERENCI

DIGITALIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ 2026

INMED

4.–5. 6. 2026, Hotel Grandior Praha, Na Poříčí 42, Praha

ODBORNÉ BLOKY:

Představení strategie digitalizace a standardizace interoperabilita – koncepce sdílení a výměny dat mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče

Praktické přístupy EZD

Telemedicína a umělá inteligence: budoucnost zdravotní péče?

Inspirace z probíhajících výběrových řízení a probíhajících realizací

Workshop AI

Registrovat se můžete na eventy.eezy.cz/konference nebo pomocí QR kódu