



PALIATIVA

Domácí paliativa
na prahu pilotního projektu
Možnosti zařazení mobilní
paliativy do úhrad ze ZP

STRANA 4



Z MEDICÍNY

Jak podpořit bezpečí pacientů
a kvalitu péče v Evropě
Zpravodajství z workshopu
v Římě

STRANA 42



SESTRA

Plánované těhotenství
po pětáctyřicítce?
Úskalí pozdních těhotenství
– kazuistiky

STRANA 28



**PharmDr. Lubomír
Chudoba:**
Komora podala návrh
na osvobození
signálního kódu od daně
u Generálního finančního
ředitelství, to zatím
stanovisko nevydalo.

Foto: Martin Pinkas / Euro

Blízká i daleká budoucnost nemocničních lékárníků

Zimní konference nemocničních lékárníků, která se pravidelně (letos poštěté) koná na konci ledna v Jihlavě, opět přinesla odbornou diskusi nad řadou dlouhodobých i aktuálních lékárenských témat, ať už jde o definici oboru, vzdělávání, kompenzace poplatků za recept či otázku optimalizace sítě lékáren.

Jak ve svém projevu uvedl nový předseda sekce nemocničních lékárníků (SNL) České farmaceutické společnosti (ČFS JEP) a vedoucí lékárník nemocniční lékárny Fakultní nemocnice Motol Petr Horák, každodenní poskytování farmaceutické péče v nemocnicích funguje hladce a její kvalita je vysoká i ve srovnání se zahraničím. Zvyšuje se ale také míra odpovědnosti a rizika, která je srovnatelná s jakýmkoli jiným medicínským

oborem. Horší je to s financováním této péče. „Farmaceutická péče o hospitalizovaného pacienta je asi jediný zdravotnický obor, který není nijak hrazen. Role farmaceuta se přitom stále posouvá směrem do nitra nemocnice a k pacientovi a stále větší tlak bude kladen na zajištění kvality,“ připomněl Petr Horák. Vedle stabilních ekonomických podmínek podle něj obor potřebuje jasnou definici minimálních standardů, adekvát-

ní systém kontinuálního vzdělávání, úkolem odborné společnosti je navržení nových výkonů pro farmaceuty plátcům zdravotního pojištění. Dalším cílem v rozmezí měsíců až let je definice a poté standardní dohodovací řízení nad výkony v klinické farmácii a dalšími výkony pro farmaceuty. Výkony čeká standardní dohodovací řízení, zde jsou ale lékárníci na úplném začátku.

(pokračování na straně 2)

Většina nemocnic platy navýšila

Část nemocnic navýšila příjmy zaměstnancům už v lednu, často formou mimořádných odměn. Další čekají na jednání se zdravotními pojišťovnami. Ředitelé ale upozorňují na zatím nejistý příjem nemocnic od zdravotních pojišťoven a sahají po finančních rezervách.

Jihomoravský kraj potvrdil v tiskové zprávě navýšení platů ve všech svých osmi nemocnicích již od ledna, stejně tak i u zdravotnické záchranné služby. Navýšení se týká přibližně 5600 zaměstnanců. Polepší si i pracovníci nemocnic provozovaných městem Brno. O 5 % byl od 1. ledna navýšen platový tarif i zaměstnancům

FN Brno. „Náklady spojené s tímto navýšením FN Brno vyčíslila na 100 milionů korun, jež budou kryty úhradovou vyhláškou MZ pro rok 2015,“ uvedla pro naši redakci mluvčí nemocnice Anna Mrázová. Platy vzrostly od ledna i v nemocnicích Zlínského kraje. V Kroměřížské nemocnici zatím kompenzují vyšší platy formou

výkonnostních prémie. Podobně postupuje i Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Za leden zde zaměstnanci obdrží mimořádné odměny. „Pokud se týká dalšího období, čekáme, jak se k úhradové vyhlášce postaví zdravotní pojišťovny,“ uvedla mluvčí nemocnice Karla Havlíková.

(pokračování na straně 2)

Z DOMOVA

Blízká i daleká budoucnost **nemocničních lékárníků**

(pokračování ze str. 1)

Definice nemocniční lékárny dle SNL

Postupným definováním oboru začal výbor SNL již na konferenci v Jihlavě, kde odsouhlasil charakteristiku nemocniční lékárny. Tou se rozumí lékárna, která je organizační složkou zdravotnického zařízení poskytujícího zdravotní služby dle § 8 a 9 zákona o zdravotních službách, tj. jednodenní nebo lůžkovou péči, a pro poskytovatele uvedené zdravotní služby zajišťuje lékařskou péči. K základním provozním prostorům nemocniční lékárny nad rámec vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení patří odborné pracoviště výdeje léčivých přípravků zdravotnickým zařízením lůžkové péče a hodnocení léčivé politiky a odborné pracoviště pro poskytování léčivých informací. „Tato definice je nicméně součástí širší problematiky, kterou bychom rádi shrnuli v dokumentu pokrývajícím i minimální personální standardy. Zde ale diskuse ještě ukončena není. Jako výbor si myslíme, že bude také potřeba šířeji diskutovat i o dalších aspektech, jako je například legislativní vymezení pojmu infuzní roztoky a další podrobnější problematiky,“ uvedl pro naši redakci Petr Horák.

Problematika signálního kódu

Změny lékárnám letos připravila kompenzace regulačních poplatků vykazováním signálního kódu (oproti lékařským oborům však jen částečně, ve výši 40 %). A to hned v několika ohledech. K dnešnímu dni například není jasné, zda bude lékárnám, které jsou plátcí DPH, tento kód zdaněn deseti procentní daňovou sazbou. Stanovisko České lékařské komory (ČLnK) ozřejmil na konferenci lékárníků prezident ČLnK Lubomír Chudoba. „Komora podala návrh na osvobození signálního kódu od daně u Generálního finančního ředitelství již v prosinci loňského roku. Dосud ale odpověď neobdržela (ředitelství neodpovědělo komoře do data uzávěrky tohoto čísla – pozn. red.). Po konzultaci s daňovou poradkyní komory a z důvodu opatrnosti proto doporučujeme, aby lékárny přiznaly u signálních výkonů desetiprocentní odvod daně. Pokud poté generální ředitelství osvobození uzná, daně se jim zase vrátí,“ uvedl prezident Chudoba.

Jak správně kompenzovat

Lékárny také začaly podepisovat úhradové dodatky s pojišťovnamy. Podle informací, které ZaM sdělil tiskový mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Oldřich Tichý, pojišťovna již dodatky ke smlouvám rozeslala všem lé-

kárnám. „Stanovisko VZP je zcela jednoznačné – tomu, kdo dodatek neuzavře, pojišťovna kód v žádném případě propálčet nebude,“ varoval mluvčí Tichý.

Komora v souvislosti s vyhláškou, která kompenzace v roce 2015 zavedla, upozorňuje, že pro limitace je jako referenční období stanoven rok 2013. Zástupci lékárníků, ale například i stomatologové a dětské lékaři, mají nyní před sebou jednání s pojišťovnamy o tom, jak poplatky prostřednictvím signálního výkonu kompenzovat těm lékárnám, resp. ordinacím, které začaly vykonávat svou činnost až ve druhé polovině roku 2013 nebo v roce 2014. Další limitací je podle Lubomíra Chudoby fakt, že oproti lékařům není na lékárny navázán stabilní kmen pacientů. „Meziroční struktura pacientů se v lékárnách velmi mění, a to zvláště ve velkých městech. Navrhovali jsme proto, aby nedocházelo k dalšímu krácení prostředků od jednotlivých pojišťoven a signální kódy byly vyčísleny za celé období od všech zdravotních pojišťoven dohromady,“ vysvětlil prezident Chudoba.

Novinky v legislativě

Na lékárníky letos dopadnou změny také v souvislosti s novým zákonem o zdravotnických prostředcích, jehož účinnost byla posunutá na duben 2015. Jak na konferenci uvedl Jakub Machálek ze sekce zdra-

votnických prostředků Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), odvolací agenda zůstane od 1. dubna v kompetenci ministerstva zdravotnictví, dozor nad zkušebními zdravotnickými prostředky (ZP) si ponechá Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví (ÚNMZ) a na regulaci reklamy na ZP budou nadále dohlížet živnostenské úřady. Právě regulace reklamy, jeden z hlavních cílů novely, není ale v zákoně vůbec konkretizována. „SÚKL bude nově registrovat výrobce, distributory, dovozce, notifikovat ZP, vydávat certifikáty volného prodeje, rozhodovat o tom, zda výrobek vůbec je či není ZP, do které třídy rizika spadá a provádět dozor nad trhem,“ uvedl Jakub Machálek. Připomněl, že například notifikace ZP zahrnuje posouzení až statisíce ZP za rok, tato agenda vyžaduje vznik registru ZP, který by měl proces do značné míry zautomatizovat. V souvislosti s klasifikací Jakub Machálek zmínil nárůst přechodu mezi léčivé přípravky, do kategorie zdravotnických prostředků, ať už z finančních důvodů (registrace léčiv je nákladná) nebo přechodu od doplňků stravy k ZP kvůli lepší možnosti prezentace. Jedno z problematických témat, která souvisí s praxí nemocničních lékárníků, je povinnost lékaře, jenž předepisuje ZP opakovaně, ověřit, zda původ-

ní ZP stále vyhovuje, nebo je předepsání nového již nevyhnutelné.

Efektivní síť

Dlouhodobou problematikou je možnost optimalizace sítě lékáren. Záležitostí v Jihlavě otevřel ředitel strategie České průmyslové zdravotní pojišťovny Pavel Frňka. „Síť je nevyvážená. Na Karlově náměstí v Praze jsou vzdálenosti mezi lékárnami v rozmezí 20 až 300 metrů, zatímco na Šumavě jsou oblasti, kde není lékárna dostupná do 35 minut obvyklou dopravou, jak stanovuje nařízení vlády o dostupnosti péče. Dobrým příkladem je například Rakousko, kde je minimální vzdálenost mezi lékárnami 500 m a hranice počtu obsluhovaných pacientů stanovena na 5,5 tisíce. Lékárna zde navíc nedostane smlouvu, pokud není navázána alespoň na dva praktické lékaře,“ uvedl ředitel Frňka. Efektivnější plánování podle místopředsedkyně ČFS a vedoucí nemocniční lékárny Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Heleny Rotterové vyžaduje také síť oddělení přípravy cytostatik v nemocničních lékárnách, která jsou nedílnou součástí Komplexních onkologických a Hematoonkologických center v ČR a zásobují i další zdravotnická zařízení. Zatím ale není zřejmé, kdo by měl tuto síť regulovat, zda MZ, či pojišťovny.

Petra Klusáková

Většina nemocnic **platy navýšila**

(pokračování ze str. 1)

V Ústeckém kraji zvyšují platy částečně

Krajská zdravotní schválila ve svých nemocnicích 5% růst mezd. V roudnické nemocnici vedení rozhodlo o navýšení platů o 6%. V Žatci vzrostly platy o 3%. Stejně tak v Kadani. „Jak uvedl ředitel Nemocnice Kadaň, s. r. o., Josef Mašek, další navýšení o 2% by mohlo přijít po vyúčtování roku 2014. „Struktura mezd a jejich výše je zde zcela odlišná od tabulkových platů. Zavedení tabulek by u většiny zaměstnanců nemocnice vedlo ke snížení platů, zejména u lékařů,“ upozornil ředitel Mašek. Úhrady pojištěven v roce 2015 budou přitom přímo závislé na vyúčtování záloh za rok 2014. „Naše předběžné výpočty úhrad zatím naprosto jednoznačně nezajišťují finanční prostředky na předpokládané pětiprocentní navýšení mezd. Zvýšení mezd proto

půjde z rezervy nemocnice vytvořené v minulých obdobích,“ doplnil.

Jihočeské nemocnice navyšují od února

Nemocnice Jihočeského kraje zvednou platy svým zaměstnancům od února a března, a to o 5%. Stejně by měla postupovat i města a soukromá zařízení. Od února byly mzdy navýšeny v Nemocnici České Budějovice. Jak informoval předseda představenstva Břetislav Šhon, navýšení se týká všech zaměstnanců. „V realu dojde k navýšení celkové mzdy díky zvýšené hodinové sazbě o 7 procent. Tuto položku dělají především služby lékařů a sester, dovolené a tak dále, které se vypočítávají z průměrné hodinové mzdy. V lednu navýšení nebylo vyplaceno, neboť nemocnice čekala, jaké zálohy budou pojišťovny vyplácet a zda skutečně dojde v průměru k navýšení příjmu od pojišťoven o 3 procenta,“ doplnil s tím,

že to nemocnice kompenzovala navýšením třináctých platů.

V nemocnici v Prachaticích chystají dohodu s odbory o navýšení platů od března. „Zatím však není jisté, zda bude plošně všem přidáno stejné procento, nebo budou valorizovány mzdy o nějakou určitou částku dle kategorií v mzdové směrnici s tím, že v průměru půjde o 5 procent,“ uvedl pro naši redakci předseda představenstva nemocnice Michal Čarvaš. Upozorňuje také na to, že ne všechny zdravotní pojišťovny zatím zvýšily zálohy o dohodnutá 3%. Podle návrhu vedení by se navýšení mezd mělo týkat všech zaměstnanců prachatické nemocnice včetně provozních pracovníků. Peníze za první měsíce letošního roku budou dle slov Michala Čarvaše vyplaceny jako kvartální prémie.

AGEL stále jedná

Společnost AGEL, která provozuje nemocnice a polikliniky v České

republice i na Slovensku, se zatím nedomluvila se Sdružením odborových organizací skupiny AGEL (SOOSA) na mzdovém navýšení. „V platnosti tedy zůstává mzdové navýšení sjednané pro minulý rok. Vzájemnou dohodu v této oblasti komplikuje zveřejněná úhradová vyhláška platná pro rok 2015, která nenaplnila očekávání původně deklarovaného nárůstu úhrad od zdravotních pojišťoven oproti roku 2014,“ uvedla ve svém vyjádření pro ZaM PR manažerka společnosti Radka Miloševská. Podle jejich slov chce společnost nadále usilovat o to, aby mzdy byly navýšeny o více než 1%. Jednoprocentní navýšení je přitom údajně v současném znění kolektivní smlouvy. Radka Miloševská dodává, že vše je nyní v jednání.

Odbory jednájí o navýšení

Zdravotnické odbory řeší platy zaměstnanců se zástupci kra-
jů.

Problematické jsou zejména léčebny dlouhodobě nemocných a celý segment následné péče, kde úhradová vyhláška nedává podle zaměstnavatelů dostatek finančních prostředků, jak uvedla předsedkyně zdravotnických odborů Dagmar Žitníková. „Čekáme na výplatní pásky našich členů a zaměstnanců, ze kterých bude jasné, zda mají platy a mzdy zvýšené o 5 procent. Kde k tomu nedojde, budeme chtít situaci prošetřit a budeme požadovat, aby pracovní skupina ministerstva zdravotnictví, odborů a zaměstnavatelů zjistila, proč platy nejsou zvýšeny,“ deklarovala předsedkyně Žitníková. Pokud analýzy prokážou, že úhradová vyhláška neumožňuje nemocnicím zvýšení platů, budou odbory požadovat sjednání nápravy. „Budeme chtít, aby byla provedena úprava buď úhradové vyhlášky, nebo byly zařízením, která na zvýšení platů nemají, poskytnuty mimořádné dotace,“ dodala.

Irena Soukupová

Ministr na dlouhé lokte

Němeček za rok působení zatím ukázal schopnost rozdávat a schopnost přežít. Další je ve hvězdách.

Jako všichni ministři, které do vlády vyslala sociální demokracie, i ministr zdravotnictví Svatoopluk Němeček sedí ve svém křesle něco málo přes rok. I proto se v polovině února vydal za vládními



Martin Čaban

kolegy, aby je seznámil s rekapitulací své dosavadní činnosti. A protože sebekritika se ve vládních kruzích už dlouho nenosí, zařídil se i Němeček podle cimrmanovského hesla: „Nepochválím-li se sám, nikdo to za mě neudělá.“

Vyzdvihovaná transparentní novela

Je vcelku jasné, že za rok ministrování se nedá mnoho věcí dobudovat do úplného konce. Proto by bylo laciné předhazovat Němečkovi, že jedině, co skutečně udělal, bylo radikální zvýše-

ní státních výdajů do zdravotnictví.

Podstatnější je rekapitulace ministerovy činnosti v oblasti koncepčněji laděných kroků. Sám Němeček vyzdvihuje několik počinů svého úřadu. V první řadě

jde o „transparentní novelu“, jak Němeček nazývá zavedení povinnosti zdravotních pojišťoven zveřejňovat smlouvy se zdravotnickými zařízeními na webu. Novela už si kleští cestu sněmovní fází legislativního procesu, ovšem hodnocení její úspěšnosti bude hodně záviset na očekávaných hodnotitele. Obecně proti nelze mnoho namítat, ale ti, kteří od ní čekají nějaké zásadní pokroky v léčení neduhů systému, budou nutně zklamaní. Jako důležitější se skoro jeví druhá, méně nápadná část novely, která

pojišťovně zakazuje používat k náboru klientů služby třetích stran. To by snad mohlo zabránit podvodným náborovým praktikám, k nimž se některé pojišťovny uchýlovaly.

Němeček se pochválil i za to, že začaly práce na systému úhrad podle DRG. Ty sice tentokrát díky novému vedení ÚZIS vzbuzují nemalé naděje, ale je to práce na roky, během nichž se může stát cokoli. Ovoce tohoto počinu, pokud dostane čas uzrát, sklídí pravděpodobně jiný ministr zdravotnictví.

Předčasná chvála komise

Odvážná je i chvála práce Němečkem zřízené přístrojové komise, přestože samotný orgán tohoto typu jistě smysl dává. Problémy jsou dva. Týdeník Euro před pár dny upozornil na případ posuzování magnetické rezo-

nance v Kraji Vysočina, konkrétně pro soukromé zdravotnické zařízení v Třebíči. Komise nedovolila soukromníkovi rezonanci pořídít, přestože zrovna na Vysočině je těchto přístrojů zjevný nedostatek. Zdůvodněním bylo, že si magnetické rezonance brzy pořídí krajské nemocnice. Jen se ještě neví kdy.

V komisi navíc seděl hejtman Vysočiny Jiří Běhounek, který se tak ocitl ve zjevném střetu zájmů – pomohl nemocnicím, jejichž je zřizovatelem, aby jim v budoucnu nekazil kšefty vlezl soukromník. To na komisi nevrhá nejlepší světlo. Druhý důvod, proč je chvála komise předčasná, spočívá v tom, že se toto těleso dosud neodvážilo kousnout do nejkryselejšího jablka ze všech, a tím je jasné a odborné posouzení smyslnosti pražského Centra protonové terapie. Dokud komise nerozhodne v této kauze, je



Ilustrační foto: Shutterstock

všechna její další činnost v podstatě paběrkováním.

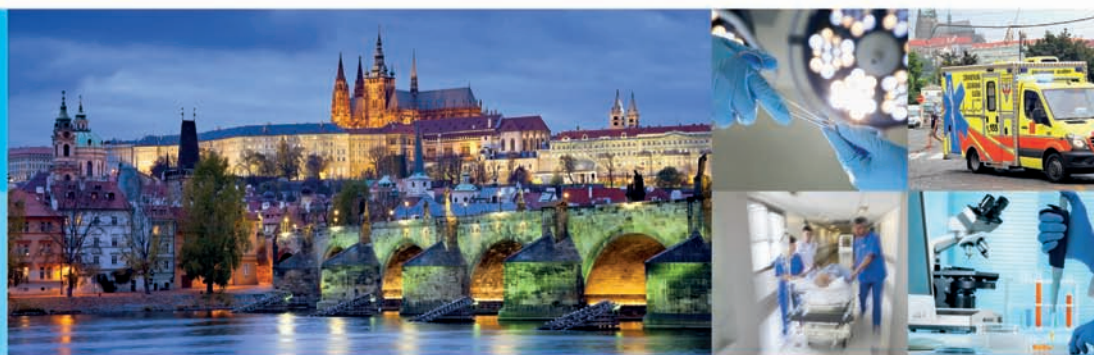
Ministr Němeček, ač není velký reformátor, má pár rozumných nápadů, ale leží před ním ještě hodně práce a dlouhá cesta. Jeho největším osobním politickým úspěchem bylo zatím to, že přežil nevybíravý nájezd svého vládního kolegy z financí a dravého investora do zdravotnictví v jedné osobě Andreje Babiše. Stěží lze ovšem čekat, že šlo o útok poslední.

Inzerce M151000150

UZS
UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Unie zaměstnavatelských svazů ČR
a Mladá fronta a. s.
Vás zvou na konferenci

mf
EVENTS & CONGRESSES



Zdravotnictví 2016

12. 11. 2015 Praha, Hotel Ambassador

www.uzs-konference.cz

Z DOMOVA

Domácí paliativa na prahu pilotního projektu

Mobilní hospice poskytují v nepřetržitém provozu odbornou lékařskou, sociální a psychickou podporu terminálně nemocným pacientům v jejich domácím prostředí. Odborníci v oblasti paliativní medicíny a zástupci pojišťoven jednájí o možnostech jak zařadit mobilní paliativu do úhrad ze zdravotního pojištění.

Žádný z 22 mobilních hospiců nemá komplexní terénní paliativní péči hrazenou od zdravotní pojišťovny.

Na ministerstvu zdravotnictví začala na jaře loňského roku jednání o možnosti vzniku pilotního projektu paliativní péče, který by měl zmapovat poskytování mobilní paliativy, možnosti její úhrady ze zdravotního pojištění, bezpečnosti péče pro pacienty a přínosu pro systém českého zdravotnictví. „Zahájení tohoto pilotního programu a vstup paliativní péče do systému veřejné

ho zdravotnictví maximálně podporují. Ve zlepšování dlouhodobé a paliativní péče máme vůči české společnosti dluh. Máme skvělou akutní péči, na tu paliativní se doposud zapomínalo. Tlak na pojišťovny je v tomto případě potřebný,“ uvedl pro naši redakci náměstek ministra zdravotnictví Josef Vymazal (ANO). Jednání se účastní zástupci MZ, Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), Sva-

zu zdravotních pojišťoven a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM).

Vyjednávání nekončí

Pilot měl být původně spuštěn k 1. 1. 2015, vyjednávání se ale zdrželo na mechanismu úhrad. VZP spolu se zaměstnavatelskými pojišťovnami navrhovaly srovnání nákladovosti oproti lůžkovému hospici a lůžku léčebny dlouhodobě

nemocných, zástupci ČSPM chtěli porovnávat mobilní paliativu s nemocničním lůžkem, uvažovalo se o paušální úhradě. V současnosti se účastníci předběžně dohodli, že pojišťovny (zatím do pilotu určitě vstoupí VZP, ostatní pojišťovny stále vyčkávaly) uhradí mobilní paliativní péči pro 380 klientů ve výši měsíčních nákladů. Tedy asi jen u pětiny pacientů, o které se mobilní hospice v ČR posta-

rají. „Rozhodně to neovlivní ekonomiku poskytovatelů hospicové péče. Nadále zůstaneme závislí na dotačních prostředcích, darech a podpoře krajů,“ uvedl ředitel domácího hospice Cesta domů Marek Uhlíř.

Nově se uvažuje o spuštění pilotu od dubna letošního roku. Ani toto datum však nepotvrdil hlavní hráč vyjednávání, kterým je VZP. „Datum 1. 4. 2015 (ani žádné jiné) jako definitivní pro spuštění projektu dohodnuto nebylo a o podmínkách se stále jedná. Nicméně za VZP mohu potvrdit, že jsme od počátku veřejně prolašovali, že počítáme se spuštěním programu od roku 2015,“ řekl ZaM mluvčí VZP Oldřich Tichý.

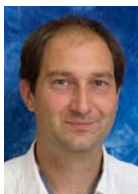
Petra Klusáková

Když hospic platí transfuze

Nad mezerami v péči o pacienty v terminálním stadiu a možných dopadech zařazení mobilní paliativy do systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění jsme hovořili s ředitelem mobilního hospice Cesta domů **Mgr. Markem Uhlířem.**

Kde nastává to hluché místo v péči o terminálního pacienta?

Víme, že více než polovina lidí, kteří mají vypsaný tzv. signální kód, tedy označení, jež praktický lékař nebo agentura domácí péče dává pacientovi v terminálním stadiu, zemře za hospitalizace. Péči o relativně stabilizovaného pacienta v terminálním stadiu praktické nebo agentura zvládá. Jakmile se ale pacient zhorší, a protože praktik ani agentury nefungují v noci a o víkendů, rodině nezbude nic jiného než zavolat záchranku. Pak pacient v terminálním stadiu umírá na interně, na JIP nebo ARO.



vinnost, ale s dodatkem „pokud vám to dovolí kapacita a návštěvy neohrozí běžnou ordinací praxi“. Z toho plyne, že pokud lékař nechce, na návštěvy nemusí. Navíc je stanovená úhrada řádově ve výši desítek korun za návštěvu. Pokud lékař za tuto hodinu namísto péče o terminálně nemocného objedná a vyšetří šest pacientů, za což mu pojišťovna zaplatí 200 korun, je zde úplně odlišný finanční dopad. Pojišťovna sama vytváří prostředí, kde odměňuje určitý typ práce praktika, domácí návštěva to rozhodně není.

Mluvíte o tom se zástupci pojišťoven?

Od května díky tlaku z ministerstva zdravotnictví sedáme s pojišťovnami u jednacího stolu. Výsledkem je mimo jiné i to, že pojišťovna konstatovala, že jde o typ péče, který chybí. A je zapotřebí jej v pilotním programu vyzkoušet. Pro skupinu pacientů, kteří potřebují specializovanou paliativní péči, není v současné době žádná infrastruktura. Na tom my stavíme – jsme tu právě pro tyto klienty, proto nepřipravujeme o pacienty ani praktické lékaře, ani agentury domácí péče. Pečujeme o ty nemocné, kteří by neměli jinou možnost než zemřít na interním lůžku nebo lůžku intenzivní péče v nemocnici.

O čem jednáte konkrétně?

Scházíme se každých 14 dní, jsou

to intenzivní jednání. Pojišťovně dokládáme například výkony, které oproti číselníku agentur domácí péče děláme navíc. To je například pohovor s rodinou. Pokud s nimi probíráte stav pacienta pro příští čtyři dny a víte, že je to skutečně konečné stadium, nemůžeme rozhovor trvat 10 minut. Patří sem i péče o tělo zemřelého. Když člověk v péči agentury domácí péče zemře, ta za ním nepřejede, my ano. Dále je tu manipulace sestry s lineárním dávkovačem. Když člověk přestane jíst a převádí se z polykacích tablet na lineární dávkovač, musí sem sestra pro něj dojet, zapsat do knihy, odvézt k pacientovi, převést jej na lineární dávkovač – tohle jsou postupy, které sestra home care agentury nedělá. Musíme nejdřív tuto péči zmapovat, kdyby nám pojišťovna nasmlouvala domácí péči nyní, třetinu naší práce nebudeme mít jak vykázat. To se daří posouvat, dobře to běží.

Co si od pilotu slibujete?

Mobilní hospic, který zaměstnává lékaře a sestry, bude mít práci těchto zdravotníků hrazenou pomocí paušálu, zároveň vedle toho bude vykazovat výkonové body, tzn. návštěvy, kilometry, telefonáty a další podle sazebníku. Pomocí kódů se bude porovnávat náročnost paliativní péče s péčí, kterou by pacient čerpal v jiném zařízení, a sice podle zadání ministerstva – tedy ověření nejen nákladovosti, ale ta-

ké bezpečnosti a přínosu pro pacienta i pro systém.

Jedním z výstupů by mělo být porovnání výše ceny za péči o umírajícího v nemocnici a ceny za umírání doma.

Míváme v péči pacienty, kteří byli léčeni v Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHKT), se kterým máme nastavenou dobrou spolupráci na předávání pacientů. Víme, že za posledních 30 dní, než přijdou k nám do péče, spotřebovali péči za miliony, bývají po transplantaci kostní dřeně a samotné lůžko v ÚHKT stojí až sto tisíc korun za pacienta a den. My léčíme přibližně za 1900 korun denně. Navíc se u takto nákladně léčených pacientů dostáváme do paradoxní situace, protože část z nich potřebuje transfuzi. Pojišťovna jim ji uhradí, ale jen v ÚHKT, kde je nasmlouvaná a kde bude zároveň hradit i ono nákladné lůžko. Když mobilní hospic bude mít takového pacienta v péči, pojišťovna požaduje, aby hospic transfuzi sám zaplatil.

Odhadnete, jaký rozdíl v cenách se může ukázat?

Máme za posledních 13 let k dispozici rodná čísla všech lidí, které jsme z kapacitních důvodů nemohli přijmout do péče. Na nich by bylo možné spočítat, kolik skutečně stálo posledních 30 dnů péče o tyto námi nepřijatelné pacienty v porovnání s cenou léčby, za kterou léčíme u nás. Rozdíl odhadu-

ji na polovinu sumy v neprospěch akutní péče.

Ilustrujeme si to na pacientovi z Prahy 5, který umírá bez podpory mobilního hospice. Když se zhorší, rodina zavolá záchranku, ta vyjde na 7 tisíc korun. Pokud ho převezou na urgentní příjem, konkrétně do Fakultní nemocnice Motol, tam je průměrný náklad na pacienta 14 tisíc korun, to se dostáváme na 21 tisíc, aniž by pacient ještě ležel na lůžku. Pokud bude umístěn na internu, je to 3400 na den. Když skončí na JIP, je to 14 tisíc za den, na ARO už 40 tisíc. My jsme schopni starat se o pacienta celý měsíc za stejné prostředky, jaké pojišťovna vynaloží u pacienta v nemocnici na intenzivním lůžku za jediný den. A to počítáme pořad jen peníze – připočítáme všestrannou frustraci, kterou způsobuje terminální hospitalizace pacienta: pacientovi, který umírá někde, kde nechtl; zdravotníkům v nemocnici, kteří by akutní lůžko raději dopřáli někomu, kdo může z akutní medicíny profitovat; rodině, která si vyčítá selhání v poslední chvíli.

Jak budou do pilotního projektu pacienti vstupovat?

Pojišťovny nemají rády situaci, kdy si nás pacient sám najde. To už teď tak není, protože většinou nám pacienta referuje do péče jeho ošetřující lékař. Pilotní program počítá s tím, že jinak než referencí od ošetřujícího lékaře pacient vůbec vstoupit nemůže. Pokud onkolog nepředepíše domácí hospic, rodina nebude moci naši službu čerpat. Bude to těžké vysvětlování, ale ve výsledku jsme za to rádi už jen proto, abychom vyvrátili domněnku, že zde poskytujeme luxusní službu a sami si aktivně hledáme pacienty.

Petra Klusáková

Rozporuplné reakce nad transparentní spoluprací

Česká onkologická společnost (ČOS), Česká společnost intenzivní medicíny a Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP ve svých oficiálních stanoviscích vyjádřily nesouhlas s celoevropskou iniciativou Transparentní spolupráce, kterou ve spolupráci s EFPIA připravila AIFP.

„S politováním musíme deklarovat, že projekt ‚Transparentní spolupráce‘ podle zveřejněných informací považujeme za zavádějící až neblahý,“ uvádí stanovisko ČOS podepsané jejím předsedou prof. Jiřím Vorlíčkem. Pro zástupce farmaceutických firem je takový postoj „překvapující“, celoevropská iniciativa Transparentní spolupráce je postavena jako samoregulační projekt farmaceutických společností a jeho zastánci si slibují zprůhlednění a objasnění principů spolupráce mezi zdravotnickými odborníky a farmaceutickými firmami. „Asociace inovativního farmaceutického průmyslu je odhodlána změnit iniciativou Transparentní spolupráce pohled odborné i laické veřejnosti na spolupráci lékařů a farmaceutického průmyslu. Nabízíme možnost objasnění problematických bodů a věříme, že nikdo v ČR nemůže negativ-

ně vnímat snahu, která pomůže pozitivně nahlížet na zdravotnictví jako celek,“ ohradil se výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Mgr. Jakub Dvořáček. Iniciativu, nad níž převzalo záštitu ministerstvo zdravotnictví, obhajuje také Filip Dostál z daňové společnosti Kemphoogstad. Podle něj nepřinese většině zdravotníků žádnou změnu. „V rámci peněžního i nepeněžního plnění (například úhrada cesty, vstup a pobyt na kongresech) jde zejména o zprůhlednění těchto toků. Zdravotníci ale i veřejnost dostávají jasnou zprávu o tom, že i tyto prostředky podléhají klasickému danění. Většina zdravotníků má ale své daně v pořádku,“ uvedl Filip Dostál.

Kdo platí kongresy

Podle zástupců onkologů je téměř „dřeváček“ tvrzení AIFP o tom,

že sílí tlak veřejnosti, médií i politiků na zprůhlednění a objasnění těchto vztahů a že je napadána integrita zdravotnických odborníků při předepisování léčiv i odborná úroveň spolupráce. „Naopak, jak vědečtí pracovníci, tak lékaři již mnoho let v rámci každé publikace zveřejňují jak obsah, tak rozsah své spolupráce jak s průmyslem, tak se všemi organizacemi (včetně státních), a to bez nutnosti jakéhokoli angažování právě farmaceutického průmyslu,“ uvedl Jiří Vorlíček a zdůraznil, že zveřejňování souhrnu roční výše plateb a jiného plnění, které se spoluprací u daného odborníka/zařízení souvisely, považuje za zcela kontraproduktivní. Podle něj vytvoří v laické a mediální veřejnosti falešný obraz o finanční provázanosti lékařů a farmaceutického průmyslu, a to ve vztahu k předepisování léčiv.

„Lékaři pracující v nemocnicích stanovují terapeutický postup, konkrétní léčivo je ale vybráno dle výběrových řízení managementem pracoviště, případně je konkrétní značka určena dispensací v lékárně. Zcela nesmyslné je také přepočítávání na finanční prostředky partnerství průmyslu na akcích vzdělávacího charakteru, které lékaři absolvovat musí v rámci povinného kontinuálního vzdělávání, a to ať by byla zveřejňována částka alokovaná na lékaře nebo odbornou společnost, která akci pořádá,“ dodal předseda ČOS.

Shoda nad odbornou spoluprací

Jak onkologové, tak i AIFP se shodují, že intenzivní spolupráce mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem je potřebná. „V loňském roce uvedl inovativ-

ní farmaceutický průmysl na trh 37 léků se zcela novou účinnou látkou, bez spolupráce by tyto inovace neexistovaly. Myslíme si, že lékaři, kteří s farmaceutickým průmyslem spolupracují, pracují v zájmu zdraví pacientů, pracují pro přínos nových léčebných postupů a mají být právem pyšní na svou práci a její výsledek,“ domnívá se Jakub Dvořáček a dodává, že iniciativa Transparentní spolupráce vznikla na základě přijetí kodexu Disclosure v roce 2013. Tento kodex byl 1. ledna 2014 přijat ve všech evropských zemích včetně České republiky a je závazný pro všechny členské společnosti EFPIA. V ČR především, nikoli však výhradně, pro členy AIFP. „Záměrem iniciativy je přispět ke zlepšení veřejného mínění o farmaceutickém průmyslu i odbornících, kteří s ním úzce spolupracují. Respektujeme postoj ČOS, ale věříme, že došlo pouze k určitému nepochopení iniciativy jako celku,“ říká Mgr. Dvořáček.

(klu)

Inzerce M151000172

KRÁSKA S VLASTNÍM NÁZOREM



NOVÁ MAZDA2



Nová Mazda2 vám učaruje na první i druhý pohled. Je kompaktní, a přitom vyznačuje sílu osobnosti. Snoubí v sobě ladnost designu s maximální funkcí, a to jak navenek, tak zevnitř. Je plně vybavena kompletní sadou technologií SKYACTIV, díky kterým se může pyšnit vysokým výkonem i jedinečně nízkou spotřebou (3,4l/100km). A pokud vám spojení síly a krásy nestačí, přidejte k nim ještě bezpečnost. Soubor bezpečnostních prvků i-ACTIVSENSE se stará o vaši kompletní ochranu uvnitř vozu, zatímco náš inovativní systém MZD Connect zajišťuje, aby vám neuniklo nic z toho, co se děje venku. Ano, je to tak. Malé může znamenat nejen milé, ale také krásné a jedinečné. MAZDA. ODVÁŽNĚ JINÁ.

LOUDA AUTO a. s. Hradecká 555, 530 09 Pardubice, tel.: +420 605 226 576, www.louda.cz

Kombinovaná spotřeba 3,4–4,9l/100 km, emise CO₂ 89–115 g/km.

Bezpečnost nemocnic

– jak se chrání zdravotnická zařízení

V souvislosti s nedávným zpřísněním bezpečnostních opatření vůči konfliktním pacientům v areálu Nemocnice Na Bulovce vyvstala opět otázka, jak vlastně zdravotnická zařízení chrání svou bezpečnost.

Určitou formu bezpečnostní politiky má dnes v podstatě každá nemocnice. Její praktická realizace se liší dle specifik areálů nemocnic i jejich investičních možností, tedy „každý po svém“. Jak naši redakci řekla mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová, v současné době neexistuje obecně závazný právní předpis ani závazný interní pokyn ministerstva, který by koncentroval úpravu oblasti zabezpečení nemocnic. Na jednotlivé aspekty tohoto problému se ale vztahuje řada právních předpisů. Počínaje zákonem o ochraně osobních údajů (kamerové systémy) přes zákon o krizovém řízení (krizový zákon) a zákon o prevenci závažných havárií způsobených vybranými nebezpečnými chemickými látkami nebo chemickými přípravky, až po zákon o kybernetické bezpečnosti (od 1. 1. 2015). V případě lineárních urychlovačů se pak nemocnice dostávají i do působnosti Státního úřadu pro jadernou bezpečnost a jeho předpisů. V třetí přístup se ale nemocnice shodují na tom, že otázka bezpečnosti zůstává jedním ze stěžejních úkolů v poskytování služeb pacientům.

Město ve městě

„Koncepte bezpečného prostředí ve FN Plzeň zahrnuje ‚bezpečnostní politiku FN Plzeň‘, což je základní dokument pro komplexní pojetí systému bezpečnosti nemocnice. Řeší definování a váhu rizik v oblastech objektové, personální, administrativní a výpočetní bezpečnosti. Výkonným orgánem je ‚bezpečnostní komise‘, která řeší rizika v nemocnici a nastavování parametrů jejich eliminace,“ řekl redakci ZAM krizový manažer Fakultní nemocnice Plzeň Ing. Miloslav Beneš. Nad bezpečností se s ředitelem nemocnice v Plzni pravidelně scházejí také odpovědní vedoucí jednotlivých pracovišť.

Jak zabezpečení nemocnice probíhá, na co všechno mohou zdravotnická zařízení pomyslet, pokud se jedná o zabezpečení jejich areálů? Základem je právě vytvoření

projektu a koncepce bezpečnosti. Ochráně zdravotnických zařízení se v ČR dlouhodobě věnuje například společnost Alkom. K typickému areálu nemocnic v rámci velkého města (jako jsou např. FN Královské Vinohrady, Nemocnice Na Bulovce nebo FN Plzeň) přistupuje agentura jako k „městu ve městě“. Navíc některé konkrétní pavilony či budovy jsou tak rozsáhlé, že i ony fungují jako „malé město ve městě“, protože zahrnují veřejné prostory, veřejné komunikace, ulice a chráněné prostory. Doplnují je oddělení, která mají bezpečnostní a režimová specifika, patří sem operační sály, pokladny nebo kartotéky.

Nejprve analýza

„Na počátku je třeba seznámit se s provozem areálu. Zjistit od vedení nemocnice problémy, s nimiž se musí potýkat, například kde dochází ke krádežím, co se ztrácí, zda dochází k poškození majetku nemocnice. Do plánu areálu se zapracují kritická místa, hrozby, kde a co se na těchto místech střeží, ať už jde o zmíněné pokladny, data pacientů, kde jsou v objektech umístěny drahé přístroje, rizikové prostory vnitřní, ale i venkovní – třeba parkoviště, kde dochází ke krádežím vozidel – poškozování zařízení například klimatizačních jednotek, které jsou pro provoz operačních sálů velmi důležité. Pak procházíme jednotlivé areály, objekty, kliniky a postupně v rámci našeho týmu specialistů, v němž je projektant, bezpečnostní technik a technik, vzniká zápis o bezpečnostní situaci. V týmu se zpracovává návrh opatření k eliminaci jednotlivých rizik, a to buď technickým zabezpečením, nebo změnou režimu, stavebními úpravami, zajištěním fyzické ostrahy, nebo kontrolou motorizovanou hlídkou,“ popsal principy přístupu zabezpečení zdravotnických zařízení ředitel společnosti Alkom JUDr. Václav Růžička.

Jak funguje pyramida

Návrh opatření pro nemocnici staví firma do pyramidy na se-

be navazujících opatření od základních po ty nejspecifičtější. „Nebudujeme zabezpečení nahodile. Podle toho, jaký má nemocnice na úpravy rozpočet, stavíme dostupná opatření, která na sebe systematicky navazují. Například první rok se dle výše finančních prostředků a významu provede mechanické zabezpečení, zajistí se jednotný dálkový monitoring zabezpečovacích systémů a na to navazující kontrolní režimy ostrahy, umístí se kamera na střežení pokladen či dat, další rok se zabezpečí konkrétní prostory, změní se fungování ostrahy. Opatření se realizují postupně, až nakonec dojdeme k aktualizaci stávající situace, vyjdou najevo potřebné změny, i to, co funguje dobře. Dlouhodobá spolupráce se nám vyplácí, s FN Královské Vinohrady spolupracujeme 15 let. Když staví nový areál, zpracováváme pak koncepci novostavby tak, aby zapadla do již fungujícího systému,“ dodal ředitel Růžička.

Milionové zabezpečení

Jak mluvčí Čechová uvedla, MZ neviduje informace o tom, kolik jednotliví poskytovatelé vydají za ochranu svých areálů, dílí informace má úřad pouze o jemu svěřených nemocnicích. „Jedna z přímo řízených organizací například uvádí jako jediný výdaj na ostrahu poplatků asi 1500 Kč za noční připojení na pult centrální ochrany, jiné tuto činnost zajišťují vlastními zaměstnanci, ne vždy je však jedinou činností těchto zaměstnanců právě ostraha, často i poskytují informace a podobně. V případě větších nemocnic, které tuto službu outsourcují, je potom přirozeně větší částka u nemocnic s pavilónovou strukturou než u monobloků. Obecně však lze konstatovat, že výdaje v poslední uvedené kategorii jsou v řádu jednotek milionů ročně. Podle dosavadních informací má nejvyšší výdaje VFN se svým velkým počtem budov v centru města a Nemocnice Na Bulovce s nepřehlédným areálem a zejména přítomností



ilustrační foto: Shutterstock

DropIn v těsné blízkosti nemocnice,“ uvedla k financování zabezpečení mluvčí Čechová.

Náklady na bezpečí

Milionové náklady potvrzuje například také Krajská nemocnice Liberec (KNL). „Náklady na bezpečnost stojí ročně cca 3,5–4 miliony Kč. Nemocnice používá jednotný kamerový systém, elektrickou požární signalizaci (EPS), elektronickou zabezpečovací signalizaci (EZS), vše staženo na řídicí pult, který má 24hodinovou obsluhu. Personálně používáme kombinaci vrátných, strážných a psů (v noci). Exponovaná zdravotnická pracoviště s non-stop provozem jsou vybavena tísňovým systémem pro zavolání pomoci v nouzi (agresivní pacienti a podobně). Připravujeme rozšíření kamerového systému a rozdělení areálu do bezpečnostních zón, které by byly automaticky monitorovány s možností hlášení porušení zóny (myšleno exteriér). Budovy mají noční režim, který je spuštěn po večerní kontrole strážným, kdy jsou budovy zamykány a je do nich umožněn přístup pouze přes elektronickou identifikaci. Nedílnou součástí zabezpečení je i zabezpečení informací a kybernetického prostoru,“ vypočetla pro náš list mluvčí KNL Barbora Silná. Jak dodala, KNL oblast bezpečnosti fyzické ani kybernetické nechce podcenit, proto v nejbližší době podstoupí bezpečnostní audit, který by měl upozornit na hrozící rizika a pomoci přijmout preventivní opatření. Takový zájem podporuje i Václav Růžička:

„Nápojením na multifunkční dohledové centrum (MDC PCO) lze šetřit a přitom výrazně zkvalitnit ostrahu a její kontrolu.“

Možnosti úspor díky dispečinku

Díky vhodnému nastavení systému bezpečnostních opatření a zejména monitoringu prostřednictvím dispečinku ale mohou nemocnice významně šetřit. „Nejefektivnějším způsobem ochrany jsou dobře rozmístěné detektory a monitoring v centru, kde data zpracovává počítač a jehož obsluha reaguje na softwarem ověřené signály. V rámci areálu rozprostře pavičinu, která se skládá z kamerových záběrů, detektorů narušení prostoru, jako je vyrazení oken či vzloupání se do objektu, detektorů, které iniciují tiseň, detektorů výpadku proudu nebo úniku plynu. V této síti je řada čidel a senzorů, které zmíněné veličiny vnímají a přenášejí po vedení, přes internet, GSM nebo mobilní operátory do centra. To pak obsluhu popíše, co je potřeba v krizové situaci udělat a koho v rámci nemocnice oslovit. Pokud vypadne proud na chirurgii, dispečink dostává za úkol informovat nejen údržbu objektu, ale třeba i přednostu kliniky, pro ověření, zda neprobíhají operace, navíc musí prověřit, zda se rozběhl náhradní zdroj,“ vysvětlil ředitel Alkomu Václav Růžička a dodal, že úsporou na nákladech pak může být snížení počtu zaměstnanců ostrahy, která nemusí být přítomna trvale, protože v případě

potřeby zasahuje motorizovaná výjezdní skupina. Ochrana znamená také snížení ztrát na škodách na majetku. Bezpečnostní agentura může navíc doložit zlepšení pojistných podmínek ze strany nemocnice a vymoci jí výhodnější pojistku. Kamerový systém již několika nemocnicím pomohl také při soudních sporech s pacienty, kteří si stěžovali na chyby zdravotníků například při příjmu. „Monitorujeme například heliport, a to od přistání vrtulníku po celou cestu pacienta od prvního kontaktu se zdravotníky přes poskytování první pomoci až po jeho odvoz na JIP,“ poukázal na výhodu kamer Václav Růžička.

Ochrana před krádeží a čipové karty

Výhodu kamerového systému téměř v každém areálu komentuje mluvčí Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) Filip Brož: „Již několikrát se díky nim podařilo zjistit pachatele krádeží. Máme zkušenost, že existují jedinci, kteří docházejí do zdravotnického zařízení již s jasným úmyslem něco odcizit (například jedinec, který kradl 4krát na lékařské fakultě a 3krát u nás, než ho náš zaměstnanec dopadl, nebo člověk, který kradl ve VFN a o pouhé 2 hodiny později v Thomayerově nemocnici Krč,“

popsal mluvčí Brož. VFN již několik let provozuje elektronické sledování nežádoucích událostí, v jehož rámci následně řeší, aby se v budoucnu neopakovaly. Projekt v roce 2011 zvítězil v soutěži Bezpečná nemocnice, kterou spolu s krajem Vysočina pořádá Spojená akreditační komise (SAK).

Kamerové systémy ale nejsou doménou velkých nemocnic, používá je například také nemocnice Podlesí v Třinci, která svou bezpečnost podpořila interní soutěží „Pomozte nám vytvořit bezpečnější Nemocnici Podlesí“, v jejímž rámci podali řadu podnětů nejen zaměstnanci, ale i veřejnost. „Zařízení kamerového systému jsou denně kontrolována bezpečnostní službou. Pro pacienty je k dispozici nemocniční trezor a na odděleních rovněž uzamykatelné skříňky. Všichni zaměstnanci jsou identifikováni čipovou kartou a vstup na některá pracoviště (ARO, JIP, operace) a katetrizační sály) je možný jejím prostřednictvím,“ ozřejmila aktivní přístup i k bezpečnosti zaměstnanců mluvčí nemocnice Radka Miloševská. Naznačila tak téma, kterému se budeme věnovat v dalších číslech našich novin, a tím je bezpečnost jednotlivců v systému zdravotnictví.

Petra Klusáková

Změnami v cenotvorbě léků VZP uspořila 1,5 miliardy

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) vydala loni za běžné léky díky snížení cen o 1,558 miliardy korun méně než v roce 2013. Většinu uspořených prostředků dala centrům specializované péče.

Jak uvedl náměstek VZP Petr Honěk, Rx léky, u nichž si pojišťovna s výrobcem dohodla slevu z ceny a které jsou pro klienty VZP bez doplatku, lékaři předepisovat nemusejí. Pokud se ale pro jejich preskripční rozhodnou, pojišťovna jim navyšuje limit a je smírnější při aplikaci regulačních srážek za jeho překročení.

Náměstek zdůraznil, že zatímco dříve VZP nalázala úspory v přísné limitaci a z překročené částky pla-

Náklady na Rx léčivé přípravky v letech 2010 až 2014 v miliardách korun

Rok	Náklady
2010	22,316
2011	22,153
2012	23,062
2013	21,787
2014*	20,902

* Jde o předpoklad, zatím nejsou k dispozici reálná data
Zdroj: VZP

tila lékařům pouze poměrnou část, v loňském roce neuplatnila regulace u žádné ambulance.

Díky revizím SÚKL

VZP má nyní na seznamu 19 léčivých přípravků určených pro léčbu kardiovaskulárních, psychiatrických a neurologických onemocnění nebo léčbu diabetu. Pojišťovna loni v souvislosti s pozitivním listem podala Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) celkem 13 podnětů na revizi. U sedmi léků VZP navrhla zkrácené revize s celkovou úsporou 937 milionů korun. Šest léků podstupovalo na SÚKL hloubkovou revizi, úspora činila 268 milionů. VZP na zkrácené revize navrhla také deset léků mimo pozitivní list, zde vznikla podle Petra Hoňka úspora 353 milionů korun.

Více na biologickou léčbu

Náměstek má již vypočtenou úsporu také pro tři revize, které – na návrh pojišťovny – započaly na SÚKL v prosinci 2014. VZP předpokládá, že na



nich ušetří dalších 249 milionů korun. Petr Honěk potvrdil, že léky na seznamu jsou předepisovány více. V loňském roce vydala pojišťovna za léky 21 z celkových 140 miliard, určených na zdravotní péči. Nejvíce VZP vydala za léky na diabetes (více než miliardu), půl miliardy za léky na hypertenzi. Díky úsporám z pozitivních listů mohla loni pojišťovna přidat 7 miliard centrům specializované péče, kde šlo víc peněz na biologickou léčbu rakoviny či roztroušené sklerózy. (klu, ČTK)

KOMERČNÍ PREZENTACE

25 let evoluce české farmaceutické společnosti

PRO.MED.CS Praha a. s. je prosperující česká farmaceutická společnost expandující na trhy střední a východní Evropy, Asie i Austrálie a Nového Zélandu. Za 25 let vývoje vyrostla z akciové společnosti čítající jednu firmu v celou obchodní skupinu PRO.MED.CS, která zahrnuje vlastní mateřskou společnost, sedm dceřiných společností a jednu vnučku a má významný podíl v zahraniční společnosti.

V roce 1989 pracovalo v Praze přibližně 20 zaměstnanců, dnes firma zaměstnává přes 680 osob v několika zemích Evropy a Asie.

Široké portfolio léčiv

Od uvedení prvního produktu na trh uběhlo čtvrtstoletí. Dnes tvoří portfolio PRO.MED.CS téměř 50 značek léků, z nichž mnohá firma sama vyrábí ve více než 480 silách a formách. V průměru každý rok portfolio narůstá o dva léky a jednu zemi. Podle potřeb konkrétního trhu PRO.MED.CS přináší nové léky a rozšiřuje produktové řady stávajících. Portfo-

lio zahrnuje zejména léky určené pro léčbu onemocnění kardiovaskulárního systému, gastrointestinálního systému, centrálního nervového systému a pro léčbu bolesti, dále pro terapii kožních chorob, dýchacích cest, nemocí močového systému a virových onemocnění. Veškerý sortiment například volně prodejných léků si můžete prohlédnout na webových stránkách společnosti. Léky obchodované PRO.MED.CS lze dnes najít v lékárnách 29 zemí. Za úspěšných 25 let působení vděčí PRO.MED.CS především vysoké odborné úrovni svých za-

městnanců, na rozdíl od jiných farmaceutických firem využívá vlastní výzkum a vývoj léků, na který vynakládá významnou část svého rozpočtu.

Léky pro půlmiliardu lidí

Společnost PRO.MED.CS byla po roce 1989 prvním soukromým výrobcem léků v Československu a i dnes je dle ročních prodejů přední nezávislou farmaceutickou firmou na českém trhu. Počet vyrobených a prodaných balení rok od roku dynamicky roste. V roce 2013 přesáhla vlastní výroba 745 milionů tablet a tobolek (cca

195 tun), ze kterých může profitovat více než půl miliardy obyvatel zemí, kam firma léky vyváží. Silné postavení na některých trzích navíc z PRO.MED.CS činí i atraktivního výrobního a obchodního partnera pro západoevropské farmaceutické společnosti. Pro některé z nich léky vyrábí a pro některé obchoduje jejich produkty na základě exkluzivního zastupování.

Dr. Bares Award

Od roku 1993 PRO.MED.CS vyhláší soutěž Dr. Bares Award o nejlepší vědeckou práci z oborů

gastroenterologie a hepatologie, pojmenovanou podle dlouholetého generálního ředitele společnosti a významného příznivce gastroenterologie dr. Rudolfa O. Bares. Podrobná pravidla a přihlášku lze najít na webových stránkách Dr. Bares Award, kde jsou uvedeny i výsledky všech předchozích ročníků.

PRO.MED.CS buduje silné partnerské svazky s českými a zahraničními gastroenterology a za účelem výměny zkušeností odborníků západní, střední a východní Evropy, Ruska a Střední Asie pořádá a sponzoruje různá odborná setkání zaměřená na nejnovější lékařské poznatky, za všechny jmenujme International Symposium of Gastroenterology.

PRO.MED.CS
Praha a. s.

Z DOMOVA

IKEM v roce 2014 lámal rekordy

Lékaři Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) loni transplantovali celkem 484 orgánů. Je to téměř 60 % všech transplantací provedených v České republice. Znovu tak dokázali, že patří k naprosté špičce ve svém oboru. IKEM chystá nové operační sály i pavilon, který odlehčí hlavní budově.

IKEM se počtem transplantací řadí mezi největší a nejvýkonnější transplantáčnická centra Evropy. Týdně zde lékaři zvládnou v průměru téměř 10 zákroků, při nichž pacienti transplantují jeden nebo i více orgánů najednou. Navíc jde často o raritní metody, které jsou kvůli náročnosti a složitosti málo využívané.

Pětinasobná transplantace

„Historicky nejvyššího počtu transplantací se nám podařilo dosáhnout například u jater. Zvládli jsme transplantovat 119 jaterních štěpů, což je oproti loňsku nárůst o téměř 40 procent, a pak také u slinivky břišní, tady jsme se s koncem roku 2014 dostali na úctyhodných 40 orgánů, z čehož 33 bylo v kombinaci s ledvinou. Vůbec největším loňským úspěchem bylo ale bezesporu úspěšné zahájení programu transplantací tenkého střeva. Jednalo se o transplantaci 5 orgánů najednou. IKEM se tak zařadil mezi 35 center,

kteří aktivně multiviscerální transplantace provádějí,“ řekl přednosta Transplantcentra IKEM Pavel Trunečka. Součástí pětinasobné transplantace u jediného pacienta byla také historicky první transplantace tenkého střeva v České republice. Přesně 10 dnů po unikátním zákroku chirurgové pětinasobnou transplantaci včetně tenkého střeva zopakovali. „Multiviscerální transplantace v tomto rozsahu je tou nejsložitější kombinací. V obou případech jsme dali pacientům, kteří neměli jinou alternativu léčby, jedinou a poslední šanci. Proto jsme se rozhodli na začátek programu pro tuto nejsložitější metodu,“ vysvětlil přednosta Kliniky transplantáčnické chirurgie IKEM Jiří Froněk.

Raritní operace laloku

Program transplantací jater je v IKEM úspěšný především díky zavedení „povinné“ metody splitu v roce 2013, kdykoli to orgán umožňuje. Jedná se o rozdělení jater od jednoho dárce mezi dva

příjemce. „Loni bylo provedeno celkem sedm splitů, z toho v čtyřech případech pro dítě a dospělého, v jednom případě pro dvě děti a ve dvou případech pro dva dospělé. Celkem jsme metodou rozdělení jater pro dva pacienty od roku 2013 transplantovali 28 dětí a dospělých. Je to nesmírně náročný, život zachraňující zákrok – obzvlášť v případě rozdělení jater pro dva dospělé hovoříme o jedné z chirurgicky nejsložitějších metod. Letos v září jsme provedli také historicky první auxiliární transplantaci jater. Pacientovi s akutním selháním jater po předávkování paracetamolem jsme odstranili jen půlku zasažených jater a místo ní jsme mu transplantovali nový levý lalok jater (od zemřelého pacienta), který podpořil regeneraci zbylé části. Díky tomu nebude muset do konce života užívat imunosupresiva jako při výměně celého orgánu. Světově raritní na tomto případě bylo to, že transplantovaný levý lalok jater měl inkompatibil-



Foto: IKEM

ní krevní skupinu. Dnes můžeme hrdě říci, že pacientovi jeho játra zregenerovala natolik, že mají zcela normální funkci, muž je doma a vede běžný život,“ vysvětlil přednosta Froněk, který transplantaci provedl.

V roce 2014 pokračoval také program transplantací ledvin formou párové výměny. V březnu byla provedena historicky největší řetězová transplantace, které se zúčastnilo celkem 7 dárců a 7 příjemců. „Celkem jsme v roce 2014 párovou výměnou transplantovali 15 pacientů, od začátku programu párových výměn v roce 2011 jsme touto formou transplantovali celkem 41 ledvin,“ doplnil Jiří Froněk.

Srdce spolu s plícemi a ledvinou

Úspěšný byl rok 2014 i pro kardiouchirurgy – těm se podařilo úspěšně transplantovat 49 srdcí, navíc ve dvou případech v kombinaci s jiným orgánem. „Teprve podruhé v historii institutu jsme, ve spolupráci s FN Motol, spolu se srdcem transplantovali pacientovi i plíce. Zahájili jsme tak program, který by měl ročně pomoci jednomu až dvěma pacientům v akutním ohrožení života. Podařilo se nám také transplantovat srdce spolu s ledvinou – k tomu jsme přistoupili teprve popáté v historii. I v tomto případě byla transplantace úspěšná. Kdyby nemocnému transplantovali jen srdce a až následně ledvinu, musel by v době mezi zákroky dále chodit na dialýzu a kvalita jeho života by stále nebyla dobrá. Kombinované transplantace jsou velmi náročné, ale pro pacienta ve výsledku méně zatěžující,“ popsal přednosta Kardiocentra IKEM Jan Pírk. Spolupráce IKEM a Fakultní nemocnice Motol bude pokračovat i v příštím roce. „Rok 2014 byl pro

obě naše centra velmi významný, společně jsme totiž ve FN Motol zahájili program transplantací srdce pro dětské pacienty. Podařilo se nám tak zachránit čtyři pacienty, z toho tři s velmi složitou a mnohokrát předtím operovanou vrozenou srdeční vadou. U jednoho z těchto pacientů byla transplantace umožněna předchozí, sedm měsíců trvající léčbou pomocí mechanické srdeční podpory implantované do těla,“ dodal přednosta Dětského kardiocentra FN Motol Jan Janoušek.

Nové operační sály

„Rekordního počtu transplantací jsme mohli dosáhnout díky vstřícnosti pojišťoven, které nastavily úhrady tzv. transplantáčnických balíčků na takovou úroveň, že jsme nebyli nuceni programy jakkoli omezovat, ale mohli jsme pomoci opět ještě vyššímu počtu pacientů než loni. Proto je potřeba rozšiřovat kapacity. V letošním roce se chystáme vybudovat úplně nový operační sál pro Kliniky transplantáčnické chirurgie. Zároveň jsme začali s přípravami stavby nového pavilonu G1, G2. Ten by měl odlehčit hlavní budově, ve které tak vznikne více ambulancí, jež se starají o pacienty po transplantacích,“ vysvětlil ředitel IKEM Aleš Herman. Pokračovat bude i spolupráce s FN Motol. „Jako jeden z příkladů tohoto rozvoje je i nově založená Společnost pro orgánové transplantace ČLS JEP. Ta bude pomyslně spojovat obě naše centra a rozvíjet nosné programy, jako je třeba transplantace srdce a plic nebo transplantace srdce pro dětské pacienty. Hlavním cílem je sledování nejnovějších trendů v transplantáčnické medicíně a nejlepších možností léčby,“ uzavřel ředitel Herman.

VZP eviduje neoprávněné vybírání hotovosti od pacientů

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) informovala o případu gynekologa, který neoprávněně vybíral poplatky za preventivní prohlídky, přestože jsou tyto hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovna upozornila, že v potvrzených případech bude takovým poskytovatelům vypovídat smlouvy.

Pro nekompromisní přístup se pojišťovna rozhodla také v případě zmíněného gynekologa z okresu Žďár nad Sázavou. „V uvedeném konkrétním případě získala VZP od klientek informace, že gynekolog vybírá v hotovosti platbu 200 korun za preventivní prohlídku. Obdobně postupoval i u těhotných žen, od nichž vyžadoval ještě vyšší částky. Vždy šlo přitom o služby, za které neměly ženy platit nic, protože jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění,“ sdělil naší redakci mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Jak dodal, klientky si na lékaře písemně stěžovaly a předložily i některé doklady, které jeho nezákonný postup dokazovaly. VZP

gynekologa opakovaně upozornila, že postupuje v rozporu se zákonem, poškozují klientky pojišťovny a zároveň i dobré jméno VZP.

Ojedinelý případ

Lékař však v protiprávním jednání, které je navíc i v rozporu se smlouvou mezi ním a pojišťovnou, pokračoval. Ředitel brněnské pobočky VZP proto na základě doložených důkazů zahájil právní kroky vedoucí k ukončení smluvního vztahu s uvedeným gynekologem.

„VZP věří, že drtivá většina lékařů je poctivá. Nemůžeme ale vyloučit ojedinělé excesy. V takových případech mohu slíbit, že VZP nebude tolerovat, aby její klienti byli nuceni platit za péči, která je hrazena z ve-

řejného zdravotního pojištění,“ řekl ředitel VZP Zdeněk Kabátek.

Edukace klientů

Pojišťovna také vyzvala své klienty k aktivní spolupráci nad ochranou jejich práv. VZP proto uvítá, pokud jí lidé dají konkrétní a věcné informace, setkali-li se například s neoprávněným požadavkem na platbu za poskytnuté zdravotní služby. Mluvčí Tichý také připomněl povinnost lékaře vystavovat pacientovi pokladní doklad na každou částku vybranou v hotovosti, kde kromě částky musí být uveden také důvod platby. Pokud by takový doklad lékař nevydal automaticky, měl by o něj pacient požádat.

(klu)

(klu)

Karlovarská nemocnice je po sedmi letech v zisku

Karlovarská krajská nemocnice (KKN) uzavřela rok 2014 se ziskem ve výši 122 tisíc korun. Je to po sedmi letech vůbec poprvé, co zakončí hospodaření s kladným výsledkem. V minulém roce navíc nemocnice navýšila mzdy o 3 procenta a modernizovala přístrojové vybavení.

V předchozím období nemocnice vytvořila ztrátu ve výši 131 milionů korun a zisk vykázala naposledy v roce 2006. „Bez pomoci Karlovarského kraje s předfinancováním by například nebylo možné tak zásadně modernizovat přístrojové vybavení, stejně jako realizovat některé další investice,“ uvedl předseda dozorčí rady KKN Jakub Páník.

Spolupráce s krajem

Jak uvedl generální ředitel KKN Josef Máz, velkou měrou se na zlepšení finančního zdraví nemocnice podíleli i samotní zaměstnanci společnosti. „Podařilo se tak zlepšit vykazování vůči pojišťovnam, nakládání s materiálem nebo dosáhnout výhodnějších podmínek při jeho nákupu,“ vypočítává některé ze změn ředitel Máz. Za zásadní pak považuje také spolupráci s oběma zdravotnickými školami v kraji a vedením regionu,

kteřá má za cíl rozšířit a zlepšit vzdělávání zaměstnancům nemocnice a postupně stabilizovat personální situaci v obou zařízeních KKN. „Rovněž jsme se snažili vyjít vstříc a najít potřebné prostředky pro průměrné navýšení mezd o 3 procenta alespoň u středního zdravotnického personálu,“ shrnuje Josef Máz.

Pomohly audity

Důležitou roli sehrál podle ekonomického ředitele KKN Davida Bracháčka také vnější i vnitřní audit. „Díky nim se nám podařilo najít oblasti, ve kterých jsou ekonomické rezervy, a postupně se zabývat zefektivněním provozu v nich. Jde například o možné zvýšení výkonů v takzvaných case mixech, rezervy v nákladech stravovacího provozu, nebo o zvýšení výnosů z veřejné nemocniční lékárny,“ doplnil ekonom Bracháček.

(ISO)

Startuje nový ročník soutěže o nejlepší nemocnici

„Nedostatečné informace, nedokonalé značení, dlouhé čekání, zastaralé sociální zařízení, nevhodný přístup nemocničního personálu či výhrady ke stravě. Také to byly důvody, proč před 10 lety vznikl celostátní projekt Nemocnice ČR,“ říká ředitel neziskové organizace HealthCare Institute (HCI) Daniel Vavřina.

Od loňského roku se průzkum Nemocnice ČR organizovaný HCI zaměřuje nejen na spokojenost, ale rovněž na bezpečnost pacientů v českých nemocnicích. „Pacient (spotřebitel zdravotní péče) má právo na zajištění kvalitní zdravotní péče a pocitu bezpečí ve své nemocnici. Hradí nemalé částky v rámci povinného pojistného.

Zrušení regulačních poplatků a poplatků za recept přináší naději na další změny,“ konstatuje manažerka projektu v HCI Lenka Černíková. Průzkum Nemocnice ČR probíhá ve 156 nemocnicích s akutními lůžky. Jen za rok 2014 se jej zúčastnilo 92 tisíc pacientů a téměř 8 tisíc zaměstnanců nemocnic. „Výsledky průzkumu spokojenosti od organi-

zace HCI jsou každoročně předkládány ředitelům a managementu nemocnic, se kterými se následně snažíme diskutovat o nasazování nových manažerských přístupů a zlepšení nedostatků, které z hospitalizovaných pacientů, ambulantních pacientů a zaměstnanců vzešly,“ uzavírá ředitel organizace HCI Daniel Vavřina.

(Klu)

Nemocnice v Liberci a Turnově vydělaly 29 milionů

Krajská nemocnice Liberec skončila hospodaření za loňský rok opět se ziskem, dokonce o milion vyšším, než byl v roce 2013. Nemocnice vloni navýšila také platy a další jejich nárůst předpokládá i v roce 2015. Nemocnice Turnov po letech ve ztrátě vykázala za rok 2014 zisk 3 miliony.

Krajská nemocnice Liberec skončila v minulém roce se ziskem 26 milionů, což je ještě o milion víc než v roce 2013. Panochova nemocnice Turnov dosáhla zisku ve výši 3 miliony, rok předtím přitom skončila ve ztrátě 27 milionů Kč. Mzdy navíc vzrostly o 7%. V roce 2015 bude KNL navyšovat zaměstnancům

Objem mzdových prostředků (Liberec + Turnov celkem)	
2013	886 417 694
2014	948 881 942
Nárůst (v %)	7%

Zdroj: KNL

tarify o 5%. Nemocnice vypočetila náklady na 40 milionů korun. Nemocnice mají dohromady 2602 zaměstnanců, z toho 353 lékařů a 862 sester. Průměrná mzda v KNL za rok 2014 dosáhla výše 32 155 Kč (z toho lékaři si za rok 2014 v průměru vydělali 71 454 Kč a sestry 29 851 Kč).

(ISO)

Inzerce M151000120

1. února 2015 jsme zahájili již 10. ročník celostátního projektu Nemocnice ČR 2015, zaměřeného na zvyšování kvality, bezpečnosti a efektivity služeb pacientů v nemocnicích (fakultní, krajské a městské). Co je cílem? Především oceňovat nemocnice pozitivně vnímané v očích pacientů i zaměstnanců. Výsledky poté slouží pro podporu certifikačních a akreditačních norem řízení nemocnice v oblastech sledování spokojenosti a bezpečnosti pacientů a zaměstnanců nemocnic.

HLASUJTE

www.hc-institute.org
Neváhejte nás kontaktovat.

Aktualizovaný dotazník pro potřeby nemocnic.

Moderní, přehledný, zjednodušený dotazník vycházející z doporučených mezinárodních zásad WHO a OECD.

Hlasujte od 1. února do 31. srpna 2015.
Detaily viz: www.nejlepsi-nemocnice.cz
odkaz: Podpora pro nemocnice

HCI 2005 - 2015 NEJLEPŠÍ NEMOCNICE ŽEBŘÍČKY ČESKÝCH NEMOCNIC

Sledování a hodnocení probíhá v těchto strategických oblastech:

- sledování spokojenosti a bezpečnosti hospitalizovaných pacientů
- sledování spokojenosti a bezpečnosti ambulantních pacientů
- sledování spokojenosti a bezpečnosti zaměstnanců

hlavní partneři			sponzor hlavní ceny		marketingový partner		podporujeme		organizátor	
hlavní odborný partner			odborní partneři		spolupracujeme		mediální partneři			
hlavní realizační partner			realizační partneři							
hlavní mediální partner			partneři							

ROZHOVOR

Nejvyšší čas začít dialog

Na téma vzdělávání farmaceutů hovoříme s provozním ředitelem společnosti Dr. Max **PharmDr. Davidem Mendlem**.

Předpokládám, že farmaceuti mají povinnost celoživotního vzdělávání podobně jako lékaři.

Máte pravdu, jak farmaceuti, tak farmaceutičtí asistenti mají tuto povinnost ze zákona. Celoživotní vzdělávání probíhá u lékárníků v jednotných tříletých cyklech, během kterých by měl lékárník získat minimálně 90 bodů. V současné době mají lékárníci možnost absolvovat v rámci celoživotního vzdělávání nejen odborné semináře zaměřené na farmakoterapii, homeopatii, přípravu léčiv, komunikaci s pacientem nebo zdravotnickou legislativu, ale také například různé odborné stáže, kongresy či konference. V neposlední řadě mohou lékárníci rovněž absolvovat kurzy organizované Českou lékárnickou komorou (ČLnK) nebo se mohou vzdělávat i formou různých e-learningových kurzů.

Je vzdělávání podmínkou výkonu lékárnického povolání?

Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny pracující lékárníky. Stanoví to Řád pro celoživotní vzdělávání členů České lékárnické komory, i když za porušení nehrozí žádné sankce. Každý lékárník by ale měl v rámci své profese odborně růst, což je u oboru, který se permanentně vyvíjí, nevyhnutelné. Já ochotu k permanentnímu vzdělávání vnímám i jako součást lékárenské etiky a morálky. Lékárník, který plní podmínky vzdělávání, může požádat Českou lékárnickou komoru o vystavení certifikátu, jenž osvědčuje, že se držitel kontinuálně vzdělává, a je tudíž odborníkem na slovo vzatým. Potom může zmíněný certifikát umístit např. na web své lékárny či v jejím interiéru a deklarovat tak směrem k pacientům svoji odbornost. Povinné vzdělávání je důležité i pro dosažení funkce odborného zástupce či vedoucího lékárníka.

Vaše společnost má vlastní program vzdělávání pro lékárníky. V čem je specifický? A v čem se liší od komorového? Náš program vzdělávání a vzdělávání organizované komorou se velmi vhodně doplňují. Nebude možná od věci připomenout,

že v roce 2014 zhruba dvě třetiny všech seminářů obdovaných ČLnK tvořily ty, které organizovala a také financovala naše společnost. Jak plyne čas, našich lékáren stále přibývá. V důsledku toho roste počet našich zaměstnanců a také se naše pracoviště geograficky diverzifikují. Proto jsme se rozhodli svůj systém interního odborného vzdělávání novelizovat. Vytvořili jsme nový tým odborného rozvoje a od začátku letošního roku uskutečňujeme takový program, který má zaručit teoretické i praktické odborné vzdělávání každému z našich více než dvou tisíc expedientů. V rámci odborného vzdělávání věnujeme celé z měsíce jednomu klíčovému tématu. Vzdělávací systém má tři základní pilíře:

1. *e-learning* – teoretická forma vzdělávání, která vybrané odborné téma (například obezita) zpřístupňuje expedientům po celém území České republiky,
2. tým interních odborných školitelů, kteří v návaznosti na teoretické *e-learningové* informace pak prakticky procvičují s našimi expedienty přímo u táry jejich domácí lékárny odbornou expedici a praktickou komunikaci hlavního odborného tématu s reálnými pacienty,
3. odborné akademie, což jsou celodenní kongresy v Praze, Brně a Ostravě připravované ve spolupráci s odbornou lékařskou společností a předními českými odborníky a zaměřené na konkrétní odborné téma.

Za první dvouměsíční cyklus roku 2015 bych si v té souvislosti dovoluji zmínit mimořádnou profesionalitu, kolegiálnost a vstřícnost České obezitologické společnosti, která participovala na přípravě naší *e-learningové* lekce a která je hlavním partnerem i našich odborných akademií věnovaných obezitě. S ohledem na charakter a úroveň našeho vzdělávacího programu pracujeme i na tom, aby jeho jednotlivé složky (*e-learning* a odborné akademie) získaly i patřičné bodové a kreditní ohodnocení.

Kredity vám v každém případě musí udělit komora?

Samozejmě. My odborné vzdělávání organizujeme a realizujeme. Ohodnocení od České lékárnické komory pak chápeme jako známku kvality své snahy a jako takového si ho velmi vážíme.

Vzděláváte také čerstvé absolventy farmaceutických fakult, nebo jen hotové lékárníky?

V rámci vzdělávání se zaměřujeme na své stálé zaměstnance i na nové kolegy, kteří přicházejí z nezávislých lékáren, nebo na absolventy farmaceutických fakult. Z těch bych speciálně „vypíchl“ ty, kteří mají zájem v našich lékárnách absolvovat povinnou půlroční praxi. Pro studenty 5. ročníků jsme nově vytvořili síť páteřních školicích lékáren, ve kterých budou moci budoucí lékárníci detailně poznat, co práce v lékárně opravdu obnáší, a pochopit praktickou stránku práce v ordinaci, protože doposud je fakulta připravovala především teoreticky. Kromě toho mohou nejen studenti absolvovat praxi i v naší nové lékárenské laboratoři v Rudné u Prahy, která je zaměřená na rozmanitou přípravu léčivých přípravků.

Jaká je podle vás úroveň dnešních absolventů farmaceutických fakult?

Jedním slovem především teoretická. Absolventi farmaceutických fakult mají skvělé teoretické znalosti, jako většina absolventů vysokým škol, ale minimum praktických zkušeností s prací, a to nejen v lékárně. Za skutečnou tárnu se studenti dostanou *de facto* až v rámci půlroční praxe v 5. ročníku. Domnívám se, že by našemu oboru prospělo, kdyby fakulty připravovaly studenty víc na praktickou stránku povolání lékárníka a v té souvislosti navázaly užší spolupráci s provozovateli lékáren. Dnes taková spolupráce příliš nefunguje. Do budoucna ale doufám, že bude možné vést s představiteli fakult konstruktivní dialog a pomoci tak studentům adaptovat se na jejich budoucí profesi s dostatečným předstihem už v průběhu studia. Jednoduše mám pocit, že si navzájem s akademickou půdou můžeme být více prospěšni.



Foto: Dalibor Konopáček

Hodláte navázat těsnější kontakt s některou z farmaceutických fakult?

O užší spolupráci s farmaceutickými fakultami se snažíme už několik let a budeme se snažit dál. Byl bych velice rád, kdyby se nám podařilo navázat aktivnější spolupráci jak s brněnskou, tak hradeckou fakultou. Momentálně se nám v tomto směru moc nedaří. Možná je to i tím, jak je v našem oboru všeobecně vnímána ta – řekněme – komerční sféra, což mě osobně velmi mrzí. A tím nemyslím jen síť našich lékáren, ale naprostou většinu všech lékáren. Protože převážná část studentů najde v budoucnu uplatnění právě tam.

Jste v tomto názoru zajedno s Českou lékárnickou komorou? Upřímně přiznávám, že nevim. Naše komunikace s Českou lékárnickou komorou poslední dobou není právě ideální, a to i přesto, že zaměstnáváme více než tisíc jejich členů. Nicméně chce se mi

věřit, že nejvyšší kvalita a odborná způsobilost absolventů fakult, našich budoucích kolegů, leží naší stavovské organizaci na srdci stejně jako nám.

Kde sháníte personál pro své lékárny?

Vzhledem k rozšiřování sítě se podobně jako ostatní provozovatelé v některých lokalitách potýkáme s nedostatkem personálu. Jde především o farmaceutické asistenty, ale uvítali bychom i nové kolegy lékárníky. Cest k řešení tohoto stavu existuje jen omezené množství. Snažíme se všeobecně zaměstnance s praxí buď získat u nás, nebo je hledáme na Slovensku. Tam je farmaceutů dostatek, jednak díky dvěma fakultám, jednak v důsledku mírného přesycení lékárenského trhu. A samozřejmě se pokoušíme získat pro své lékárny i absolventy z farmaceutických fakult v Brně a Hradci Králové.

Implantáty na míru vyrobené technologií 3D tisku

Slovenští chirurgové Univerzitní nemocnice L. Pasteura Košice (UNLP) ve spolupráci s katedrou biomedicínského inženýrství Strojní fakulty Technické univerzity v Košicích a vědeckým institutem CEIT Biomedical Engineering v uplynulém roce provedli úspěšně hned několik operací s implantáty vyrobenými na míru unikátní technologií 3D tisku.

Inovativní postupy v tvorbě biomedicínských produktů nám přiblížil vedoucí institutu **doc. Ing. Radovan Hudák, Ph.D.**

„Současná medicínská výroba přináší inovační trendy v oblasti materiálového výzkumu a nových výrobních technologií s využitím biomimetických a bionických principů. Obrovský potenciál vidíme v technologii 3D tisku – aditivní výroby. Jedná se o proces spojování materiálů vrstvu po vrstvě za účelem tvorby objektů z dostupných dat (CT/MRI). Používáme nejmodernější materiály, jako je například titanová slitina Ti-6Al-4V Grade 5. Na rozdíl od klasických subtrakčních metod (soustružení nebo CNC výroba) jde o technologii s mož-

ností tvorby objektů s optimální přesností a téměř bez tvarového omezení,“ říká doc. Hudák.

Ve kterých oblastech medicíny nachází technologie 3D tisku své uplatnění?

Aditivní výroba je aplikovaná ve více oborech, především v neurochirurgii, maxilofaciální chirurgii, zubním lékařství, ortopedii, kardiouchirurgii a traumatologii.

V čem spočívá největší přínos této technologie?

Kromě maximální přesnosti je to tvorba porézních struktur, které nám umožňují přiblížit fyzikální vlastnosti implantátů k vlastnostem lidské kosti. Rovněž přispívá k lepší osteointegraci a nižší hmotnosti finálního výrobku.

Jak probíhá proces výroby takového implantátu?

Po získání vstupních dat z CT či MRI vymodelujeme v 3D prostředí implantát, který ve své konečné podobě precizně kopíruje kostní defekt pacienta. Pro konzultaci s klinickými pracovníky vytiskneme referenční model z plastu, který předchází výrobě finálního produktu z medicínské slitiny titanu.

Je zapotřebí, aby byl při vývoji implantátu fyzicky přítomen pacientův operátor?

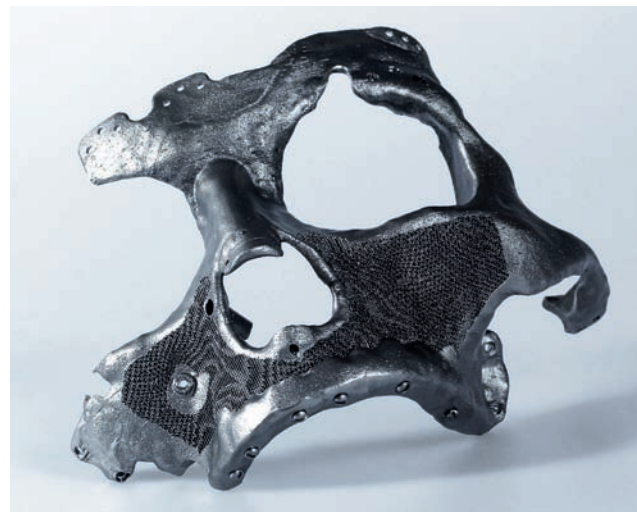
Není to nutné. Například se zahraničními lékaři komunikujeme prostřednictvím telekonferencí. Pokud spolupracujeme s pracovišti na Slovensku, respektive v Česku, můžeme přicestovat a domlouvat detaily týkající se návrhu a výroby osobně.

Na čem aktuálně pracujete a jaké jsou vaše plány do budoucna?

Ve spolupráci s týmem z Kliniky stomatology a maxilofaciální chirurgie UNLP Košice byl úspěšně aplikován rozsáhlý faciální implantát pokrývající téměř 86 procent tváře (viz obr. 1).

Pracujeme na registraci a certifikaci našich nových produktů. Momentálně jsme oprávněni dodávat implantáty na míru ve 3D v kategoriích – kraniiální, maxilofaciální a kranio-maxilofaciální. Velkou pozornost věnujeme inovacím prostřednictvím nových výzkumných projektů, jejichž výstupem budou nové materiály, aplikace bio-aditivní výroby (*bio-additive manufacturing*, BAM) do procesu přípravy biologických náhrad tkání a orgánů. Výzkum probíhá ve spolupráci s několika významnými evropskými univerzitami a výzkumnými institucemi.

Kontakt: CEIT Biomedical Engineering, s. r. o.,
tel.: +421 949 203 081,
e-mail:
radovan.hudak@ceit-ke.sk,
www.ceit-ke.sk



Obr. 1 Unikátní tvářový implantát s porézní strukturou pokrývající téměř 86 % tváře (CAD/CAM: Materialise, Belgie, zařízení: EOSINT M280, EOS GmbH, Německo).



Obr. 2 Kraniiální implantát ze slitiny titanu. Pacient dva týdny po operaci (nahore) a 14 měsíců po operaci (dole). (CAD/CAM: Materialise, Belgie, zařízení: EOSINT M280, EOS GmbH, Německo).



Obr. 3 Rozsáhlý kraniiální defekt po úrazu (nahore) a aplikace kraniiálního implantátu vyrobeného 3D tiskem v průběhu chirurgického zákroku. (CAD/CAM: Materialise, Belgie, zařízení: EOSINT M280, EOS GmbH, Německo).

ZE ZAHRANIČÍ

Slovenští praktici mají více pečovat o chronicky nemocné

Slovenské ministerstvo zdravotnictví se rozhodlo rozšířit pravomoci praktických lékařů, kteří by se měli od září letošního roku nově starat i o některé skupiny chronických pacientů, jež mají zatím v péči ambulantní specialisté.

Záměr ovšem vyvolal rozporuplné reakce. Zatímco ministerstvo přesvědčuje, že změna bude přínosná pro pacienty, kteří tak nebudou muset dojíždět za specialistou, protože k pravidelným kontrolám budou docházet ke svému praktickému lékaři, ambulantní specialisté mají pochybnosti o tom, jak praktici péči o tyto nemocné zvládnou. Toho se naopak všeobecní lékaři neobávají, upozorňují ale na to, že za zvýšení objemu práce očekávají rovněž navýšení plateb od zdravotních pojišťoven.

Jak uvedla mluvčí slovenského ministerstva zdravotnictví Martina Šoltéssová, v některých evropských zemích je v rámci péče praktických lékařů řešeno až 80 % všech případů, aniž by byly postopovány specialistům. Úřad však zatím nesdělil, kterých chronických chorob z celkového počtu 147 diagnóz se nový způsob péče bude týkat. Půjde však prý jen o malou

část, konkrétnější bude ministerstvo až poté, co proběhne diskuse s odborníky.

Praktici: Jsme připraveni

Specialisté mají chronicky nemocné v tzv. dispenzární péči, kterou schvaluje zdravotní pojišťovna. Novela zákona o zdravotních pojišťovnách však nově umožní tento typ péče také u praktických lékařů. Všeobecná zdravotná poisťovňa a pojišťovny Dôvera a Union vyčíslily počet nemocných v dispenzární péči na přibližně 322 tisíc. Největší zastoupení pak v této skupině mají diabetici, alergici, pacienti s hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční a astmatici. Podle ministerstva je ve skutečnosti na Slovensku chronicky nemocných v rámci dispenzární péče.

Prezident Asociácie súkromných lekárov Ladislav Pásztor pro deník Pravda uvedl, že trend přesunu pé-

če o chronicky nemocné do ordinací praktických lékařů je správný, poukázal však na dosud nevyřešenou otázku plateb za péči. „Specialisté množství chronicky nemocných nemohou zvládnout a my je léčit umíme. Je ale nutné pomalu otevřít otázku úhrad za tuto práci navíc,“ cituje Pravda Ladislava Pásztor, který navíc upozornil, že o řadu pacientů, například s hypertenzí, pečují praktici již v současnosti. Všeobecná zdravotná poisťovňa již deklarovala, že rozšíření kompetencí praktických lékařů zohlední v platbách za poskytnutou zdravotní péči.

Obavy o stav pacientů

Kardiolog Štefan Farský rovněž věří, že praktičtí lékaři by zvládli péči o nemocné s nekomplikovanou hypertenzí. Jak uvedl pro deník Pravda, ambulantní specialisté by získali více času věnovat se složitějším případům.



Ilustrační foto: Shutterstock

Diabetologové však už v otázce přesunu chronicky nemocných do ordinací všeobecných lékařů tak optimističtí nejsou. „Diabetický pacient je polymorbidní, nejde u něj pouze o léčbu cukrovky, je nutné zaměřit se rovněž na funkci ledvin, jater a spoustu dalších věcí. Pokud je zvolena nevhodná terapie, může to mít velmi závažné důsledky. Je také třeba sledovat nové možnosti léčby,“ upozorňuje pro Pravdu diabetoložka Martina Merčiaková s tím, že si nedovede představit, jak by to praktický

lékař všechno zvládal. Zhoršení zdravotního stavu svých pacientů, kteří by přešli k všeobecným lékařům, se obává i alergoložka Simona Sucháňová. Varuje, že by na Slovensku mohla nastat podobná situace jako v Anglii, kde o alergiky také pečují praktičtí lékaři. „Slováci-alergici, kteří tam žijí, se raději jezdí léčit na Slovensko a léčbu zaplatí v hotovosti, protože v Anglii jim nedokáží pomoci,“ uzavřela pro deník Pravda.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Krátce ze světa

- **Kanadský** nejvyšší soud povolil lékařskou pomoc při eutanazii u dospělých lidí, kteří jasně projeví zájem dobrovolně ukončit svůj život kvůli nevléčitelné nemoci způsobující trvalou a nesnesitelnou bolest. Soud rozhodl, že zákaz lékařské asistence při eutanazii v trestním řádu porušuje kanadskou listinu práv a svobod. Nicméně pozastavil výkon svého rozhodnutí na dobu jednoho roku, aby kanadští zákonodárci zrevidovali příslušný zákon.

- **Slovenská** policie obvinila z korupce známého kardiochirurga Viliama Fischera, který v roce 1998 uskutečnil první úspěšnou transplantaci srdce na Slovensku. Šestasedmdesátiletý lékař vzal podle médií úplatek 3000 eur za to, že upřednostní operaci srdce jedné pacientky. Na policii se obrátili příbuzní zmiňované pacientky, která po operaci zemřela. Ti jsou nyní kvůli podezření z korupce rovněž obviněni. Lékař vinu odmítá, v případě prokázání viny hrozí lékařovi až osmileté vězení.

- Z částky téměř 2,9 miliardy dolarů, která byla přislíbena na pomoc zemím postiženým epidemií Eboly, ve skutečnosti dorazilo do konce roku 2014 do **západní Afriky** jen asi 40 procent. Vyplyvá to ze studie Úřadu pro koordinaci humanitárních záležitostí Organizace spojených národů (OCHA). „Zdržení v poskytnutí finanční pomoci mohlo výrazně přispět k dalšímu šíření viru, a tím ještě zvýšit nutnou finanční pomoc,“ uvedla odbornice na zdravotnickou politiku z univerzity v New Yorku Karen Grepinová. Mezinárodní pomoc poskytnutá Libérii, Sierra Leone a Guineji do konce loňského roku dosáhla 1,09 miliardy dolarů.

- V **Libérii** začalo testování dvou experimentálních vakcín proti Ebolě. V první fázi by mělo být pokusně očkováno asi 600 dobrovolníků, nako- nec by jich ale mohlo být až 27 tisíc. Místní úřady však čeká během očkování nelehký úkol. Mezi obyvateli totiž stále panují obavy, že by se při testování mohli Ebolou nakazit.

- **Chilská** prezidentka Michelle Bacheletová odeslala do parlamentu návrh na zmírnění dosud platného úplného zákazu interrupcí. Potraty by v této konzervativní katolické zemi byly legální v případě poškození plodu, ohrožení matčina života nebo otehotnění po sexuálním útoku. Chile je jednou z mála zemí světa, kde zákon nepřipouští pro interrupci žádný důvod.

- **Američtí** vědci chtějí vytvořit databázi vzorků DNA získaných od milionu lidí, od jejichž analýzy si slibují lepší pochopení vzniku lidských nemocí a úspěšnější vývoj genetiky cílených léků. Genetické vzorky budou vědci získávat od dobrovolníků. Databáze by měla obsahovat vzorky ze všech vrstev americké populace. Krátkodobým cílem je podle Francise Collinse z Národního ústavu zdraví (NIH) úspěšnější léčba rakoviny. Dlouhodobým pak nalezení metod pro individuální přístup k léčbě pacientů s řadou dalších chorob.

- Organizace Lékaři bez hranic (MSF) se stáhla z některých konfliktních částí **Súdánu**. Důvodem je neochota místních úřadů ke spolupráci, kvůli níž je poskytování zdravotní péče potřebným téměř nemožné. „Súdánská vláda svolává schůzky, aby bránila mezinárodní pomoci, ne aby ji usnadnila,“ uvedl operační ředitel MSF Bart Jassens. Súdán tato obvinění popřel. Lékaři bez hranic zůstanou v Severním a Západním Dárfúru.

- **Egyptský** odvolací soud poslal na dva roky a tři měsíce do vězení lékaře za provedení ženské obřizky, která stála život třináctileté dívky. V Egyptě je tento zákrok od roku 2008 nelegální, avšak stále se hojně provádí. Podle jedné studie citované listem Al-Ahrám se zákroku podrobují 91 % Egyptanek ve věku od 15 do 49 let, přičemž ve venkovských oblastech je tento podíl ještě vyšší.

- **Americký** prezident Barack Obama potvrdil, že odvolá téměř všechny americké vojáky, kteří byli vysláni

do západní Afriky do boje s epidemií Eboly. Bílý dům hodlá do 30. dubna stáhnout 1200 z celkových 1300 amerických vojáků, kteří v Libérii a Senegalu dosud pomáhali v boji s Ebolou. Původně bylo v západní Africe 2800 příslušníků americké armády, většina z nich se už ale vrátila zpět do vlasti. Barack Obama domu ohlásil novou fázi pomoci zemím postiženým epidemií, jejichž cílem je nyní krvácivou horečku zcela vymýtit.

- Tisíce falešných jmen údajně odhalila **sierraleonská** vláda na seznamu lidí, kterým vyplácela mzdy za pomoc v boji s epidemií Eboly. Problém s mrtvými dušemi a všudypřítomná korupce podle agentury Reuters výrazně snížily efektivitu opatření proti šíření nemoci, kterou se jen v Sierra Leone nakazilo více než 10 tisíc lidí. Vláda už prověřila více než 95 % jmen na výplatních listinách. Kolik mrtvých duší však vyřadila, odmítla sdělit. Loni ale jeden z vládních úředníků odhadl jejich počet na 6 tisíc.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Francie: Místo eutanazie spánek?

Ani teroristické útoky v Paříži nepřerušily ve francouzském parlamentu debatu o argumentech pro a proti eutanazii, asistované sebevraždě a jejich alternativách.

Politici z různých stran poskytují názorné příklady i z vlastních rodin, kdy umírání „trvá příliš dlouho“ a způsobuje trápení jak pacientovi, tak jeho blízkým. Od závěru loňského roku je na stole návrh zákonných změn, které by umožnily uvést nevyléčitelně nemocné v poslední fázi života při jejich souhlasu do „hlubokého spánku a kontinuální sedace“, dokud by nezemřeli.

Nedostatečná pasivní eutanazie

Francie má od roku 2005 k dispozici zákon umožňující pasivní eutanazii v podobě nezahájení,

přerušeni či ukončení léčebných opatření, pokud již nelze očekávat zlepšení zdravotního stavu a pacient se aktivní léčby vzdá. V dalších letech se však začalo znovu diskutovat o tom, že pro případy některých pacientů tato opatření nestačí. Nyní se tedy zvažuje právo pacientů na „trvalý spánek“. Nemocný by v zásadě měl být rozhodování schopný, ačkoli v debatě zaznívá i to, že za určitých okolností by toto právo mohlo být uplatněno také u těch, kteří aktuálně nejsou schopni své přání vyjádřit. I podle prezidenta republiky Francois-e Hollanda by bylo v této souvis-

losti vhodné důkladněji upravit předem vyjádřené přání občanů pro budoucnost.

Podpora rodinám

Většina členů národní etické komise se zatím vyslovila proti aktivní eutanazii i asistované sebevraždě. Nicméně návrh řešit situaci nemocných, kteří si přejí zemřít zcela bez nepříjemných pocitů, v podobě „hlubokého spánku“, označili odpůrci urychlování smrti za skrytou formu eutanazie. Naproti tomu zastánci eutanazie říkají, že chystané změny jsou nedostačující, navíc ponechají pacienty, aby

v podstatě pozvolna zemřeli „hladem a žízní“.

Před teroristickými útoky prezident Hollande, který k tématu eutanazie přistupuje značně aktivně (podle médií ji podporuje), plánoval, že závěrečná diskuze v parlamentu proběhne letos v lednu a brzy nato by zákonné

změny vstoupily v platnost. Debata politiků za účasti odborníků však pokračuje ještě i v únoru. Francie se snaží pomáhat rodinám v této oblasti i jinými způsoby, například by měl zákon více podpořit rodinné příslušníky umírajícího či jinou pečující osobu finančně. Při 49 eurech na den po dobu 21 dnů vláda vyčísli tuto podporu na 20 milionů eur ročně.

Vladimíra Bošková

Rakousko chce víc lékařek

S nezvyklým prohlášením vystoupila před veřejností rakouská ministryně zdravotnictví Sabine Oberhauserová (sociální demokracie).

Zatímco obvykle se ozývá – nejen v Rakousku – názor, že medicíně by se měli zasvětit spíše lékaři-muži, protože pro ženy je to příliš náročné povolání bránící jejich roli manželek a matek, či „náké“ na přemrštěnou feminizaci mezi zdravotnickými pracovníky, Sabine Oberhauserová tvrdí, že je naopak nutné posílit počet smluvních lékařek. Konkrétně zmínila obor gynekologie, v němž rakouské pacientky pociťují nedostatek lékařek ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami. „Pokud pacientka preferuje lékařku, musí si ji

vyhledat mezi těmi, které nemá smlouvu s pojišťovnou,“ uvádí ministryně. Jde o tzv. nesmluvní „volitelné“ lékaře, u nichž péči pojišťovny hradí jen zhruba do výše 80 % ceny výkonů.

Ministryně Oberhauserová poukazuje na to, že podle rozhodnutí ústavního soudu lze při navazování smluv mezi svazem pojištěn a poskytovateli péče do jisté míry dávat přednost lékařkám před jejich mužskými kolegy. Pokud podíl lékařek v daném oboru ve smluvním vztahu nepřesáhne 50 %, pak budou dodržena kritéria vyplývající

z předpisů pro tuto oblast, argumentuje šéfka resortu. Uvádí také, že v loňském roce činil podíl smluvních gynekoložek pouze 23,2 %. Sabine Oberhauserová, která tuto funkci zastává od září minulého roku, je původní profesí praktická lékařka. Později na ekonomické fakultě vystudovala management se zaměřením na zdravotnictví. V dřívějších letech se angažovala na úrovni lékařské komory i odborů a rovněž v iniciativách, v nichž se soustřeďují rakouští lékaři se sociálně demokratickým přesvědčením. (vla)

Foto: Jan Ráček



Británie povolí početí dítěte s DNA tří osob

Velká Británie je na cestě stát se brzy první zemí na světě, která povoluje početí dětí s DNA od tří lidí, dvou žen a jednoho muže.

Tamní poslanci totiž schválili zákon, jehož cílem je zamezit přenosu geneticky podmíněných nemocí z matky na dítě. Očekává se, že text schválí i Sněmovna lordů a první dítě by se takto mohlo narodit už na podzim 2016.

Vláda označila možnost předejít přenesení vážných chorob z matek na jejich děti za „světlo na konci tunelu“. Postup je ale stále ve fázi testování. V parlamentu vypukla před hlasováním debata mezi poslanci, kteří oceňují možnost rodit zdravotně zdravější děti, a těmi, kteří se obávají, že opatření povede k manipulaci s geny s cílem „mít děti na míru“. V Británii se ročně narodí kolem 125 dětí s geneticky podmíněnou vadou, kterou jim předala matka. Postup, který britští poslanci podpořili a který byl vyvinut v Newcastlu, slučuje DNA dvou rodičů se zdravými útvary v buňkách druhé

ženy-dárkyně, která zůstává v anonymitě. Výsledkem je, že dítě má desetinu procenta své DNA od druhé ženy, což podle vědců stačí k zamezení přenosu genetické choroby od biologické matky a přitom nijak nemění vzhled dítěte.

„Konečně jsme dospěli k rozhodující etapě, která dává ženám možnost stát se matkou bez obav, že jejich dítě bude trpět genetickou chorobou,“ uvedl odborník na genetická onemocnění Robert Meadowcroft. Po konečném schválení zákona ale nový postup nebude automaticky použit pro každou ženu v produktivním věku, jež má podobný genetický problém a kterých je v Británii na 2500. Zájemky-ně o unikátní zárok budou muset požádat o vyjádření britský orgán pro bioetiku HFEA (Human fertilisation and embryology authority).

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Německo chystá další reformy

S návrhem zákona o posílení zdravotní péče, který schválila spolková vláda, nejsou zatím zcela spokojeni ani lékaři, ani zdravotní pojišťovny.

Zákon má přinést některé dílčí reformní zásahy do zdravotnického systému, aby podle resortního ministra Hermanna Gröheho zůstal „stabilní, kvalitní, dostupný a obyvatelstvem zaplatitelný“. Vedení lékařské komory však návrhu mj. vytýká, že zůstávají nejasná opatření ve vztahu k nemocnicím s tím, že ani po půlroce jednání pracovní komise se zastoupením státu a spolkových zemí nebyl předložen kvalitní výsledek. Naopak vedení svazu zemských všeobecných pojišťoven AOK sice „dostatečnou jasnost“ nepostrádá, ale vytýká vládě, že nepři-

cháží vůči nemocnicím s razantnějšími opatřeními.

Zákon má přinést některá zlepšení pro pacienty, například více zubní péče „zdarma“ pro zdravotně postižené a druhý odborný názor na navrženou léčbu u plánovatelných výkonů na účet pojištěn. V oblastech s nedostatečnou sítí ambulantních zařízení budou podpořeny ordinace, zdravotní centra či dokonce i ambulance nemocnic. Naopak tam, kde je síť haddimenzovaná, se mají uplatnit přísnější zásahy do počtu ordinací s novými pravidly pro jejich odkup od lékaře odcházejícího

ze smluvního vztahu. Právě tento bod návrhu rozzlobil komoru.

Sdružení smluvních lékařů bude muset institucionálně zajistit, aby v praxi byly plněny určené termíny dostupnosti odborné ambulantní péče: pokud praktický nebo jiný lékař doporučí vyšetření či léčbu u specialisty, měly by se odehrát nejpozději do čtyř týdnů. Ačkoli ministerstvo vyšlo lékařské komoře zčásti vstříc, například hodlá zvýšit počet školicích míst pro praktiky a zřídit fond pro inovaci ve výzkumu, očekává se nad zákonem vzrušená diskuze v parlamentu. (vla)

FARMABYZNYS

Na český trh vstupuje první perorální inhibitor BTK

Společnost Janssen-Cilag Česká republika oznámila, že Evropská komise schválila registraci léku Imbruvica (ibrutinib). Jedná se o první perorální inhibitor Brutonovy tyrosin kinázy (BTK), proteinu, který pomáhá přežít a růst určitým nádorovým buňkám.

Přípravek je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícím nebo refrakterním lymfomem z pláštových buněk (MCL) nebo u dospělých pacientů s relabovanou či rezistentní lymfatickou leukémií (CLL), kteří neúspěšně podstoupili minimálně jednu předchozí léčbu, nebo jako první linie léčby u pacientů s delecí 17p nebo mutací TP53 nevhodných pro chemoimunoterapii. Výsledky klinických studií ukázaly snížení rizika progresu nebo úmrtí u pacientů s CLL léčených ibrutinibem v porovnání s dosavadní léčbou o 78 %. U nemocných MCL činil celkový podíl pacientů s odpovědí na léčbu 68 %.

„Chronická lymfatická leukémie s delecí krátkého raménka 17. chromozomu a lymfom z pláštových buněk, zejména při jeho recidivě, patří mezi nejobtížnější léčitelná krevní nádorová onemocnění. Přes veškerý dosavadní pokrok zůstává prognóza špatná a jedinou šancí je velmi náročná a riziková transplantace krevetvorných buněk, která se zdaleka nehodí pro všechny nemocné. Některé nové léky, kam patří zejména ibrutinib, dávají nyní nemocným novou naději na zlepšení jejich osudu,“ říká přednostka I. in-

terní kliniky – kliniky hematologie 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.

Lymfom z pláštových buněk v relapsu a chronická lymfatická leukémie s delecí 17p jsou řazeny mezi nevléčitelná hematologická onemocnění s velmi špatnou prognózou a s krátkou dobou přežití. Hlavním mechanismem účinku ibrutinibu je inhibice Brutonovy tyrosin kinázy (BTK). Ibrutinib vytváří silnou, kovalentní vazbu s touto kinázou a tím blokuje přenos signálů pro přežití a nekontrolované dělení maligní B-buňky.

Naděje pro nevléčitelné nemocné

Incidence chronické lymfatické leukémie dosahuje v České republice 7,36 na 100 000 obyvatel (každých 12 hodin je tedy diagnostikován nový pacient). Nádorové buňky se kromě krve mohou nalézat také v lymfatickém systému, kdy se jedná o tzv. lymfom z malých lymfocytů. Ibrutinib je indikován u těch pacientů, kteří nereagovali dostatečně na jednu nebo více předchozích terapií. Jako lék první volby je však indikován u pacientů s 17p delecí nebo TP53 mutací, tito nemocní totiž špatně

reagují na standardní chemoimunoterapii. Klinické studie prokázaly 78% snížení rizika progresu onemocnění nebo úmrtí ve srovnání s nitrožilně podanou monoklonální protilátkou ofatumumab, která je běžně používána k léčbě chronické lymfatické leukémie.

Lymfom z pláštových buněk je onemocnění se vzácným výskytem, které tvoří v České republice 7 % ze všech non-Hodgkinových lymfomů. Onemocnění postihuje více muže, střední věk diagnózy je 65 let a polovina nemocných umírá do 5 let. Pokud se choroba vrátí, je pravděpodobnost přežití jen něco málo přes 1 rok. Léčivá látka ibrutinib je určena pro ty pacienty, kteří neodpověděli na úvodní léčbu, nebo se u nich objevil lymfom opakovaně. Klinická studie provedená mezi 111 pacienty s relapsem nebo lymfomem nereagujícím na léčbu, prokázala vysokou účinnost a efektivitu léku. Celková míra odpovědi na léčbu byla 68 % a doba přežití bez progresu onemocnění byla 13,9 měsíců.

Schválení přípravku Imbruvica vycházelo z údajů ze studie fáze 3 (RESONATEPCYC-1112) a studie fáze 1b-2 (PCYC-1102) u CLL a ze studie fáze 2 (PCYC-1104) u MCL.

(red)

EK schválila nové přípravky pro léčbu hepatitidy C

Farmaceutická společnost AbbVie oznámila, že Evropská komise udělila povolení pro prodej jejích perorálně podávaných a krátkodobě užívaných léčivých přípravků bez obsahu interferonu Viekirax (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir tablety) a Exviera (dasabuvir tablety).

Léčba je povolena bez i v kombinaci s ribavirinem (RBV), a to u pacientů s genotypem 1 (GT1) chronické hepatitidy C (HCV) včetně pacientů s kompenzovanou jaterní cirhózou, u pacientů na substituční terapii opioidy a u pacientů po transplantaci jater. Navíc bylo schváleno použití přípravku Viekirax v kombinaci s RBV u léčbě pacientů s genotypem 4 (GT4) chronické hepatitidy C.

Povolení prodeje v EU předcházelo kladné stanovisko Evropské lékové agentury, které vydala v rámci mechanismu zrychleného posouzení nových léčivých přípravků, u nichž se očekává zásadní přínos pro veřejné zdraví. Chronickou hepatitidou C, hlavně transplantací, trpí v Evropě asi 9 milionů lidí.

Za schválením prodeje léčiv stojí robustní klinický vývojový program vytvořený pro sledování bezpečnosti a účinnosti těchto přípravků, jehož se zúčastnilo více než 2300 pacientů v 25 zemích. Program byl postaven na 6 klíčových klinických studiích fáze III, které prokázaly, že oba přípravky vyléčily 95–100 %

pacientů s GT1 HCV infekcí, jimž byla podávána doporučená kombinace těchto léčiv, přičemž méně než 2 % pacientů vykazovala známky virologického selhání. Nejčastějšími nežádoucími účinky (> 20 %) léčiv v kombinaci s RBV byla slabost a pocity na zvracení.

Schválení prodeje obou léčiv je podloženo také výsledky klinických studií fáze II s pacienty trpícími GT1 chronickou HCV. Tyto studie ukázaly, že kombinací přípravků bylo vyléčeno 97 % (n=33/34) pacientů po transplantaci jater, 92 % (n=58/63) pacientů současně infikovaných i virem HIV-1 a 97 % (n=37/38) pacientů na substituční terapii opioidy. Pacienti, kteří vykazovali trvalou virologickou odpověď 12 týdnů po skončení terapie (SVR12), jsou považováni za vyléčené.

Schválení užití léčivého přípravku Viekirax u léčbě pacientů trpících GT4 chronickou hepatitidou C je podloženo výsledky klinické studie fáze II, ve které pacienti léčení kombinací tohoto přípravku a RBV vykazovali 100% trvalou virologickou odpověď 12 týdnů po skončení terapie (SVR12).

(red)

Inzerce M151000180

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte knihu **Vzácná onemocnění**

Vzácná onemocnění v kostce - první česká monografie na toto téma podává ucelený přehled o nejčastějších a nejzávažnějších vzácných onemocněních (VO) a nahrazuje dosud chybějící metodické pokyny pro jejich včasnou diagnostiku a léčbu. Napomocí by měla především praktickým lékařům a pediatrům v orientaci v této vysoce heterogenní

skupině chorob, se kterými ve své praxi přicházejí do styku jen sporadicky, a přispět tak k rozšíření povědomí o nich. I přes limitované možnosti pediatrií a praktických lékařů - vzhledem k systému regulací úhrad ze zdravotního, pojištění a sankcionování lékařů za výkony prováděné nad rámec - je jejich úloha v časně diagnostice těchto chorob nezastupitelná.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mładafřonta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0215**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0215**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Neváhejte!
Tato nabídka platí
jen do **22. 3. 2015**.
Předplatné na rok
pouze za **299 Kč**.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky produkuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Siemensovu cenu obdržel profesor Stanislav Štípek

Prestižní Cenu Wernera von Siemense pro nejlepšího vysokoškolského pedagoga letos obdržel prof. Stanislav Štípek z Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK.

Cenu profesor Štípek převzal 5. února na slavnostním galavečeru v pražské Betlémské kapli. „Za ocenění jsem vděčný a mám z něj upřímnou radost,“ řekl ve svém poděkování laureát a neopomněl dodat, že rozpaky a snad i trocha skromnosti ho nicméně motivují k další užitečné práci. „Snažím se studenty vést k aktivní účasti na výukovém procesu – naši studenti si mailují s učiteli a sami mohou své pedagogy a výuku hodnotit ve speciálním programu. To je vede k větší samostatnosti a k lepšímu uplatnění v budoucnosti. Studii-



Foto: archiv 1. LFUK

um medicíny sice není možné nahradit počítačem, ale informační technologie mění přípravu studentů na praktickou výuku – kromě textů, schémat a obrázků nabízíme animace, videa, interaktivní přípravná cvičení a simulace. Vše

dostupné kdykoli a kdekoli a větší- nou bezplatně,“ řekl pedagog, jehož jméno je úzce spjato s počátky e-learningu ve výuce medicíny. Tento oblíbený učitel se i nadále podílí na tvorbě WikiSkript – internetových studijních materiálů pro studenty českých a slovenských lékařských fakult, které píšou nejen učitelé, ale i sami studenti.

Cenu Wernera von Siemense vyhlásila již posedmácté společnost Siemens Česká republika pod záštitou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR a Ministerstva průmyslu a obchodu ČR. (red)

Otevřeno nové mamografické pracoviště

V pražské Thomayerově nemocnici (TN) 10. února slavnostně zahájili provoz nového mamografického pracoviště.

Radiodiagnostické oddělení Thomayerovy nemocnice se tak stalo jedním za tří pracovišť v ČR, která mohou díky novému mamografickému přístroji Hologic Dimensions 3D provést trojdimenzionální vyšetření prsu pomocí tomosyntézy. Jak při slavnostním zahájení provozu nového mamografu zdůraznila primářka

radiodiagnostického oddělení TN MUDr. Jana Votrubová, CSc., celosvětové klinické testy potvrdily velký přínos tomosyntézy, která zvyšuje úspěšnost v diagnostice nádorů prsu zejména u mladších pacientek s hutnou prsní žlázou, zvyšuje záchyt karcinomu prsu v časném stadiu a snižuje počet falešných nálezů. (red)



Foto: archiv TN

Pozvánka na Letovice Care 2015

Ve dnech 29.–30. 5. 2015 proběhne v Městském kulturním středisku Letovice již VI. ročník kongresu s mezinárodní účastí Letovice Care.

Akci tradičně pořádají Petřivalského nadace a NMB Letovice, p. o., ve spolupráci s koloproktologickou sekcí České chirurgické společnosti, Českou asociací sester, Městem Letovice, OS ČLK Blanko, LF MU Brno a zahraniční nadací Fondazione Rosa Gallo. Kongresu se zúčastní zdravotníci

a pracovníci sociálních služeb z celé České republiky i ze zahraničí. Nad odbornou akcí určenou lékařům i sestram převal zaštitu hejtman Jihomoravského kraje JUDr. Michal Hašek. Všeobecná část programu bude věnována interdisciplinární následně a geriatrické problematice, chirurgická část se bude zabývat praktickou proktologií – návody a postupy. Na akci vás zvou předseda organizačního výboru doc. MUDr. Tomáš Skřička, CSc., a ředitelka NMB Letovice, p. o., MUDr. Drahošlava Královcová. Více informací a přihlášku najdete na: www.letovicecare.cz. (eta)

Pozvánka na besedu „Křeslo pro Fausta“

Do „Křesla pro Fausta“ tentokrát usedne nový předseda ČLS JEP, profesor Štěpán Svačina.

Hostem děkana 1. LF UK profesora Aleksiho Šeda v již tradičním cyklu pořadů bude emeritní děkan téže fakulty, přednosta III. interní kli-

niky 1. LF UK a VFN a nově zvolený předseda ČLS JEP prof. Štěpán Svačina. Rozmlouvat s ním bude moderátorka Marie Retková. Beseda

se uskuteční ve čtvrtek 26. února od 17.00 hodin v Akademickém klubu 1. LF UK (Faustův dům, Karlovo nám 40, Praha 2). (red)

FNOL má novou hlavní lékárnu

Nejmodernějším lékárenským provozem v České republice se může pochlubit Fakultní nemocnice Olomouc (FNOL).

V areálu nemocnice byla 29. ledna za účasti ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka slavnostně otevřena nová budova hlavní lékárny. Architektonicky zajímavá čtyřpodlažní stavba vyrostla během 19 měsíců na „zelené louce“ a nemocnice do jejího vybudování investovala více než 100 milionů korun ze svého rozpočtu. Nová budova vrostla v sousedství původní lékárny v ulici I. P. Pavlova, výhodou jejího umístění je dobrá dostupnost

z velké části nemocničního areálu. V chirurgickém komplexu nemocnice pak zůstává pacientům k dispozici i nadále výdejna léků, která je pobočkou hlavní lékárny. Samotná „oficína“ je ovšem jen jednou částí nové budovy. Objekt se třemi nadzemními a jedním částečně podzemním podlažím, který se tyčí za ní, skrývá další, mnohem složitější lékárenské provozy. Nová budova nabízí i lepší zázemí pro zaměstnance. (red)



Foto: Viktor Čáp

Za profesorem Miroslavem Hanušem

22. ledna 2015 nás ve věku 74 let náhle opustil doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.

Miroslav Hanuš svoji medicínskou kariéru začínal jako chirurg a urolog v nemocnici na Kladně. Od roku působil 1976 na tehdy nové urologické klinice v Praze u profesora Hradce, zakladatele moderní české urologie. Vedle praktické urologie se věnoval aplikovanému výzkumu, především v oblasti urologické onkologie a pedagogické činnosti, zejména v rámci postgraduálního vzdělávání. Byl členem Americké akademie věd, Světové a Evropské urologické společnosti, Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny a České urologické společnosti. Výsledky své odborné činnosti přednášel v USA, Japonsku, Austrálii, Indonésii a prakticky ve všech zemích Evropy. V roce 1989 měl velkou zásluhu na uspořádání meetingu EORTC v Praze, který tehdy poprvé hostila postkomunistická země. V roce 1990 byl jmenován přednostou Urologické kliniky 1. LF UK a VFN a vedoucím katedry urologie ILF. Po roce ale z kliniky odešel a začal systematicky budovat ambulantní Urocentrum v Praze. V roce 1992 založil Sdružení ambulantních urologů (SAU) a stal se

jeho předsedou. SAU se záhy stalo legitimním reprezentantem ambulantních urologů a významnou silou v urologické obci. V roce 2001 založil Českou společnost pro zdraví seniorů (ČSZS) a významně se podílel na uspořádání IV. světového kongresu SSAM v Praze v roce 2004. Roku 2008 byl docent Hanuš zvolen prezidentem České urologické společnosti ČLS JEP. Od roku 1992 působil řadu let jako jeden ze spoluorganizátorů Onko-urologických sympozií.

V roce 2014 doc. Hanuš poctila Česká onkologická společnost udělením ceny za nejlepší práci uveřejněnou v Klinické onkologii v roce 2013. Za celoživotní přínos české urologii mu bylo v roce 2011 uděleno čestné členství České urologické společnosti ČLS JEP a stal se laureátem ceny profesora Eduarda Hradce. Do svých posledních dnů byl aktivní v publikační a přednáškové činnosti.

V osobě Miroslava Hanuš se ztrácí česká urologická obec nejen špičkového urologa, ale i cílevědomého člověka pevných zásad, pracovitě kolegu a milého přítele. Čest jeho památce!

V roce 2014 doc. Hanuš poctila Česká onkologická společnost udělením ceny za nejlepší práci uveřejněnou v Klinické onkologii v roce 2013. Za celoživotní přínos české urologii mu bylo v roce 2011 uděleno čestné členství České urologické společnosti ČLS JEP a stal se laureátem ceny profesora Eduarda Hradce. Do svých posledních dnů byl aktivní v publikační a přednáškové činnosti.

V osobě Miroslava Hanuš se ztrácí česká urologická obec nejen špičkového urologa, ale i cílevědomého člověka pevných zásad, pracovitě kolegu a milého přítele. Čest jeho památce!

Ivan Kawacluk

ZE SPOLEČNOSTI

V lednu se **na Žofíně tančilo**

Letošní leden si lékaři mohli užít ve znamení plesového veselí. Počátkem ledna se na pražském Žofíně konal již 127. reprezentační ples mediků 1. LF UK Praha a 24. ledna ve stejných prostorech proběhl 19. reprezentační ples lékařů českých.

Ples mediků tradičně zahájil děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., který spolu s manželkou MUDr. Lilianou Šedovou a předsedkyní Spolku mediků českých Petrou Kňážekovou kráčel v čele slavnostního špalíru. Předtančení předvedl TK Chvaletice.

K poslechu a tanci hráli a zpívali Orchestr Karla Vlacha, Dixieland 1. LF UK, Petra Janů, Bohuš Matuš, Leona Machálková a další.

Komora plesala

Ples lékařů českých tradičně pořádala Česká lékařská komora

(ČLK) společně s Lékařským odborovým klubem – Svazem českých lékařů (LOK-SČL). Za fanfár orchestru Václava Hybše předal během slavnostního večera předseda LOK-SČL Martin Engel spolu s prezidentem ČLK Milanem Kubkem Cenu za statečnost LOK-SČL.

Předsednictvo LOK-SČL se rozhodlo ocenit MUDr. Romaniva jako představitele lékařů, kteří pomáhají na různých místech zeměkoule v ohnisku přírodních katastrof, epidemií a ozbrojených konfliktů.



(red)



Aleksi Šedo (uprostřed), Liliana Šedová a Petra Kňážeková. | Foto: Petr Heřman

Inzerce M141001434

Za pomoc na Majdanu

Jejím držitelem se stal MUDr. Severyn Romaniv ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Pracuje na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN. Jeho specializací je kardiologie a intenzivní péče. V únoru a v březnu 2014 se účastnil jako lékař zdravotnické mise Člověka v tísní v Kyjevě během bojů na Majdanu, kde ošetřoval raněné a prováděl rozdělování pacientů pro českou vládní misi Medevac.



Martin Engel, oceněný Severyn Romaniv a Milan Kubek. | Foto: Macchiani

Když symptomy nepotvrzují známou diagnózu,
... **uvažujeme o vzácné nemoci.**

Stačí jednoduchý krevní test ...



Test metodou suché krevní kapky objednejte na: www.spravnadiagnoza.cz



www.spravnadiagnoza.cz

přihlašovací jméno: **spravna**
heslo: **diagnoza**



Odkoupení praxe

Plánuji odkoupit část praxe od staršího kolegy, který má založenou s. r. o. V případě, že bych chtěla převzít jen část jeho praxe, musel by on vytvořit další s. r. o. a tu na mě následně převést? Problematický



odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

je převod zdravotnické dokumentace, která pravděpodobně nemá právně určeného vlastníka. Jak by potom měl v praxi vypadat přechod jen části klientely od stávajícího lékaře k novému?

Převod lékařské praxe není jednoduchou záležitostí a způsob převodu je vhodný před jeho započítím pečlivě promyslet. Zejména narážím na skutečnost, že v některých případech nedochází k automatickému převodu smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb u jednotlivých zdravotních pojišťoven, a je te-

dy nutné je uzavřít opětovně na základě výběrového řízení, ale mimo jiné i získat nové oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Ve Vašem případě, jak jej popisujete, je podle mého názoru nejjednodušší, aby Vám stávající lékař, resp. společník s. r. o. převedl část svého obchodního podílu – Vy se tedy stanete společníkem jedné s. r. o., a tudíž jedním poskytovatelem zdravotních služeb. V tomto případě pak bude nutné splnit „jen“ a především povinnosti ve vztahu k obchodnímu rejstříku a následně informační povinnosti o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Předpokládám, že po čase může být praxe převedena v plném rozsahu na Vaši osobu. Jinou možností je založit další s. r. o. (nejlépe přímo Vámi) a část zdravotnické dokumenta-

ce převést, ale v tomto případě je bohužel nutné požádat o nové oprávnění k poskytování zdravotních služeb a účastnit se výběrového řízení jednotlivých pojišťoven, a to z důvodu, že by se jednalo o nový subjekt.

Převod zdravotnické dokumentace

V případě zdravotnické dokumentace je situace opět složitější a odvíjí se od způsobu, jak bude praxe provozována – zda společně (jen jiní ošetřující lékaři), nebo zda bude praxe převedena na jiného poskytovatele. V případě převodu praxe na nového poskytovatele však podle § 59 zákona o zdravotních službách obecně platí, že poskytovatel zdravotních služeb, který hodlá ukončit jejich poskytování, je povinen tuto informaci zveřejnit alespoň 60 dnů předem ve zdravotnickém zařízení na veřejně přístupném místě, popřípadě na svých internetových stránkách a úřední desce příslušné obce.



ilustrační foto: Jiří Kotáček

V informaci uvede datum zamýšleného ukončení činnosti, termín, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace poskytovateli

zvolenému pacientem, adresu místa pro předložení žádosti a osobu, která hodlá pokračovat místo něj samotného v poskytování zdravotních služeb.

Evidence a kontrola omezovacích prostředků

Jak se ve zdravotnických zařízeních eviduje použití omezovacích prostředků a v jakých intervalech musí být sledováno (kontrolováno), zda v důsledku použití omezovacích prostředků nedochází k ohrožení zdraví pacienta? Je toto někde stanoveno?



odpovídá
Mgr. Lucie Neubertová

Podle § 39 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, lze omezovací prostředky použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, a pouze po dobu, po kterou tyto důvody trvají. Mezi omezovací prostředky podle tohoto zákona patří např. omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku nebo v místnosti určené k bezpečnému pohybu apod. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit, aby pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na svůj

zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku. Současně platí, že zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta musí být o použití omezovacích prostředků v případě určitých omezovacích prostředků informován bez zbytečného odkladu. Sdělení zákonnému zástupci pacienta se zaznamenává do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce nebo opatrovník. Dále platí, že pacient po dobu použití omezovacího prostředku musí být pod dohledem zdravotnických pracovníků. Dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata opatření k zábráně poškození zdraví pacienta. Použití omezovacích prostředků by tedy mělo být kontrolováno v pravidelných intervalech. Tyto intervaly stanoví jednotlivá zdravotnická zařízení ve svých vnitřních předpisech.

Použití omezovacího prostředku musí vždy indikovat lékař. Jen ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný, nelékařský zdravotnický pracovník, který je přítomen. Lékař však musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení. Každé použití omezovacího prostředku musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Dodávám, že podle § 40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách poskytovatel zdravotních služeb do 24 hodin oznámí soudu dodatečné omezení pacienta, který byl hospitalizován na základě souhlasu, ve volném pohybu, a to omezovacími prostředky (s výjimkou úchopu), nebo v jeho styku s vnějším světem až v průběhu léčení. Hospitalizace a dodatečné omezení pacienta se soudu neoznamuje, jestliže byl souhlas ve lhůtě do 24 hodin prokazatelným způsobem dodatečně vysloven.

Dětský koutek v jazykové škole

Chceme si v jazykové škole otevřít koutek pro děti maminek, které jsou zrovna na kurzu. Jaké hygienické a jiné požadavky musejí být splněny? Existují pro děti nějaké věkové limity (zákaz pobytu dětí mladších x let v koutku) a prohlízející personál předpisy ohledně vzdělání (např. v souvislosti s věkem hlídaných dětí)?



odpovídá
Mgr. Libor Štajer

Mimoškolní výchova a vzdělávání, pořádání kurzů, školení, včetně lektorské činnosti. Jen doplním, že k získání živnostenského oprávnění k provozu této volné živnosti stačí splnit pouze náležitosti vyžadované živnostenským zákonem.

Ve věci hygienických a souvisejících požadavků je pro zvýšení bezpečnosti vhodné, ač se v případě dětských koutků nejedná o školy v přírodě a zotavovací akce, splnit obecné náležitosti uvedené v § 10 a § 12 zákona o ochraně veřejného zdraví. To znamená zajistit přítomnost zdravotníka a hygienicky nezávadné prostředí s dostatečnou zásobou pitné vody. Konkrétní a povinné hygienické požadavky pak upravuje vyhláška č. 410/2005 Sb., o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení a provozoven pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých, která se vztahuje i na provozování živnosti Péče o dítě do 3 let věku v denním režimu, kdy je nutné splňovat odbornou způsobilost podle zvláštních předpisů (např. způsobilost všeobecné sestry, sociálního pracovníka, učitele v mateřské škole apod., viz příloha živnostenského zákona). V případě dětí starších 3 let se pak jedná již o živnost volné, kdy provozu dětského koutku nejlépe odpovídá živnost

Platná právní úprava se zatím problematikou provozu dětských koutků konkrétně nezabývá. Z tohoto důvodu je nezbytné se zaměřit zejména na podmínky uvedené v zákoně upravujícím živnostenské podnikání, tedy zákon č. 455/1991 Sb. Tento živnostenský zákon rozlišuje v rámci péče o dítě několik živností, přičemž podmínky jejich provozu se odvíjejí od věku dítěte. V případě, že je dítě mladší 3 let, je možné využít vázanou živnost Péče o dítě do 3 let věku v denním režimu, kdy je nutné splňovat odbornou způsobilost podle zvláštních předpisů (např. způsobilost všeobecné sestry, sociálního pracovníka, učitele v mateřské škole apod., viz příloha živnostenského zákona). V případě dětí starších 3 let se pak jedná již o živnost volnou, kdy provozu dětského koutku nejlépe odpovídá živnost

SERVIS

Karel Pavelka, Petr Arenberger, Milan Lukáš, Tomáš Zima a kolektiv Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění

v revmatologii, gastroenterologii
a dermatologii



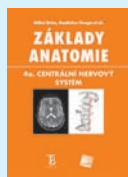
Rozsah:
388 stran
Cena: 590 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5048-4
Vydavatel:
Grada

První interdisciplinární monografie na dané téma v ČR je rozčleněna do tří relativně samostatných částí týkajících se revmatologie, gastroenterologie a dermatologie. V každé části je uveden profil a mechanismus účinku používaných léků, klinické zkušenosti s jejich efektem a bezpečností a data z dlouhodobých studií. Po definici onemocnění následuje popis strategie léčby a postavení biologických léků v algoritmu terapie u jednotlivých diagnóz. Zvláštní kapitola je věnována problematice biosimilárních léků, které v současné době vstupují na trh. Jedna kapitola pojednává o vývoji biologických léků, respektive o nových molekulách, které jsou v procesu klinického zkoušení a přibližují se registraci. Samostatné kapitoly se zabývají biologickou léčbou systémového lupus erythematosus a osteoporózy, kde byly nedávno registrovány první preparáty. Zařazeny jsou i kapitoly o farmakoekonomice biologických léků.

Miloš Grim, Rastislav Druga a kolektiv

Základy anatomie

4a. Centrální nervový systém



Rozsah:
221 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-938-1
(Galén),

978-80-246-2802-8 (Karolinum)
Vydavatel: Galén – Karolinum

Autoři při popisu centrálního nervového systému v učebnici zachovávají tradiční přístup a členění – jednotlivé struktury jsou popisovány jako součásti větších celků (mícha, mozkový kmen, diencefalón, hemisféra). Významnou složkou textu jsou údaje o spojích jednotlivých

struktur a etáží CNS (tzv. mozkové dráhy). Tyto údaje se často opírají o výsledky dlouholetých experimentů pracovníků pražských anatomických ústavů, zaměřených na studium struktur a spojů mozku a jeho kmene, bazálních ganglií a na organizaci korových projekcí.

Martin Vejražka, Dana Svobodová Terminologiae medicae ianua

Úvod do problematiky řeckolatin-
ské lékařské terminologie
3. vydání



Rozsah:
430 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-082-0
Vydavatel:
Galén

Nové vydání učebnice pro studenty lékařství pokračuje v osvědčené tradici – z nejnmutnějšího gramatického minima vytěžit maximum, které budoucí lékař využije ve vlastní praxi. Text podněcuje ke kreativě a hledání souvislostí, Komenského požadavku názornosti slouží řada tabulek, schémat i kreseb. Látka je doplněna ukázkami diagnóz, etymologií odborných termínů a hojností materiálu k procvičování, včetně klíče. Vedle účelově zařazeného minima pro první ročník nabízejí autoři i základní terminologickou výbavu pro obory studované v ročnících vyšších a také další informace pro zájemce o podrobnější studium problematiky.

Jiří Škorpiil, Marián Kohut, Tomáš Hájek Novinky v léčbě poranění srdce



Rozsah:
106 stran
Cena: 295 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-328-2
Vydavatel:
Maxdorf

Přestože se péče o nemocné s poraněním srdce přesunula do specializovaných center, publikace si klade za cíl systematicky problematiku zdokumentovat a přiblížit ji tak chirurgům na všech úrovních kontaktu s nemocným. Reflektuje nová doporučení, nové lékařské postupy, vývoj techniky a materiálů v oboru i nové medikamenty zaváděné do praxe.

NOVÉ KNIHY

Karel Novotný a kolektiv Ambulantní operace křečových žil

Miniinvasivní a endovaskulární
přístupy



Rozsah:
166 stran
Cena: 295 Kč
ISBN: 978-80-7345-
-363-3
Vydavatel:
Maxdorf

Kniha přináší přehled postupů užívaných v operativě křečových žil, s důrazem na miniinvasivní a endovaskulární přístupy. Nové miniinvasivní techniky umožňují operovat z bodových řezů, bez celkové anestezie, a rychle vracet pacienty do běžného života, navíc při zlepšeném kosmetickém výsledku.

Michaela Schneiderová Perioperační péče



Rozsah:
368 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-247-
-4414-8
Vydavatel:
Grada

Kniha je rozdělena na část obecnou a speciální. V obecné části jsou prezentována všeobecně platná pravidla pro provoz operačních sálů a perioperační péči o pacienta. Kapitoly ve speciální části popisují anatomii, fyziologii, patologii a chirurgickou léčbu nejčastějších onemocnění a stavů v jednotlivých chirurgických oborech. Pro přehlednost a snadnou orientaci jsou tyto kapitoly jednotlivě strukturovány.

Petr Aděl, Matěj Škrovina, Vítězslav Ducháč, Karel Klos Inkontinence stolice a obstrukce pohledem chirurga



Rozsah:
141 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-140-7
Vydavatel:
Galén

Monografie v úvodu nabízí základní údaje z anatomie a fyziologie, podrobněji se věnuje obstrukci, inkontinenci a prolapsu rekta. V dalších kapitolách poskytuje přehledně utř-

děné informace o etiologii, patogenézi, symptomatologii a diagnostice, podrobněji představuje jednotlivé terapeutické metody. Inkontinenci moči nebo stolice, popř. jejich kombinaci trpí více než polovina osob ošetřovaných v pečovatelských a sociálně-zdravotnických institucích.

Pavel Ševčík a kolektiv Intenzivní medicína

3., doplněné a přepracované vydání



Rozsah:
1195 stran
Cena: 3500 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-066-0
Vydavatel:
Galén

Učebnice oboru intenzivní medicína pro mediky i postgraduální vzdělávání vychází 11 let od druhého vydání v novém, kompletně přepracovaném vydání a téměř trojnásobném rozsahu. Skládá se z oddílů mapujících okruhy problémů, s nimiž se lze na zdravotnických pracovištích nejčastěji setkat.

Miroslav Hirt a kolektiv Soudní znaleství v oboru zdravotnictví



Rozsah:
48 stran
Cena: 159 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3890-1
Vydavatel:
Grada

Čtenář z publikace získá ucelený přehled o oboru, jednotlivé kapitoly se jmenují například: Prameny (právní úprava), kterými se řídí znalecká činnost v ČR, Jmenování a odvolání znalce, podmínky, zápis, evidence, slib znalce, Poučení znalce – povinná mlčenlivost, Vyžádání zdravotnické dokumentace, Lege artis, non lege artis, vitium artis – výklad pojmů, Odborné vyjádření, odborné stanovisko, Právní odpovědnost znalce – ochrana znalce.

Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kolektiv

Etické problémy medicíny na prahu 21. století

Rozsah: 520 stran
Cena: 690 Kč
ISBN: 978-80-247-5471-0
Vydavatel: Grada

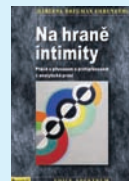


Monografie, která navazuje na publikaci Etika a komunikace v medicíně (Grada, 2011), systematicky mapuje etické problémy

v medicíně na přelomu 20. a 21. století. Je rozdělena do čtyř tematických celků. V prvním analyzuje etické otázky na úrovni obecných a historických souvislostí. Jsou probrány aktuální kontexty etiky v medicíně a zdravotnictví obecně, ale také širší historické, právní a psychologické souvislosti. Druhá část se věnuje problematice etických problémů, které stojí na pomezí výzkumu a klinické práce. Nastíněny jsou specifické otázky, před jejichž konkrétním řešením v klinické praxi medicína v současné době stojí. Třetí, klinická část mapuje stav etiky a očekávaných etických výzev v jednotlivých klinických oborech. V závěrečné části jsou probrány některé speciální otázky – například problematika smrti a umírání, dehumanizace v medicíně a další závažné jevy.

Darlene Bregmanová Ehrenbergová Na hraně intimity

Práce s přenosem a protipřenosem
v analytické praxi



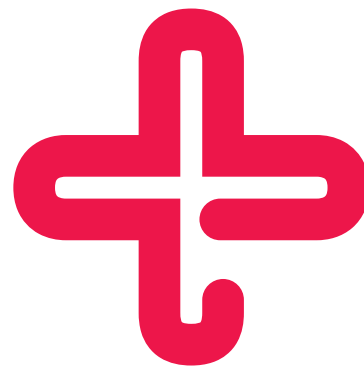
Rozsah:
288 stran
Cena: 409 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0725-2
Vydavatel:
Portál

Vztahová psychoanalýza je v současnosti nejdynamičtější se rozvíjícím psychoanalytickým směrem. Psychoanalytici a psychoterapeuti různých směrů docházejí v poslední době k poznání skutečnosti, že psychoterapeut a klient se navzájem bez ustání ovlivňují, aniž by si toho často byli vědomi. To může vést k názoru, že nejsme s to prokázat, je-li úspěšná léčba důsledkem terapeutické techniky a intervencí, anebo dopadem interakcí, jež se vymykají našemu vědomí. Autorka zkoumá interaktivní pole terapeutického vztahu a dává porozumět terapeutickému potenciálu vztahu mezi klientem a analytikem či psychoterapeutem.

Na pozadí řady ilustrativních kauzistik se zaměřuje na nové aspekty přenosově protiprenosového vztahu a roli afektivní a nevědomé komunikace v analytickém vztahu.

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



20 / Seriál

Zdravotnická dokumentace
– historie a současnost



24 / Téma

Pacient s Alzheimerovou
nemocí a jeho aktivizace



26 / Kazuistiky

Pánované těhotenství
po 45. roce věku

Zdravotnická dokumentace – 1. část

Historie a současnost zdravotnické legislativy a její vztah k dokumentaci

Článek připomíná historické souvislosti, které stály u zrodu první zdravotnické legislativy a zmiňuje některé první právní normy, včetně návaznosti na zdravotnickou dokumentaci.

Počátek kodifikace zdravotnické problematiky na území našeho státu není v odborné literatuře zcela přesně určen, a proto za první zmínky lze považovat vyhlášky a nařízení měst, které souvisely s morovou epidemií v 17. století. Tato epidemie přišla na naše území spolu se Švédy během třicetileté války. Zlom v dějinách lékařství přišel až s vládou Marie Terezie, kdy bylo zdravotnictví organizováno pod centralizovanou službou. V roce 1752 vyšel patent Generálního medicínského řádu pro Moravu a o rok později pro Čechy, kde byla pevně stanovena pravidla pro veškerý lékařský personál. Stejně tak císař Josef II. pokračoval v matčiných reformách a v roce 1887 vchází v platnost zákon č. 68, o veřejné zdravotní službě, čímž byl vytvořen určitý moderní zdravotní systém své doby na území Rakouska-Uherska. Další právní předpisy vznikaly v období první republiky, a to např. zákon č. 221/1924 Sb., který upravoval pojištění zaměstnanců pro případy nemoci, invalidity a staří. I další právní předpisy, jež vyšly v období po první republice, se sice věnovaly alespoň okrajově zdravotnictví, ovšem žádný podrobně nepopisoval dokumentaci.

Péče o zdraví lidu

Pokud se podíváme souhrnně na platné legislativní normy v období před rokem 1989, nacházíme první zmínku o dokumentaci v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který byl přijat jako základní právní předpis zdravotnického práva v tehdejší Československu. Tento zákon vymezuje nejen povinnosti zdravotnických zařízení, povinnosti státu k občanům ve zdravotnické oblasti, ale i povinnosti a práva pacientů jakožto uživatelů zdravotnické péče, a v neposlední řadě charakterizuje i zdravotní péči jako tako-

vou. Je s podivem, že tento zákon nebyl až do roku 1990 ani jednou novelizován a v nezměněné podobě „přežil“ bezmála čtvrt století. V porevolučním období byl naopak mnohokrát novelizován a až v roce 2011 zcela nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Stejně tak byl nahrazen po rozdělení federace ve Slovenské republice (ale již o 7 let dříve) zákonem č. 277/1994 Zb., o zdravotnej starostlivosti, a zákonem č. 576/2004 Zb., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Nový pojem – „zdravotnická dokumentace“

Jak již bylo řečeno, zákon č. 20/1966 Sb. jako první právní předpis upravuje pojem „zdravotnická dokumentace“, její formu, nakládání s dokumentací i osoby, které smějí do dokumentace nahlížet. Pojem ošetrovatelská dokumentace v roce vydání zákona (1966) nebyl ještě v československém právním systému znám, nejen kvůli asistenční roli, která byla sestřím přiznávána. Přesto si troufám tvrdit, že se jedná v oblasti dokumentace o průlomový předpis. Po roce 1989 prošel tento zákon opakovaně novelizacemi a jedna z nich, jež se dotýkala problému dokumentace, byla zakotvena v zákoně č. 260/2001 Sb., a to konkrétně přidáním páté části – § 67 a) a následující § 67 b) s názvem Zdravotnická dokumentace, kde je uložena nejen povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci, ale jsou zde specifikovány i podrobnosti o způsobu vedení dokumentace, o tom, kdo do ní smí nahlížet, a archivace dokumentace včetně její skartace.

Další předpisy týkající se dokumentace

Další právní předpis z oblasti dokumentace přišel v roce 2006, a to vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, a následně vyhláška č. 479/2006 Sb., která pouze pozměňuje, resp. odkládá nabytí účinnosti vyhlášky č. 385/2006 Sb. Tato vyhláška se skládá ze sedmi paragrafů a specifikuje nejen to, co zdravotnická dokumentace obsahuje (§ 1), co je součástí dokumentace (§ 2), jaké je označení každého listu dokumentace (§ 3), ale i to, jak vypadá dokumentace určená pro záchranné služby (§ 4). V § 5 je uvedeno, kdy se provádí zápis do dokumentace, a § 6 se podrobněji věnuje lhůtám uchování dokumentace a skartačnímu řízení a možnosti vyřazení dokumentace z archivu. Poslední § 7 stanovuje datum nabytí účinnosti vyhlášky, které však, jak již bylo výše řečeno, bylo nakonec dalším právním předpisem upraveno. Dále tato vyhláška obsahuje tři přílohy. V první příloze se dočteme o minimálním obsahu jednotlivých částí dokumentace, druhá příloha vysvětluje pojmy z oblasti skartačního řádu a poslední příloha se věnuje skartačnímu plánu.

Tato vyhláška již specifikuje v příloze č. 1, bod 11 „Dokumentaci ošetrovatelské péče“, co je obsahem záznamu ošetrovatelské péče, jak vypadá dokumentace ošetrovatelského plánu a jak ošetrovatelská propouštěcí zpráva či doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu. Zároveň se podrobněji v příloze č. 1, bod 9, věnuje dokumentaci zdravotnických záchranných služeb. Následujícím právním předpisem je vyhláška č. 64/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb. Nové úpravy se dotkly v podstatě všech paragrafů (vyjma § č. 5) a pozměněny byly i všechny tři přílohy.



Ilustrační foto: Shutterstock

Zákon č. 372/2011 – základní právní předpis

Výše zmiňované vyhlášky (385/2006 Sb., 479/2006 Sb., 64/2007 Sb., včetně poslední novely vyhlášky č. 187/2008 Sb.) v současnosti neplatí, jsou nahrazeny zákonem č. 372/2011 Sb. Jedná se skutečně o komplexnější zákon, který ruší celkem dvacet osm zákonů a vyhlášek a pro dokumentaci se stává základním platným právním předpisem. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je rozdělen na čtrnáct částí. Část šest, nazvána Zdravotnická dokumentace a národní zdravotnický informační systém, je rozdělena do tří hlav (Hlava I – Zpracování osobních údajů (§ 52), Hlava II – Zdravotnická dokumentace, Hlava III – Národní zdravotnický informační systém).

Posledním novým právním předpisem z oblasti dokumentace je vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Tato vyhláška je členěna do osmi § a stejně

jako vyhlášky týkající se dokumentace v předešlých právních úpravách má rovněž tři přílohy, které specifikují jednotlivé druhy dokumentace a nakládání s nimi. Aby historický výčet legislativních norem vztahujících se k zdravotnické dokumentaci byl ucelený, nemůžeme opomenout Věstník ministerstva zdravotnictví č. 9/2004 věnující se Koncepti ošetrovatelství. V bodě 1.9 s názvem „Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace“ se uvádí: „U každého pacienta/klienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetrovatelská dokumentace, která zaznamenává údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů pacienta/klienta, rodiny či jeho blízkých nebo komunity“.

Literatura u autorů

Mgr. Bára Kvapilová,
ZZS ZK, výjezdové stanoviště Rožnov
pod Radhoštěm,
ybaray@gmail.com

Využívání řízené tělesné teploty na JIP/ARO

Nové možnosti povrchové hypotermie – řízení tělesné teploty

Článek je věnován přehledu a rozdělení povrchové hypotermie. Uvádí metody řízené hypotermie a projevy typických změn na EKG. Cílem je seznámit čtenáře s principy a přínosy nové metody chlazení přístrojem „Arctic Sun“.

Hypertermie pacientům škodí všeobecně, pacientům po srdeční zástavě zhoršuje neurologické postižení i celkové přežívání. Naopak hypotermie či striktní normotermie (36 °C) po kardiopulmonální resuscitaci (KPR) zmírňuje neurologické postižení a zlepšuje celkové přežití. Tělesná teplota jádra se měří podle zavedení čidla – v jícnu, v močovém měchýři – a provádí se intravaskulární měření.

Využití hypotermie/normotermie

Hypotermie je definována jako pokles tělesné teploty pod 35 °C. Rozlišujeme ji na mírnou (32–35 °C), střední (28–32 °C) a těžkou (pod 28 °C).

Hypotermie se využívá po KPR (pro FK/KT) s obnovením spontánní cirkulace, ale s přetrvávajícím bezvědomím. Řízení tělesné teploty se využívá také u febrilních stavů, které není možné zvládnout farmakoterapií, a při těžším podchlazení (chladné prostředí, ve vodě) s potřebou řízeného ohřevu. Může se také vyskytovat v kombinaci s úrazem, poruchou vědomí a intoxikací léky či alkoholem. Řízení teploty je vhodné zahajovat již při transportu do nemocnice. Dosažení požadované tělesné teploty je cílem číslo jedna. Důležité je, aby oteplování probíhalo pozvolna, o 0,5 °C za hodinu. Jako prevence chladového třesu může být využita myorelaxace, která je často nezbytná.

EKG u hypotermie

Teplota tělesného jádra a její snižování je spojena s patofyziologickými mechanismy včetně změn na EKG křivkách. Při poklesu tělesné teploty klesá i tepová frekvence a tím se prodlužuje převod elektrického impulsu. Typická arytmie, která je spojena s hypotermií, se nazývá bradykardie (u teplot pod 32 °C) a také AV blokáda I. stupně (vyšší stupně). Pokud se pacient nachází ve střední či těžší hypotermii, sou-

časně je i zvýšená dráždivost myokardu. Poklesne-li teplota tělesného jádra pod 28 °C, znamená to ohrožení života, které je podmíněno komorovými arytmiemi, fibrilací komor a asystolií.

Na EKG křivce můžeme pozorovat tzv. Osbornovu vlnu, která je specifická pro hypotermii u pacientů s teplotou pod 30 °C. Je to charakteristická elevace v přechodu QRS komplexu v ST segment. Osbornova vlna je nejvíce patrná v pre-kordiálních svodech z levé komory a její velikost závisí na hloubce hypotermie.

Metody hypotermie

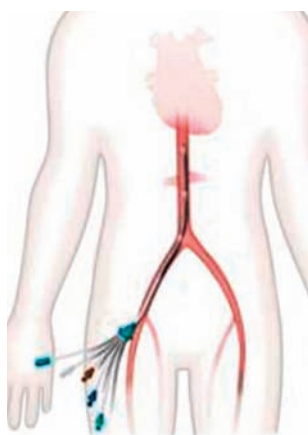
- ledové infuze krystaloidů (4 °C)
- Rhinochill (viz obr. 1)
- výplachy žaludku a močového měchýře

Povrchové chlazení

- obklady ledovými vaky
- chladičí příkrývky, podložky a helmy (Blanketrol)
- speciální ČŽK s průtokem ledové tekutiny (viz obr. 2)



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3 Povrchové chlazení Arctic Sunem

- Thermo guard
- Cool guard

Úskalí povrchového chlazení

U povrchového chlazení je velká pravděpodobnost menší rychlosti ochlazení oproti intravaskulárnímu systému. Naopak můžeme pozorovat rychlejší zahájení. Při automatickém řízení tělesné teploty je riziko střídání příliš nízké teploty s ohříváním. Minimální teplota chlazení by měla být 34 °C. Můžeme zde pozorovat i nebezpečí dekubitů, a to především v místech, kde tělo leží plnou vahou na velmi chladné podložce. Užívání jednotlivých příkrývek nezpůsobuje dekubity, ale příkrývka nechladí v dostatečném množství.

Nové možnosti povrchové hypotermie

Nalepovací chladičí polštářky „Pads“ jsou třívrstvé, ve spodní části se nachází lepivá vrstva – hydrogel. Tekutina v jednotlivých kapilárách má vysokou hustotu. Polštářky jsou na jedno použití. Existují různé velikosti podle tělesné hmotnosti pacienta. Je možné jejich přemístování i přechodné odstranění. V případě jejich používání (po dobu cca 5 dní) riziko dekubitů odpadá.

Další výhody Arctic Sun

- Léčbu lze zahájit za několik minut,
- automatická regulace a monitorace TT,
- ochlazení je rychlé (do 30 min. 32–34 °C),

- Pads (chladičí polštářky) umožňují přístup k tříslům (např. pro SKG po KPR),
- v případě propíchnutí z podložky nic nevyteče,
- přerušování a opětovné spouštění.

Zahájení léčby

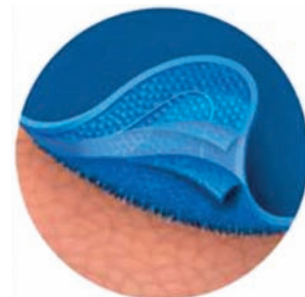
Důležité je připojit přírodní kabel tekutiny, patientský kabel a plnicí trubici. Napájecí kabel zasunout do elektřiny. Po zapnutí přístroj spustí krátké samotestování. Po testu můžeme zvolit druh terapie pacienta. Po naplnění zásobníku destilovanou vodou do 3,5 l můžeme na přístroji stisknout „start“.

Úloha sestry na naší jednotce

Sestra především připraví lůžko s chladičím přístrojem Arctic Sun s příslušenstvím a pacienta svlékne. Pokud je to možné, okamžitě zahájí řízenou hypotermii. Po celou dobu se monitoruje tělesná teplota a všechny životní funkce. Po dosažení požadované teploty se hypotermie velice pozvolně ukončí.

Monitoring

- Teplota: jícnový teploměr, PMK s termočidlem.
- Životní funkce: P – hrozí bradykardie (často důvod, proč začít postupně ohřívát).
- Celkový stav: sestra si všímá především třesu, což je obranný mechanismus, kterým si tělo vytváří teplo. Pacient proto musí být kvalitně tlumený a relaxovaný.



Obr. 4 Chladičí polštářky – „Pads“



Obr. 5 Monitoring

- Účinky léku: léky se eliminují z těla v prodlouženém čase.
- Ohřívání: snažit se udržet teplotu ve fyziologických mezích – při následných febriliích hrozí edém mozku a může se zhoršit neurologická prognóza pacienta.

Důležité

Správné nastavení parametrů pro pacienta a také vhodná volba léčebných cílů. Dostatečná kontrola teplotní sondy, třasu pacienta, vlhkosti a přilnavosti jednotlivých polštářků. Kontrolujeme i kůži pod jednotlivými „pady“. Nikdy nesmíme používat polštářky přes transdermální náplasti, kde je vysoká pravděpodobnost většího úniku léku do těla pacienta. Nepoužíváme je ani při manipulaci s hořlavými čidly a s vysokofrekvenčními chirurgickými nástroji.

Přínos metody

Metody mírné hypotermie a normotermie po zavedení do rutinní poresuscitační péče zažívají velký rozmach. Nové technologie, jako je ta popisovaná v našem článku, tuto léčebnou metodu zefektivňují a dělají bezpečnější i jednodušší na provedení.

Literatura u autorky

Mgr. Michaela Navrátilová,
III. Interní klinika – klinika endokrinologie
a metabolismu I. LF UK a VFN, Koronární jednotka,
miska711@seznam.cz

Úskalí života osob se sluchovým postižením ve slyšící společnosti

Sluchově postižený člověk se ve svém každodenním životě setkává s velkým množstvím překážek a úskalí. Čím je postižení těžší, tím horší situace nastává. Článek si klade za cíl ozřejmit současnou situaci minoritní sluchově postižené populace v České republice se zdůrazněním skutečností, které je třeba dále a trvale zlepšovat.

Sluchové postižení s sebou přináší mnoho specifik v samotné komunikaci, ve způsobu a v možnostech vzdělávání a získávání informací, ale i v celé osobnosti jedince. Na takového člověka číhá mnohem více záťažových situací než na slyšícího.

Stres jako doprovodný faktor

Negativní dopad sluchového postižení na osobnost záleží na druhu a rozsahu sluchové vady, na době jejího vzniku, na tom, zda je přidruženo další postižení, na prostředí, na podmínkách pro vývoj, na komunikačním prostředí a na zvládnutí celé situace. Doprovodným negativním faktorem těchto situací bývá stres. Zažívání komunikačního neúspěchu může vést k sociální izolaci, strachu z komunikace, somatickým potížím i narušení psychiky. Na odolnosti vůči záťažovým situacím a jejich řešení se podílí velikost sebevědomí, které je potřeba posilovat a rozvíjet.

Naprostě rutinní aktivity pro člověka bez postižení se pro sluchově postiženého stávají zdrojem mnoha nepříjemných, trapných a stresujících pocitů. Stále přetrvává problematický postoj většinové společnosti k lidem s postižením nebo k určitým „vybočením z normy“ obecně, i když můžeme říct, že tato situace se v mnoha směrech zlepšuje.

Zkreslené představy o sluchově postižených

V České republice je zhruba půl milionu nedoslýchavých a neslyšících lidí. Převážnou část z nich tvoří nedoslýchaví, jejichž sluch se zhoršil z důvodu věku. Zhruba 15 tisíc nedoslýchavých a neslyšících lidí se s vadou sluchu narodilo nebo jejich vada vznikla v dětství. Lidé se sluchovým postižením netvoří jednotnou skupinu, existuje více druhů, typů

a stupňů postižení sluchu. Způsoby jejich komunikace jsou závislé na hloubce sluchového postižení a na dalších faktorech, jako jsou doba vzniku hluchoty, vliv rodiny, školy či osobnostní předpoklady. Neslyšící tedy netvoří skupinu stejných lidí. Někteří mluví a odezírají, jiní komunikují znakovým jazykem.

Někteří neslyšící jsou rozpačití nebo odmítají přijmout sami sebe jako plnohodnotné lidské bytosti s možností realizovat se a žít život podle svých potřeb a představ. Negativní pohled těchto lidí na sebe sama pochází z náhledu slyšících, který často vzniká na základě neinformovanosti veřejnosti, ale i na základě toho, co se někdy o lidech se sluchovým postižením píše v odborné literatuře. Opakovaně se o neslyšících mluví jako o lidech, kteří se neumějí správně chovat, mívají potíže v sebeovládání a jejich myšlení je vázáno na konkrétní realitu (jinými slovy, nejsou schopni chápat abstraktní pojmy, jako jsou např. láska či přátelství). Komunikace s nimi je natolik obtížná, že se omezuje na sdělení nejnutnějšího, je poukazováno na omezenou schopnost chápání psaného textu, nízkou úroveň čtenářských dovedností apod. Pokud si tyto materiály prostuduje člověk, který s neslyšícími nemá žádnou zkušenost, získá o nich zkreslené představy.

Já jsem také sluchově postižený, což umožňuje sdělení i jinak velmi subjektivních pocitů a zážitků. Osoba s tímto postižením se setkává se záťažovými stresujícími situacemi především v oblasti komunikace v neznámém prostředí s neznámými lidmi. Mluvená řeč takových lidí je specifická, může být pomalejší, zkromolená, pro příjemce někdy těžce srozumitelná. Někteří lidé se sluchovým postižením se tedy obávají situací, kdy by museli oslovit neznámé slyšící lidi. Mají strach

z nepřiměřené reakce okolí, protože v mnohých případech slyšící lidé reagují na oslovení osoby se sluchovým postižením přehlížením, odstupem, často ji považují za méněcenného a nerovnocenného partnera.

Uplatnění na trhu práce

Pracovní uplatnění jedince se sluchovým postižením je do jisté míry omezeno a je provázáno řadou problémů a komplikací. Nalezení vhodného pracovního místa běžně závisí na kvalitě a úrovni vzdělání uchazeče. U lidí se sluchovým postižením to však jednoznačně neplatí, protože ochota zaměstnat neslyšícího je do značné míry ovlivněna úrovní jeho komunikačních schopností. Neslyšící mají větší potíže při hledání zaměstnání (spojené i s obavami zaměstnavatelů – nízká kvalifikace zdravotně postižených obecně, ztížená ochrana sluchově postižených v pracovních právních vztazích, vysoký podíl ruční práce, vysoká míra krátkodobé pracovní neschopnosti), proto mezi nimi je větší nezaměstnanost. Neslyšící v pracovním uplatnění většinou také nezastávají řídicí a vedoucí funkce, ale pomocné a nekvalifikované činnosti. Na pracovišti ve smíšených kolektivech existují komunikační bariéry. Po práci spolu slyšící a neslyšící netraví volný čas. Neslyšící mívají převážně neslyšící nebo nedoslýchavé přátele a uzavírání sňatků také bývá soustředěno do vlastní skupiny. Při trávení volného času samostatně dávají přednost takovým aktivitám, při nichž je jejich handicap neomezuje.

Od roku 2006 funguje v Praze organizace APPN, o. p. s. – agentura pro neslyšící. APPN vznikla na popud neuspokojivého stavu zaměstnanosti neslyšících. Agentura začínala s cílem zlepšit postavení sluchově postižených na trhu práce a dále zvýšit dostup-



Ilustrační foto: Shutterstock

nost a kvalitu sociálních služeb. V současné době provádí také nonstop *on-line* tlumočení českého znakového jazyka. Tato služba je u neslyšících velmi oblíbená, využívá se zejména při potřebě telefonického hovoru se slyšící osobou, popř. při využití záznamníku a překladu textu. Mimo tyto služby také sluchově postižené doprovází na přijímací pohovory a v případě nutnosti využití tlumočnických služeb poskytuje pracovní asistenci v zaměstnání. V rámci projektu funguje také právní poradna. Agentura neposkytuje služby jen „neslyšícím“, ale i celé skupině „sluchově postižených“.

Poskytování zdravotních služeb

Ve zdravotnictví se jako problematické jeví např. hlasité vyvolávání pacientů jménem z ordinace lékaře, kladení otázek s ústy překrytými rouškou nebo nevhodně zvýšený hlas. Pro potřeby komunikace se zdravotnickým personálem vydala Česká komora tlumočnicků znakového jazyka brožurku s názvem „Tlumočnický jako most mezi slyšícím zdravotnickým personálem a neslyšícím pacientem“. Publikace je primárně zaměřena na komunikaci s neslyšícími, rady v ní obsažené je možno brát jako širší doporučení pro komunikaci se všemi skupinami sluchově postižených. Zdravotnický personál by měl umět vhodně komunikovat s postiženými pacienty tak,

aby vzájemná výměna informací přinášela co možná nejmenší úskalí.

Tlumočníci znakového jazyka

Tlumočníci znakového jazyka tlumočí neslyšícím ve všech oblastech života, tedy v sociálních službách, na úřadech, ve zdravotnictví, v práci, u soudu, v řešení osobních problémů. Jedná se většinou o individuální tlumočení pro neslyšícího klienta, hovoří se o komunitním tlumočení, neboť se jedná o specifické tlumočení pro příslušníky komunity neslyšících. Tlumočení pro neslyšící do a ze znakového jazyka se od tlumočení cizích jazyků v mnohém liší. Mnoho slyšících lidí má představu, že se s neslyšícím mohou jednoduše „domluvit“ prostřednictvím psaní.

Profesionální tlumočnických služeb stále stoupá, zvyšuje se také počet kvalitních tlumočnicků. Problematická je zatím dostupnost těchto služeb. Zřejmě nejlepší je situace v Praze, kde také sídlí nejvíce organizací, které se tlumočením zabývají. Tlumočníci tak často za klientem dojíždějí do různých částí republiky. Tlumočníci znakového jazyka se často setkávají s neochotou slyšících klientů ke spolupráci s tlumočníky. Domnívají se, že se s neslyšícím nějak domluví i bez tlumočnicka. Někteří slyšící lidé začínají přehnaně artikulovat, více gestikulovat v domnění, že jim tak neslyšící lé-

pe porozumějí. Komplikují tak neslyšícímu možné odezírání. Odezírání je však velmi náročná činnost a spoléhat se pouze na tento postup není nevhodnější. Některým slyšícím lidem je také nepříjemná přítomnost třetí osoby, kterou pro ně tlumočnick je. Mají pocit kontroly. Je však úkolem tlumočnicka, aby situaci uklidnil a slyšícímu klientovi svoji roli v komunikaci vysvětlil. Mají-li slyšící i neslyšící při komunikaci k dispozici tlumočnicka, mohou se plně soustředit na obsah hovoru a nemusí přemýšlet o jeho formě.

Komunikace ve zdravotnickém zařízení

Tlumočení v medicínském prostředí představuje velice citlivou oblast. Nezastupitelnou úlohu zde hraje důvěra a absolutní diskrétnost tlumočnicka. Někdy je pro neslyšícího klienta lepší, když je tlumočnick stejného pohlaví – odpadá tím stud, který

už tak citlivou situaci ještě více komplikuje. Prohlídka u lékaře může pro tlumočnicka skrývat řadu nečekaných „nástrah“. Například když lékař aplikuje oční kapky, po kterých má neslyšící klient rozostřený zrak, špatně vidí tlumočnicka, který si nemůže být jist, zda mu neslyšící klient stoprocentně rozumí. Podobně si neslyšící těhotná žena při ultrazvukovém vyšetření prohlíží své miminko na obrazovce, a proto nemůže zároveň sledovat tlumočnicka. Pokud se při lékařských setkáních využívá služeb jiného než profesionálního tlumočnicka a zejména pokud v roli tlumočnicka vystupuje někdo, kdo je pacientovi znám (nejbližší příbuzní, přátelé), vyvstává otázka, zdali je tlumočené sdělení důvěryhodné. Existuje riziko, že takový tlumočnick by mohl do výpovědi neslyšícího pacienta zasahovat a podbarvovat ji vlastními pohledy na věc. Neslyšící pacient se tak nedozví přesnou diagnózu.

Krizové situace

V budovách, jako jsou banky, nemocnice, úřady, ale i v bytových domech obvykle visí evakuační plány, ukazatele únikových schodišť, požární poplachové směrnice, kde jsou uvedena tísňová telefonní čísla pro přivolání hasičů, záchranné služby apod. Nikde však není zohledněn fakt, že o pomoc bude žádat či že mimořádnou událost bude ohlašovat člověk, který nemůže telefonovat.

Problémem také zůstává jak osoby se sluchovým postižením o případné evakuaci vyrozumět. Představte si, že budete v obchodním domě či na úřadě a najednou místní rozhlas začne hlásit, že se zákazníci mají urychleně přesunout k východům A a B a okamžitě opustit budovu. Všichni slyšící lidé kolem vás se dají do pohybu, ale neslyšící nebudou vědět, co se děje, a v tom zmatku a panice nemůžou spoléhat na to, že jim

to někdo sdělí. V televizi vysílají mimořádné zprávy, které nejsou titulkované a sami sluchově postižení nerozumí, co mají dělat, jak se mají zachovat.

Neexistuje celorepublikový systém, který by např. v rámci krajů evidoval pro tyto potřeby adresy nedoslýchavých a neslyšících osob. Systém, který by umožňoval třeba zaslání varovné SMS zprávy sluchově postiženým ku příkladu v době povodní atd.

Informační bariéry

Pro neslyšící osoby vznikají během cesty veřejnými dopravními prostředky problémy s orientací z důvodu nedostatečného přísunu aktuálních informací. Problémem je však získávání informací o nečekaných změnách, které nastanou těsně před cestou nebo během cesty. Kupříkladu změna kolejí v vlakové dopravě, změna nástupiště, zpoždění či zrušení spoje, jízda odklonem či náhradní doprava jiným doprav-

ním prostředkem. Tyto změny bývají sdělovány pouze hlášením na nástupišti staničním rozhlasem. Často se stává, že slyšící lidé po oznámení změn přejdou na jiné nástupiště, zatímco neslyšící zůstanou na místě a marně čekají na svůj spoj. Když nějaká změna nastane v průběhu jízdy, vlakvedoucí nebo průvodčí vlaku to oznámí cestujícím vlakovým rozhlasem. Jsou hlášeny stanice, zpoždění, informace o provozu jídelního vozu a další informace. Ve starších vlacích projde průvodčí jednotlivá kupé a do prostoru nahlas vysvětlí, co se stalo a jaká je náhradní doprava. Pouze neslyšící cestující se nic nedozví...

Literatura u autora

Mgr. BcA. Pavel Kučera,
Ústav speciálně-pedagogických studií,
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého,
Olomouc,
kuceraenator@gmail.com

Fraktury lebky u dětí do jednoho roku věku

Poranění hlavy u malých dětí, spojené s frakturou lebky, je závažný stav, který může způsobit poškození mozku, popřípadě dítě ohrozit na životě. Bohužel úrazovost v ČR nemá klesající tendenci – snad jen zranění způsobená autonehodami (díky přísným předpisům o povinnosti dětských autosedaček). Děti do jednoho roku mají velice specifické fraktury, které se obvykle v pozdějším věku již nevyskytují.

Fraktury lebky u dětí do jednoho roku věku představují jedno z nejčastějších poranění této věkové skupiny. Nejčastější fraktury v tomto věku jsou: fisura kalvy (prasklina lebky), impresivní fraktura typu ping-pong, rostoucí fraktura kalvy a traumatická diastáza lebečního švu. Většinou bývají způsobeny pády z postele, z přebalovacího pultu, z jídelní židličky či vlastními pády nebo při autonehodě.

Děti do jednoho roku věku mají určitá specifika fyziologie lebky, proto u nich dochází ke specifickým frakturám. Z fyziologického hlediska je hlava v poměru k tělu větší, těžší a v důsledku toho dochází k častějším pádům právě na hlavičku. Lebka je tenká, slabá, a proto dojde snadno k porušení její celistvosti. Významnou roli

hraje též výrazná elasticita lebky, což má za následek specifické fraktury, jako jsou např. fraktury typu „pingpongového míčku“. Další zvláštností jsou slabé krční svaly, a tedy špatné držení hlavičky, v důsledku toho dochází k častým poraněním. Důležitou roli v poranění hrají také uzavřené lebeční švy, kdy při těžkém traumatu hlavy může dojít k jejich rozestupu. Bohatě cévně zásobené podkoží může způsobit výrazné komplikace, jako je krvácení do podkoží, tzv. subgaleální hematom, který je typickou častou komplikací u fraktur lebky (fisura kalvy neboli prasklina lebky).

Fisura kalvy

Fisura kalvy je nejčastější a zároveň nejjednodušší frakturou lebky u dětí. Vzniká v důsledku pádu

na hlavičku nebo úderem do hlavičky. Protože je lebka velmi tenká, nemusí být zřetelně poškozená ani kůže ani hematom, a přesto se může jednat o fisuru. Ve většině případů je ale poranění na hlavičce viditelné v podobě lokálního edému nebo hematomu přilehlých měkkých částí. Diagnostikuje se pomocí rtg vyšetření, kdy je na snímku patrná tenká rovná linie (viz obr. 1), popř. UZ přes velkou fontanelu ke zjištění případného nitrolebního poranění. U fraktur kalvy musí být vždy provedeno i neurologické vyšetření.

Léčba spočívá v klidovém režimu a sledování na standardním lůžkovém oddělení (většinou 3–5 dní) kvůli možným pozdějším komplikacím, jakým je nejčastěji subgaleální hematom, popř. epidurální krvácení, kte-

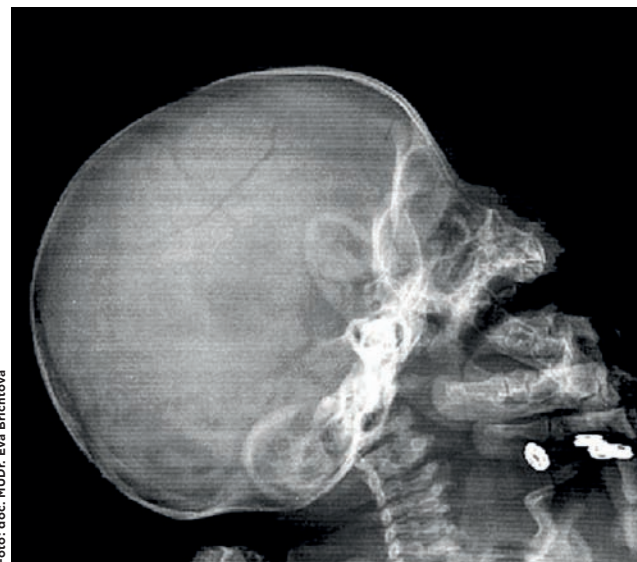


Foto: doc. MUDr. Eva Bričhtová

Obr. 1 Rtg snímek fisury kalvy

ré ale není tak časté. Z průzkumu, který jsem prováděla u dětí do jednoho roku věku hospitalizovaných ve FN Brno v letech 2010–2012 s fisurou kalvy, bylo zjištěno epidurální krvácení pouze jedenkrát. Subgaleální hematom, což je hematom, který vzniká mezi fisurou a podkožím, se léčí buď konzervativně (hematom se sám vstřebává), nebo punkcí a evakuací hematomu za přísně sterilních podmínek (viz obr. 2). Punkce bývá provedena ve většině případů jednou, ale pokud je to nutné, i opakovaně. Punktované místo se překryje sterilním krytím a převáže kompresním obvazem. Pacienti bývají po zhojení propuštěni do-



Obr. 2 Punkce a evakuace hematomu při fraktuře kalvy

mů a měli by ještě asi 14 dní dodržovat klidový režim. Nejčastější příčiny fisury kalvy u dětí do pěti měsíců věku jsou pád z dětské sedačky či nosičky, jídelní židličky, z náruče či z přebalovacího pultu.



Impresivní fraktura typu ping-pong

Jedná se o frakturu tzv. vpáčenou, která bývá způsobena buď úderem do hlavy tvrdým předmětem, nebo tlakem porodních kleští při komplikovaném klešťovém porodu. Vzniká v důsledku právě výše zmíněné vysoké elasticity lebky u malých dětí (viz obr. 3 až 5).

Diagnostikuje se pomocí rtg nebo CT vyšetření, popř. magne-

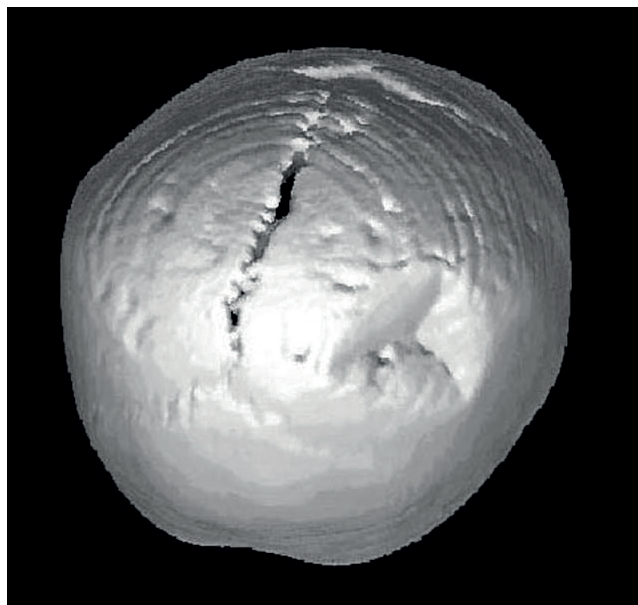
Obr. 3 Impresivní fraktura kalvy typu ping-pong

Tab. 1 Počet dětí do jednoho roku věku s fisurou kalvy hospitalizovaných na KDCHOT FN Brno v letech 2010–2012 (rozlišení podle pohlaví dětí)

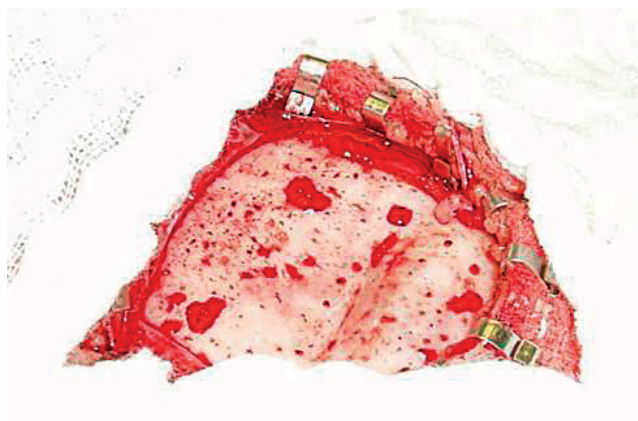
	2010	2011	2012
Dívky	14	8	14
Chlapci	17	21	16
Celkem	31	29	30

Tab. 2 Počet dětí do jednoho roku věku s fisurou kalvy hospitalizovaných na KDCHOT FN Brno v letech 2010–2012 (rozlišení podle věku dětí – mladší/starší 5 měsíců)

	2010	2011	2012
Mladší 5 měsíců	13	10	6
5 až 12 měsíců	18	19	24
Celkem	31	29	30



Obr. 4 CT 3D zobrazení impresivní fraktury kalvy typu ping-pong



Obr. 5 Peroperační foto impresivní fraktury kalvy typu ping-pong

tickou rezonancí (MR). Důležité je opět neurologické vyšetření. Léčba probíhá ve většině případů konzervativně. Chirurgické řešení je indikováno v případě, že se jedná o rozsáhlejší impresi nebo impresi s úlomky.

Rostoucí fraktura kalvy

V případě, že je pod fisurou poškozena i přiléhající tvrdá plena, může dojít u malých dětí do tří let k tzv. rostoucí lebeční zlomenině (leptomeningeální cysta). Znamená to, že defektem vyhřezne arachnoidea, vznikne likvorem vyplněná leptomeningeální cysta a po několika týdnech se fisura výrazně dilatuje. Rostoucí fraktura bývá vzácná a vždy vyžaduje chirurgickou léčbu spojenou s plastikou kalvy (viz obr. 6 až 9).

Traumatická diastáza lebečního švu

K traumatické diastáze lebečního švu dochází při velmi těžkých traumatech (např. autonehody). Jedná se o rozestup lebečního švu v důsledku těžkého poranění (viz obr. 10).

První pomoc při podezření na frakturu lebky

Těžké poranění hlavy s podezřením na frakturu lebky je velice závažný stav, který může dítě přímo ohrožovat na životě. Je proto velmi důležité stabilizované dítě co nejrychleji dopravit na specializované pracoviště, popřípadě zavolat RZP. Pokud je dítě v bezvědomí a nedýchá, zahájíme resuscitaci a provádíme ji až do příjezdu RZP. Dítěti do jednoho roku nikdy nezakláníme hlavičku, protože hrozí poranění krční páteře! Jestliže je dítě při vědomí a má zachované základní životní funkce, dopravíme je neprodleně na příslušné odborné pracoviště k dalšímu došetření.

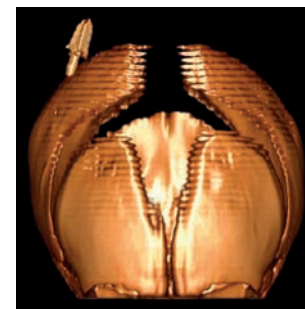
Většina pacientů do jednoho roku věku s frakturou kalvy bez jiného přidruženého poranění mozku zůstává po zhojení bez trvalých následků a bez neurologického deficitu. U dětí do jednoho roku věku je obzvláště důležité dbát na prevenci. Nenechávat dítě samotné na přebalovacím pulťku, což se mnohdy děje, nenechávat děti v jídelních židličkách bez dozoru atd. Samozřejmostí je důkladné poutání v dětských autosedačkách.

Literatura u autorky

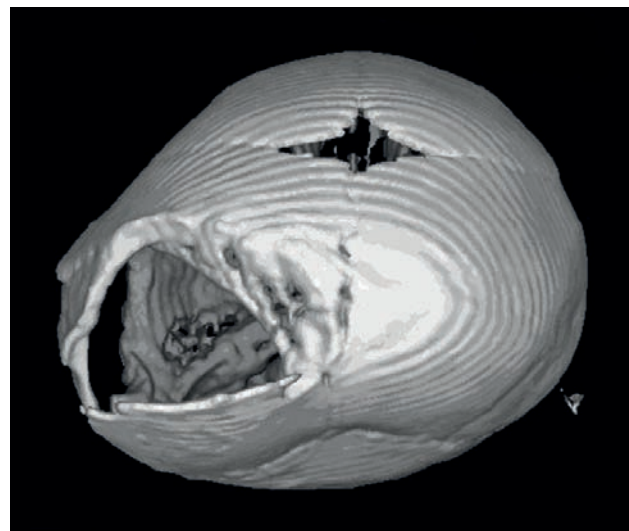
Silvie Packová,
KDCHOT, FN BRNO,
silviepackova@seznam.cz



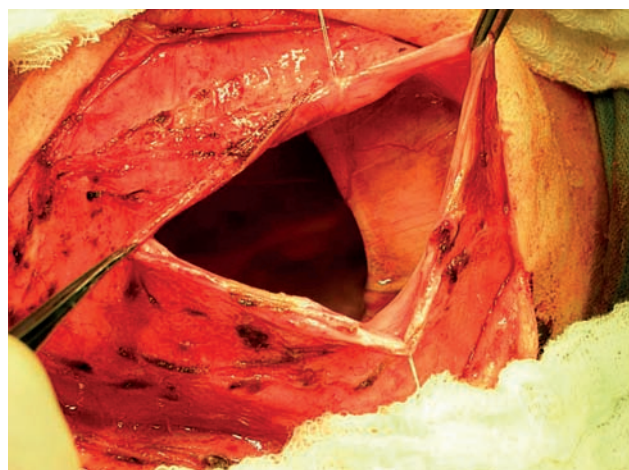
Obr. 6 Rostoucí fraktura kalvy



Obr. 10 CT 3D zobrazení diastázy lebečních švů při těžkém poranění hlavy



Obr. 7 CT 3D zobrazení rostoucí fraktury kalvy



Obr. 8 Peroperační foto rostoucí fraktury kalvy



Obr. 9 Peroperační foto rostoucí fraktury kalvy

Používej mozek, jinak o něj přijdeš

Pacient s Alzheimerovou nemocí a jeho aktivizace

Lidský život se neustále prodlužuje, což přináší řadu nových skutečností. Do života společnosti stále více zasahují nemoci typické pro starší věk. Patří sem i Alzheimerova nemoc (AN) – nejrozšířenější demence na celém světě.

AN postihuje kolem 5 % šedesátníků, ale až 20 % osmdesátiletých (Pidrman, 2007). Nemoc se přímo týká tří subjektů - nemocného, jeho příbuzných a ošetřujícího personálu.

Pacient může s nemocí žít 15 i 20 let, průměr je ale kolem 8 let. Pečující o nemocného musí počítat s obtížemi, jimž budou muset

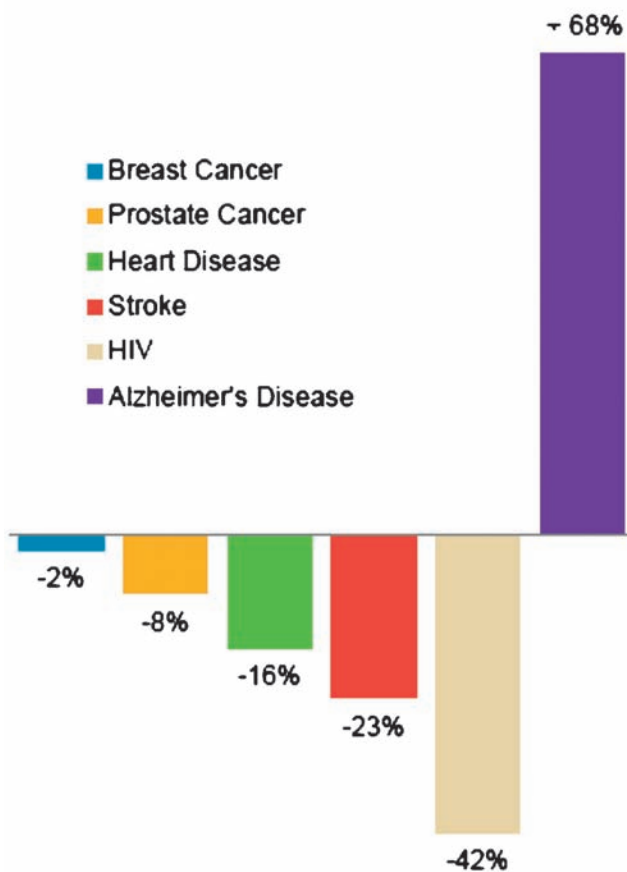
čelit. Od seznámení se s projevy diagnózy přes způsoby přiměřené léčby až po povinnosti vážící se k péči o nemocného. Je přirozené, že se v této situaci obrací na kompetentní instituce zdravotnické a sociální péče s prosbou o všestrannou pomoc.

Výzkum provedený na našem pracovišti potvrzuje, že zhorše-

ní zdravotního stavu a některých schopností, pokládané za přirozený projev stáří, ve skutečnosti způsobuje samota, izolace, ztráta citových vazeb, špatný životní styl, špatné stravování, ale i duševní a tělesná nečinnost.

Cílem naší práce je:

- poukázat na důležitost tréninku paměti a ošetrovatelské péče



Graf 1 Změny v příčinách smrti v USA (Zdroj: Fredman et al., 2012)



Science For A Better Life

o pacienty s AN v souvislosti s prevencí nemoci,

- zjistit v rámci výzkumu pomocí dotazníkové metody informovanost laické veřejnosti o možnostech tréninku paměti,
- zjistit v rámci průzkumu pomocí dotazníkové metody informovanost pacientů o možnostech tréninku paměti,
- zmapovat postoje a úroveň vědomostí sester o cvičení paměti,
- zjistit využití tréninku v praxi.

Analýza současného stavu

Alzheimerova nemoc je nejčastější formou demence. Jde o neurodegenerativní onemocnění mozku – nenávratné poškození mozkových buněk a spojení mezi nimi, jehož klinické příznaky jsou velmi variabilní. Převážně však začíná nenápadně, zálučně a má chronicko-progresivní průběh. Základním příznakem nemoci je porucha paměti, což se projevuje lehkou ztrátou schopnosti vzpomenout si na nedávné události. První příznaky se připisují stárnutí, stresu či depresi. Starší lidé se začíná povahově měnit, přestává se zajímat o svoji práci i koníčky. Začíná se opakovat a může se objevit podezřívavost a obviňování druhých z odcizení věcí, které nemůže najít. Brzy dochází ke zvýraznění poruchy, přidružují se změny osobnosti, apatie, ztráta zájmu o okolí, izolace a pokles kognitivních funkcí. Mnohdy se nadměrně zvýrazní negativní povahové rysy (Jiráček, 2009). Poruchy paměti často provázejí deprese z uvědomění si neschopnosti zvládat vlastní život a z odkázanosti na druhé. Kromě deprese se objevují i další příznaky jako neklid, strach z okradení, pocity opuštěnosti, období výbuchů při rozhovoru, pláč nebo násilné chování. Nejvýraznější jsou asi poruchy spánku. Postižený v noci nespí, bloudí po místnostech přesvědčen, že je čas oběda nebo vycházky, kterých se dožaduje. Ve střední fázi onemocnění nemocný přestává chápat nové informace, nezdívá se ztratit, a to i ve známém prostředí. Má porušenou dlouhodobou paměť, je ohrožen pády, žádá o pomoc při běžných činnostech. Zatím se sám pohybuje a většinou i stravuje. Brzy se objevují zkratky v chování a úplná časoprostorová dezorientace. V pokročilém stadiu nemocný přestává chodit, vykonávat běžné činnosti, je inkontinentní, krátkodobá i dlouhodobá paměť se úplně ztratí. Může

se přidružit mutismus (ztráta komunikace, zejména verbální). Zhoršuje se polykání, zvýší se riziko komplikací, jako jsou podvýživa, dehydratace, infekční onemocnění, zejména zápal plic a proleženiny.

Incidence a mortalita AN

Z dostupných pramenů víme, že AN trpí na celém světě až 36 milionů lidí. Podle Alzheimer's Disease International se každých 20 let toto číslo zdvojnásobuje, v roce 2030 bude 66 milionů nemocných a v roce 2050 až 115 milionů. Jiné zdroje odhadují, že pokud nebude objevena účinná léčba, do roku 2050 vzroste počet nemocných na celém světě čtyřnásobně.

V Americe mělo v roce 2012 demenci 5,4 milionu lidí, 5,2 milionu bylo starší 65 let, z toho 3,4 milionu žen a 1,8 milionu mužů. Počet Američanů, u nichž se začala projevovala demence v nižším věku, stoupá, protože stárne silná generace lidí narozených po druhé světové válce (Fredman et al., 2012).

Mortalita ve Spojených státech se rapidně změnila. AN se stává častější příčinou smrti než jiné nemoci. Počet úmrtí z jiných příčin výrazně klesá (HIV o 42 %, CMP o 23 %, kardiovaskulární nemoci o 16 %, karcinom prostaty o 8 %, karcinom plic o 2 %), mortalita v souvislosti s AN se zvýšila na 68 % (viz graf 1).

Podle nejnovějších odhadů v Evropě v současné době trpí AN a příbuznými demencemi 7,3 milionu lidí. V roce 2040 bude trpět AN a dalšími formami demence více než 11 milionů Evropanů. Celkové náklady na zdravotní péči dosáhly v roce 2005 v zemích EU 141 miliard Eur.

Demografický vývoj populace v České republice ilustruje tab. 1 a předpokládá se, že jde o trend, který bude stále pokračovat, tedy populace bude nadále stárnout. Regnaut (2011) uvádí, že v roce 2000 v České republice touto chorobou trpělo asi 50–70 tisíc osob, v roce 2010 bylo zaznamenáno již 120 tisíc případů. Mátlková (2009) však tvrdí, že v roce 2006 bylo demencí postiženo 123 194 osob. Nejvíce pacientů bylo ve věku 80–84 let (36 tisíc). V každé věkové kategorii převládá ženská populace. Situaci na Slovensku přibližují tab. 2 a 3. Praxe ukazuje, že pacienti se na první diagnostické vyšetření dostávají až v pokročilém stadiu, což činí 60 % vyšetřených v neurologické ambulanci a 70 % prvně vyšetřených na psychiatrii. Vzhledem k závažnosti problematiky vznikla v EU nová vize pro

Tab. 1 Demografické stárnutí populace ČR v historickém vývoji a prognóze (Zdroj: Pidman, 2007)

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
Zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
Index stárnutí *	51,7 %	82,3 %	111,8 %	243,0 %	296,1 %

*Index stárnutí je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0–14 let.

Tab. 2 Evidované osoby s Alzheimerovou nemocí na Slovensku v období 2000–2008 (Zdroj: NCZI, 2013)

Období	Evidované osoby podle vybraných skupin diagnóz	Počet	
		celkem	z toho ženy
2008	Alzheimerova nemoc (G30)	4 556	2 697
2004	Alzheimerova nemoc (G30)	2 967	1 710
2000	Alzheimerova nemoc (G30)	1 448	782

Tab. 3 Evidované osoby s Alzheimerovou nemocí na Slovensku v roce 2012 (Zdroj: NCZI, 2013)

Evidované osoby podle diagnózy a pohlaví v sledovaném období	Počet osob			
	evidovaných k 31. 12. 2012		nově diagnostikovaných	
	muži	ženy	muži	ženy
Alzheimerova nemoc (G30)	3 922	6 262	666	1 011

demenci. Evropský parlament se zavázal k podpoře organizace Evropské hnutí Alzheimerovy nemoci, aby se demence stala evropskou prioritou. Jejich snaha vyplynula z následujících **varovných faktorů**:

- v EU žije 6,1 milionů (rok 2005) lidí s AN,
- každý rok přibude 1,4 milionů nemocných s demencí,
- každých 24 vteřin se objeví nový případ,
- diagnostikování může trvat až 20 měsíců,
- pouze 17 % ošetřovatelů je spokojeno s úrovní péče o nemocné s demencí,
- 1 z 5 ošetřovatelů nedostane žádnou informaci o diagnóze (AA, 2009).

Dosud nevíme, koho se AN může v budoucnosti týkat a neumíme tuto nemoc léčit. Ale víme, že existuje **prevence** – aktivní péče o paměť formou tréninku – a **po-moc** v podobě psychiatrické péče, speciálních pobytů (denní, týdenní, celoroční), péče odborníků a poradenství.

Co dělat v rámci prevence?

Účinným prostředkem zvyšování obranyschopnosti organismu, zejména však mozku, je duševní a tělesná činnost. Prostředí bohaté na podněty a intenzivní aktivitu pomáhá zvětšovat mozkový objem a rozmnožit počet spojení mezi buňkami, čímž se zlepšuje výkonnost mozku. Většina pozorování dokázala ochranný účinek aktivizujících podnětů na mozek. Hrozba AN

a jiných demencí ve vyšším věku vede k otázce jak si uchovat dobré mentální schopnosti až do nejvyššího věku. Optimistická odpověď zní: podobně, jako si cvičením můžeme uchovat tělesnou kondici, lze si zasloužit i duševní zdraví a svěžest. Činnost mozku můžeme porovnávat s činností svalů. Jestliže svaly nezatěžujeme, snižuje se jejich funkční zdatnost. Nezatěžujeme-li psychiku, může docházet k snižování schopnosti koncentrace, zvyšuje se zapomnětlivost a neschopnost najít v řeci správný zmysl. Tyto schopnosti je možné znovu získat a zlepšovat přiměřenou aktivizací a stimulací. Trénink paměti pro aktivní seniory je vzdělávací program komplexního charakteru zaměřený na aktivizaci rozumových schopností, jehož cílem je udržet si dobrou paměť i ve vyšším věku, dosáhnout zdravého sebevědomí i dostatečného stupně nezávislosti a soběstačnosti v denním životě. Praktickým cvičením zaměřeným na paměť se udržují a rozvíjejí rozumové dispozice seniorů, schopnost přijímat nové vědomosti, porozumět jim a orientovat se ve změnách.

Samotný trénink probíhá jako cyklus setkání – lekci v trvání 1,5 až 2 hodiny. Lekce se konají pravidelně, zpravidla jednou týdně v pevně stanoveném čase. Jeden cyklus sestává obvykle z 12 lekcí (Čunderlíková, Wirth, 2009). Tréninky paměti je možné organizovat i pro osoby s kognitivním postižením. Zde hovoříme o kognitivní rehabilitaci, kdy je tré-

nink zaměřen na udržování existující kognitivní úrovně a ne na její rozvoj.

Cíl trénování paměti aktivních seniorů:

- přesvědčit seniory, že úbytek paměťových schopností je možné omezit, pokud je paměť přiměřená a cvičená,
- vytvořit návyky a potřebu starat se o vlastní paměť, pravidelně aktivizovat a cvičit svoje mentální schopnosti pro dobré fungování paměti i ve vyšším věku,
- dosáhnout dostatečného stupně nezávislosti seniora v každodenním životě, zdravé sebevědomí a zájem o nové poznání a dění okolo něj.

Cílové skupiny:

1. zdraví, samostatně žijící starší lidé
2. zdraví lidé s pasivnějším životním stylem
3. lidé hospitalizovaní ve zdravotnických nebo v sociálních zařízeních
4. osoby lehce dementní, schopné vzájemné komunikace
5. lidé s poruchami komunikace a kooperace, se středními poruchami paměti, vaskulární demencí či s AN (Čunderlíková, Wirth, 2009)

„Nemoc století“

Alzheimerova nemoc je jedna z nejobávanějších nemocí současnosti, jejíž výskyt s prodloužením průměrného věku neustále roste. Je proto pochopitelné, že podnítila obrovský zájem ve vědeckých a odborných kruzích. Ačkoli v současnosti neexistuje kauzální léčba, osud postiženého nemusí být beznadějný. Úkolem lékaře je zahájit léčbu umožňující postiženému i jeho rodině snesitelný život v rámci možnosti diagnózy. Pomocí tréninků paměti odborný personál pomáhá udržovat existující kognitivní úroveň seniora. Každodenní péče o pacienta je však v kompetenci rodinných příslušníků nebo ošetřovatelské služby, nemocniční či sociální péče. Ze strany příbuzných si péče žádá velké pochopení a trpělivost. V nemocném je třeba vždy vidět osobu hodnou úcty a člověka, o něhož je potřeba se starat podle nejlepšího vědomí a svědomí. Zpěsní-li se etiopatogeneze onemocnění, najde se i účinný lék. Výsledky dosavadního výzkumu dávají naději, že to může být v dohledné době.

Literatura u autorky

PhDr. Helena Vavrušová,
VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava,
hvavrusova@gmail.com



Ty nejdůležitější informace o léčbě ran, přehledně a na jednom místě

Navštivte webový portál **www.lecbarany.cz**, jehož prostřednictvím vám chce společnost HARTMANN – RICO nabídnout své zkušenosti a znalosti z oblasti léčby ran. Ať už se chcete zorientovat v problematice léčby ran, hledáte vhodné produkty nebo řešení pro konkrétní diagnózu, stránky **www.lecbarany.cz** jsou tu pro vás.

Co najdete na stránkách **www.lecbarany.cz**?

- odborná část věnovaná teorii léčby ran
- doporučené produkty pro konkrétní diagnózy a typy ran
- kazuistiky, data z klinických studií
- rozšířené materiály pro lékaře registrované v Klubu odborníků
- zábavně-naučnou hru CombiSensation
- a mnoho dalšího...

Zaregistrujte se ještě dnes na stránkách **www.lecbarany.cz**
a získejte spolehlivý zdroj odborných informací pro vaši každodenní práci.

Více informací na **www.hartmann.cz**, **www.lecbarany.cz**.
Volejte naše odborné poradce na infolince **800 100 333**.

Váš on-line pomocník
pro léčbu ran
www.lecbarany.cz



Plánované těhotenství po pětáctyřicítce?

Je mi 44 let, mám dvacetiletou dceru a pracuji na plný úvazek. Tělo sice zatím drží pohromadě, ale umí mi dát najevo, že už chce také odpočívat. Užívám si chvíle pohody, klidu, ráda spím. Při své práci porodní asistentky se setkávám s ženami, které se i v tomto věku těší na miminko. Jaká úskalí může pozdní těhotenství přinést, ukazují dvě kazuistiky.

Fertilní čili plodné období ženy začíná průměrně čtrnáctým rokem života, kdy dívka dospívá a může otěhotnět, a končí zhruba kolem 45. roku věku. I když má žena i nadále menstruační, kvalitativně i biologická schopnost otěhotnět se snižují. Plodnost žen je nejvyšší mezi 20. a 25. rokem věku, kdy je též z hlediska biologického a genetického optimální věk pro první těhotenství.

Riziko komplikací se s věkem zvyšuje

Zatímco v roce 1991 byl průměrný věk matky při porodu 1. dítěte 24 let, dnes je to již cca 29 let. Studie také ukázaly, že za posledních 5 let stoupl počet těhotných po čtyřicítce o 15 %. Těhotenství starších žen je spojeno se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací, jako jsou samovolné potraty, vysoký tlak, preeklampsie, problémy žilní, metabolické poruchy, podle amerických statistik (National Center for Health Statistics) mají také ženy po 45. roce dokonce až desetkrát vyšší pravděpodobnost vícečetného těhotenství než ve svých 20 letech, což s sebou přináší mnoho rizik. Dalším problémem je zvýšený výskyt vrozených vývojových vad (VVV) a chromozomálních aberací. Po 40. roce věku je riziko VVV plodů 1,8 %, po 45. roce již až 6 %. Starším ženám se mnohem častěji ro-

dí děti s Downovým syndromem. Pravděpodobnost narození dítěte s Downovým syndromem u matky ve věku 25 let je 1 : 13 580, zatímco u matky kolem 45. roku je už 1 : 44. Vyšší věk matky s sebou přináší i vyšší riziko předčasných porodů, nízké porodní váhy dítěte či narození mrtvého plodu.

Kazuistika první

Paní E. V., rok narození 1966, věk při porodu posledního dítěte 48 let

- RA: bezvýznamná
- OA: běžné dětské choroby prodělala
- GA: menses od 15 let, pravidelné
- Gravidity: VIII. grav./III. para
- 1999 spont. porod záhl. dívka 2700/49, žije, zdravá
- 2002, 2006, 2007, 2010 spont. aborty v 1. trimestru grav.
- 2008 indukovaný abort v 23. týdnu grav. - VVV Edwardsův syndrom
- 2011 grav. po IVF - gemini, hoch 2370/48, hoch 2320/45 s. caesarea, žijí, zdraví

Žena byla přijata na porodní sál k indukci porodu pro předchozí s. caesarea a vzhledem k anamnéze. Nyní grav. po IVF dne 20. 4. - vlastní vajíčka, TP (termín porodu) 7. 1. Při příjmu grav. hebd 40 + 0, děloha měkká, branka volně pro prst, hlavička naléhá CS 6.

UZV: 1 plod, ASP +, PPH I, velikostí odpovídá 36. t. grav., hmotnost plodu cca 3100 g.

Indukce porodu dne 7. 1. Prostinem 0,5 mg bez komplikací, porod záhl. zdravé děvče 3000 g/50 cm. Porodní poranění matky - rpt. perinei I. gr, sutura Chirlac. 1 hodinu po porodu matka zakrvácela - celková krevní ztráta včetně porodu cca 800 ml. Došlo k hypotonii dělohy, která po apl. Oxytocinu 15 j v 500 ml FR, i. v., a transabdominální aplikaci Prostinu M 15 do myometria (pod UZV kontrolou) již tuhá, krvácení zcela zklidněno. Kontrolní krevní obraz v normě. Další průběh šestinedělí za hospitalizace již v normě, matka kojí. Za týden po porodu je rodička přijata na gynekologické odd. pro silné krvácení z pochvy v koagulech, celkovou slabost. Bolesti nemá, kojí.

UZV vag.: susp. rezidua po porodu, lochiometra
Provedena revize děložní dutiny pod UZV kontrolou. Vybavena koagula a zbytky deciduy, celková krevní ztráta cca 400 ml. Po výkonu již nekrváčí, běžný režim po zákroku, infuze, Fe, antibiotika jednorázově, i. v., druhý den propuštěna v dobrém stavu domů.

Kazuistika druhá

Paní R. K., rok narození 1969, věk při otěhotnění 45 let

- RA: matka Ca uzlin
- OA: běžné dětské choroby prodělala, panická úzkostná porucha
- GA: menses od 14 let, pravidelné

- Gravidity: VII. grav/V. para
- 1986 porod mrtvého plodu grav. hebd 32
- 1989 s. caesarea děvče 2600/48, žije, zdravé
- 1991 spont. porod záhl. grav. hebd 32 - děvče VVV hydrocefalus, žije
- 2006 s. caesarea chlapec 2600/46, žije, zdravý
- 2013 anembryomola
- 1x úplné přerušení těhotenství (UPT)

Těhotná byla přijata na naše gynekologické oddělení k indukci potratu v 17. týdnu gravidity pro VVV plodu morbus Down - trisomie chromozomu 21, zjištěné při UZV screeningu NT a biochemickém screeningu PAPP ve 12. týdnu gravidity. Diagnóza potvrzena v centru prenatalní diagnostiky na podkladě UZV vyšetření a amniocentézy - stanovením karyotypu plodu. Rodiče seznámeni s diagnózou a rozhodli se požádat o ukončení gravidity.

Při příjmu grav. hebd 17, děloha měkká, čípek cylindrický, normální nálezy.

UZV: 1 plod, ASP +, poloha labilní, biometrie odpovídá 17. týdnu grav., normální množství plodové vody, placenta na zadní stěně. Indukce potratu dne 15. 1. - večeř zavedeny 3 Dilapany do děložního hrdla, následující den ráno extrahovány.



Ilustrace: Shutterstock

Aplikace Enzaprostu dne 16. 1. ráno: pod UZV kontrolou zavedena tenká jehla do amniální dutiny a aplikován 1 mg Enzaprostu bez alergické reakce, poté dokončena aplikace v celkové dávce 25 mg. Výkon bez komplikací. Zavedena i. v. infuze 500 ml FR s 10 j Oxytocinu kontinuálně.

Téhož dne odpoledne: nepravidelné kontrakce, slabé krvácení z rodidel, per vag.: zbytek čípku, hrdlo volně pro prst, klene se vak blan. Lékařem z ARO zavedena epidurální analgezie. V 17.00 hodin spont. odtok čiré plodové vody, per vag.: branka 3 cm, hmatné drobné části plodu. V 19.00 hodin dochází ke spontánnímu potratu plodu mužského pohlaví cca 170 g a 18 cm - makroskopicky zjištěn pouze sandal gal vlevo (tzv. sandalová mezeza mezi palcem a prsty na noze), poté revize dutiny děložní na gynekologickém operačním sále, kde vybavena placenta a připojena kyretáž. Následná kontrola UZV dutina děložní bez reziduí. Plod odeslán k pitvě do Patologicko-anatomického ústavu. Po výkonu u pacientky standardní ošetřovatelský postup, druhý den propuštěna domů.

Michaela Navrátilová,
porodní asistentka,
Gynekologicko-porodnické oddělení
Nemocnice Znojmo,
Michaela.sator@seznam.cz

Inzerce M141001385



SPECIÁLNÍ VÝUKA ANGLIČTINY PRO SESTRY

máme dlouholetou zkušenost s výukou ve zdravotnictví



pro absolventy mikrokurzů zvýhodněné letní výukové pobyty angličtiny v Cambridge

PROMO KÓD
platí do 30.4.15

objednejte se s tímto
PROMO KÓDEM a získáte
slevu na mikrokurz **20%**

PROMO KÓD:
sestra HJKR

777 456 633, více na internetu:

sestraroku.linguaglobal.cz

Dodržování preventivních opatření v oblasti celiakie u dětí

Celiakie byla v minulosti považována za neobvyklé onemocnění raného dětství. V dnešní době je toto onemocnění diagnostikováno stále častěji a je přítomno v každé věkové kategorii s rozličnými klinickými projevy a komplikacemi.

Nová preventivní doporučení v oblasti celiakie publikovaná týmem odborníků z ESPGHAN je možné sumarizovat takto:

- kojít, protože mateřské mléko podporuje správné osídlení střevní mikroflóry,
- kojít několik týdnů po prvním zařazení lepek do stravy dítěte,
- zařazovat lepek do stravy dítěte mezi 17.-26. týdnem života dítěte, protože před a i po tomto období se zvyšuje riziko vzniku onemocnění,
- potraviny obsahující lepek zařazovat postupně, povolna a v malých množstvích.

Kromě uvedeného se nedoporučuje podávat lepek v průběhu průjmového onemocnění ani krátce po jeho překonání vzhledem k tomu, že některé studie poukazují na pozitivní spojitost mezi střevními záněty (zejména rotavirovými) a zvýšeným rizikem vzniku celiakie, i když v této zkoumané oblasti existují rozdílné výsledky. Pravděpodobným rizikovým faktorem je i způsob vedení porodu v neprospěch operačního, kdy v porovnání s vaginálním porodem dochází k odlišnostem ve složení střevní mikroflóry a změnám lokální imunity, což nejspíše vysvětluje mechanismus této asociace. Otázkou zůstává, proč se u části geneticky predisponovaných jedinců onemocnění klinicky neprojeví, resp. probíhá asymptomaticky. Možnou odpovědí je působení, resp. nepůsobení externích faktorů z lidského prostředí člověka, které přímo ane-

bo nepřímo působí především na buňky tenkého střeva, resp. mění mikroflóru střeva a tím i její imunitní schopnost.

Metodika průzkumu a charakteristika průzkumného souboru

Hlavním cílem průzkumu bylo retrospektivně identifikovat a následně analyzovat externí rizikové faktory vzniku celiakie u dětí s již diagnostikovaným onemocněním. K parciálním cílům patřilo:

- zjistit způsob vedení porodu,
- identifikovat první příznaky onemocnění u dětí,
- identifikovat délku kojení,
- zjistit věk, kdy byl do stravy dítěte poprvé zařazen lepek,
- zjistit druh mléka, které dítě přijímalo v době prvního zařazení lepek do stravy dítěte,
- zjistit výskyt průjmového onemocnění v prvním roce věku dítěte a podávání lepek ve stravě v době průjmového onemocnění.

Průzkum byl realizován v období únor až březen 2012 ve dvou gastroenterologických ambulancích. Průzkumné údaje byly od respondentů získávány především prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce v kombinaci s údaji zjištěnými z dokumentace. Respondenti uváděli údaje v dotazníku retrospektivně. Návržnost dotazníku činila 100 %.

Výzkumný vzorek tvořilo 50 respondentů (n) - rodičů, jejichž děti mají diagnostikovanou celiakii. Děti respondentů jsou

dispenzarizované v dětské gastroenterologické ambulanci v Bardejově (n = 23) a Starej Lúbovni (n = 27). Průzkumný vzorek tvořilo 50 žen (100 %) ve věkovém rozmezí 25-56 let, přičemž 42 % respondentek bylo ve věku 31-40 let, 32 % ve věku 41-50 let a 16 % respondentek ve věku 25-30 let. Polovina respondentů (50 %) měla ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, 30 % mělo vysokoškolské vzdělání a 20 % nižší vzdělání (středoškolské bez maturity anebo vyučení); 62 % dětí respondentů bylo ženského a 38 % mužského pohlaví.

Co ukázaly výsledky

Celiakie je onemocnění vznikající u geneticky predisponovaných jedinců, přičemž její výskyt je významně vyšší u příbuzných 1. stupně. Rodiče s celiakií mají asi 14% výskyt celiakie, ačkoli téměř u poloviny z nich probíhá choroba asymptomaticky. V našem průzkumu se nám přítomnost celiakie v rodině potvrdila u přibližně čtvrtiny všech respondentů (22 %), přičemž nejčastěji šlo o otce dětí (27,27 %).

Celiakie se rozvíjí nejčastěji koncem prvního roku věku života dítěte (po zavedení moučných jídel do stravy). Může se však projevit kdykoli v průběhu života. V našem průzkumném vzorku byla celiakie diagnostikována zejména v mladším školním věku - 13 dětí (26 %), v batolecím období - 12 dětí (24 %) a v předškolním věku - 11 dětí (22 %). Dvěma dětem pak bylo toto onemocnění diagnostikováno v adolescenci.



Ilustrační foto: Shutterstock

Při typické formě celiakie se první příznaky projeví zvýšenou dráždivostí, anorexií, zvracením, bolestmi břicha, meteorismem, průjmy, zapáchajícími stolicemi. U dětí s celiakií se objevuje váhový úbytek, anemie a celkové neprospívání dítěte, se zastavením či prudkým zpomalením růstu a poruchou psychického vývinu. Buchanec a kol. (2001, s. 765) uvádí, že „největší chybou je nevědomost o změnách klinického obrazu celiakie v průběhu růstu dítěte“. Z pohledu všech příznaků, které respondenti průzkumu uváděli, patřila mezi nejdominantnější symptomy onemocnění bolest břicha (17,28 %), porucha příjmu potravy (12,35 %) a průjmy (11,11 %) - viz tab. 1, tj. symptomy trávicího charakteru. Uvádí se, že pokud je onemocnění diagnostikováno v nižším věku, dominují zejména intestinální problémy, ve vyšších věkových obdobích se přidružují extraintestinální symptomy. Analýzou našich průzkumných údajů jsme zjistily, že v nižších věkových obdobích dominovaly především symptomy trávicího charakteru, hlavně bolest břicha, změna stolice (zapáchání, průjmy), se zvyšujícím se věkem sice intestinální obtíže přetrvávaly jako ve fázi před diagnostikovaním onemoc-

nění, avšak objevily se i symptomy extraintestinálního charakteru, jako jsou např. zpomalení růstu, únava, bledost.

Zařazování lepků do stravy

Mateřské mléko sehrává proti vzniku celiakie významnou preventivní úlohu. Bylo jednoznačně dokázáno, že mateřské mléko v porovnání s náhradním mléčným přípravkem (jiným druhem mléka) chrání před vznikem celiakie, dále že dostatečně dlouhá doba kojení odsouvá začátek choroby, resp. že průběh celiakie je lehčí u dětí kojených 6 měsíci. V našem průzkumu jsme zjis-

Tab. 1 První příznaky celiakie

příznaky celiakie	n	%	příznaky celiakie	n	%
porucha v příjmu potravy	20	12,35	úbytek váhy	16	9,88
bledost	11	6,79	zapáchající stolice	14	8,64
zvracení	9	5,56	zpomalení růstu	14	8,64
bolesti břicha	28	17,28	zácpa	4	2,47
nadýmání	12	7,41	malátnost, únava, nevykonnost	14	8,64
průjmy	18	11,11	jiné (kožní vyrážky)	2	1,23



XXI. Sympozium o morfologii a funkci střeva

16.-18. 4. 2015
Staré Splavy hotel Bezděz.

Symposium je začleněno do postgraduálního vzdělávání lékařů a sester.

Příhlášky a více informací na
www.forsapi.cz,
nebo na tel.: 602 372 712

Tab. 2 Věk prvního podání lepku dětem s celiakií

věk (údaj v měsících)	n	%
4	10	20,00
5	16	32,00
6	16	32,00
7	5	10,00
8	1	2,00
9	1	2,00
12	1	2,00
Celkem	50	100,00

tyly, že děti s celiakií byly kojené od 2 týdnů do 15 měsíců (tento údaj poukazuje na celkovou délku kojení, ne na výlučné kojení). Avšak 8 % dětí nebylo kojeno vůbec a u 34 % dětí bylo kojení ukončeno do 3 měsíců, tedy dříve, než jim byl lepek zařazen do stravy. Právě tato skupina dětí s celiakií tedy nebyla chráněná mateřským mlékem a jeho složkami vůbec, resp. dostatečně dlouho.

Významným preventivním postupem je **podávání lepku v době**, kdy je dítě **ještě stále kojené**. Analýza našich výsledků poukázala na to, že 40 % dětí přijímalo mateřské mléko v době zařazování lepku do stravy, zatímco 56 % dětí konzumovalo v období zavádění lepku náhradní mléčný přípravek (28 %) anebo kravské mléko (28 %). U dvou dětí (4 %) jsme zaznamenaly kombinovanou mléčnou výživu v době po-

dávání lepku – tj. mateřské mléko i náhradní mléčný přípravek. Dalším významným preventivním krokem je **věk prvního zařazování lepku do stravy**. Nejnovější studie poukazují na zvýšení rizika vzniku celiakie, pokud je gluten zaváděn do stravy příliš brzy (4 měsíce a dříve), ale i příliš pozdě (7 měsíců a později). Zjistily jsme, že většinu dětí (64 %) byl lepek podáván ve správném období (5. – 6. měsíc), avšak u 36 % dětí jsme identifikovaly nesprávný čas zařazení lepku do jídelníčku dítěte – u 20 % šlo o brzké a u 16 % dětí o pozdní podání lepku (viz tab. 2).

Podávání lepku při průjmech

Stene a kol. (2006) zjišťovali frekvenci výskytu **rotavirové infekce** a přítomnost protilátek u skupiny dětí s diagnostikovanou celiakií, přičemž dospěli k závěru, že překonání rotavirového onemocnění může zvýšit riziko vzniku celiakie v dětském věku u genetiky predisponovaných jedinců. V našem průzkumném souboru 46 % respondentů uvedlo, že jejich dítě překonalo průměrné onemocnění v průběhu prvního roku života, i když nemůžeme uvést, zda šlo o rotavirové onemocnění. Při průměrných onemocněních dochází k poškození sliznice tenkého střeva a mění se jeho permeabilita, proto

se nedoporučuje po dobu průměrného onemocnění podávat, resp. zařazovat lepek do stravy. Z těch respondentů, kteří uvedli, že jejich dítě překonalo průměrné onemocnění, až 91,30 % podávalo svým dětem lepek.

V souvislosti s rozebíranou problematikou je potřebné si uvědomit jistou diskrepanci mezi nevhodností podávat lepek v průběhu průměrného onemocnění z hlediska prevence celiakie a všeobecně platnými postupy realimentace při dyspepsiích, kde se uvádí, že k dobře tolerovatelným a k realimentaci vhodným potravinám patří kromě jiného i suchary anebo starší bílé pečivo, které lepek obsahuje. V souvislosti s tím je nutné uvést, že by doporučení týkající se realimentace měla být tomuto faktu přizpůsobena, tj. aby do procesu realimentace nebyly zahrnuty potraviny obsahující lepek především u těch dětí, které se s lepkem ještě nesetkaly.

Zjistilo se, že porod císařským řezem výrazně zvyšuje riziko vzniku celiakie, což pravděpodobně souvisí s odlišným osídlením trávicího traktu v raném postnatálním období. V našem průzkumném vzorku však byla většina dětí s celiakií (64 %) narozena vaginálně a pouze 36 % císařským řezem, proto naše výsledky plně nekorespondují s výsledky studie realizované autory Decker et al. (2010).



Ilustrační foto: Shutterstock

Závěr

Na základě nejvýznamnějších identifikovaných výsledků průzkumu navrhuje podporovat kojení (kojit alespoň půl roku a tak, aby dítě v době zařazování lepku do stravy přijímalo mateřské mléko), zavádět lepek do stravy ve správném období (mezi 7.-26. týdnem života dítěte) a nepodávat lepek v době průměrného onemocnění.

Závěrem je vhodné poukázat na to, že námi zkoumané externí rizikové faktory vznik celiakie plně nevysvětlují. Průzkum probíhal u dětí s diagnostikovaným onemocněním, tj. u dětí genetiky predisponovaných, proto by bylo možné očekávat, že uvedené

rizikové faktory se budou na rozvoji onemocnění podílet ve větší míře. To však není možné konstatovat, protože u části dětí byly správné preventivní postupy dodržovány. Z uvedeného vyplývá, že musí existovat další rizika rozvoje onemocnění, která zatím nejsou plně probádána.

Literatura u autorek

Mgr. Slávka Mrosková,
PhDr. Iveta Ondřiová, Ph.D.,
Fakulta zdravotnických odborov,
Prešovská univerzita v Prešove,
Bc. Monika Hetešová,
absolventka Fakulty zdravotnických odborov
Prešovskej univerzity v Prešove,
mroskos0@unipo.sk

Intimní zdraví bez komplikací

Nárůst onkologických diagnóz je celosvětovým problémem. Tento fakt si před více než třemi lety uvědomily čtyři odborné učitelky Střední zdravotnické a Vyšší odborné školy zdravotnické ve Znojmě a vytvořily preventivní program, který mladé lidi seznámí s možnými riziky způsobu jejich života.

Ve své profesi se pedagogové pohybují mezi mladými lidmi. Kromě přípravy na náročné povolání zdravotnického asistenta a diplomované všeobecné sestry je nutné, aby budoucí zdravotníci byli připraveni zaujmout v dnešní společnosti své místo. Jejich tělesné i duševní zdraví je předpokladem pro dobrý start do dalšího života, ať již profesního nebo studijního. Nutno dodat, že tento problém se týká všech mladých lidí. I v dnešní, úspěšné společnosti je nutné předávat svým budoucím potomkům kvalitní genetické informace. K tomu, aby mladí lidé byli zdraví, je nutné

již od mládí věnovat pozornost prevenci některých chorob, které je již v mladém věku ohrožují.

Nezodpovědnost vůči vlastnímu zdraví

Jako autorky projektu jsme vycházely z faktu, že pro mladé lidi existuje jen málo preventivních programů, které by je seznamovaly se zdravotními riziky, jež jim v dnešní společnosti hrozí. Zabývaly jsme se především možnostmi jak šířit informace mezi středoškoláky na Znojmsku.

Při své práci ve zdravotnických zařízeních se setkáváme s mladými

lidmi, kteří si ne vždy váží svého zdraví. Především z nevědomosti se tak mohou dostat do začarovaného kruhu, který jim může během chvíle změnit celý život. Mohou se dostat do situace, kdy se nebudou moci připravovat na svoji profesní kariéru, cestovat, žít spokojený život. Místo toho budou muset bojovat se základnou nemocí, kterou onkologické onemocnění představuje. Naši školu navštěvují převážně děvčata, ale jejich řady rozšiřuje stále větší počet chlapců. Náš projekt tedy slouží pro obě pohlaví. Úkolem našeho preventivního programu bylo náležitě informovat o nádor



Foto: archiv autorů

rovém onemocnění děložního čípku u dívek a nádorovém onemocnění varlat u chlapců a vysvětlit jak těmto onemocněním předcházet. Jak již bylo řečeno, ne všichni mladí lidé přistupují ke svému

zdraví odpovědně. Zahájení sexuálního života dnešních středoškoláků ne vždy předchází seznámení se se všemi možnými riziky. Edukační činnost je sice zaměřena na nebezpečí sexuální pře-

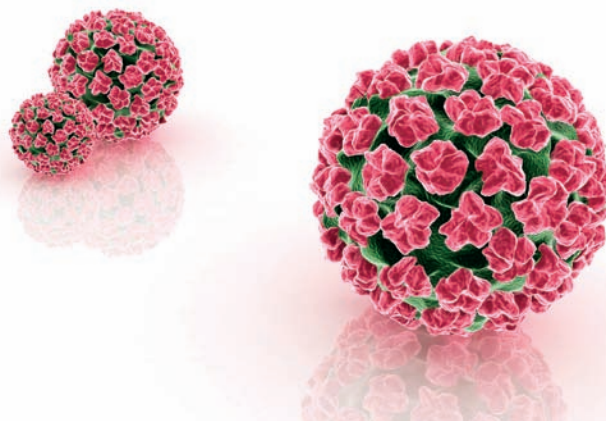
nosných nemocí, ale není dostatečná v problematice nádorového onemocnění.

Za podpory Operačního programu „Vzdělávání pro konkurenceschopnost“ byl náš projekt schválen a v březnu 2013 jsme zahájily náročnou roční přípravu. Inspirací nám byl i osud sportovce Petra Koukala, který kvůli boji s rakovinou varlete musel na delší dobu přerušit svoji sportovní kariéru. Výsledkem naší práce je výukový program, který jsme připravily pro žáky a žákyně středních škol. Tí od března 2014 navštěvují naši specializovanou odbornou učebnu, kterou jsme si k těmto účelům z výše uvedené podpory a pro tyto účely vybavili nejen nábytkem, ale hlavně potřebnými modely, plakáty, knihami a vytvořili jsme i zajímavý výukový text, kde proškolení studenti najdou další informace, které se z časových důvodů do vzdělávacího programu nevešly.

Co bylo cílem projektu

Cílem je především zvýšit informovanost mladých lidí ve věkové skupině 15-19 let o problematice nádorových onemocnění,

zbavit je ostychu na tato témata hovořit, naučit je více si vážit vlastního zdraví, být odpovědnější v přístupu k vlastnímu zdraví a informovat je o preventivních opatřeních. V projektu jsme se zaměřily i na problematiku sexuálního života, hygienu a přenos pohlavních nemocí a na léčbu nádorového onemocnění s důrazem na fakt, že je lepší nemocem předcházet než je léčit. Součástí programu je i praktický nácvik nasazování kondomu, které nám formou sponzorského daru výrobci věnovali, a samozřejmě to nejdůležitější z oblasti prevence u chlapců – samovyšetření varlat, které, jak jsme zjistily, u většiny školních žáků zatím není samozřejmou součástí života. Odborné učitelky-řešitelky celého projektu vytvořily preventivní program, ve kterém mají pozici lektorek, a jejich úkolem je předávat náležité informace spojené s problematikou onkologického onemocnění děložního čípku a varlat – prevenci, ale i léčbu. K těmto účelům využívají různé aktivizující metody, které mají přimět oslovenou cílovou skupinu



Ilustrační foto: Shutterstock

Lidský papilomavirus (HPV)

nu k tvořivému myšlení, spolupráci a uvědomění si závažnosti těchto onemocnění.

Za účelem sběru základních informací jsme vytvořily vstupní dotazník, z něhož získáváme údaje, co studenti před proškolením o této problematice vědí. Na konci programu zpracováváme pracovní listy, kde získáváme zpětnou vazbu, jak bylo vzdělávání účinné. Zatím jsme proškoli-li 1100 studentů, ale projekt ještě není u konce.

Poděkování

Začaly jsme pilotním ověřením celého vzdělávacího programu proškolením studentů na naší škole. Po drobných úpravách projektu jsme vzdělávání rozšířily i na studenty dalších škol. Naše poděkování patří vedení oslovených znojenských škol, především Gymnázia Dr. Polesného, Gymnázia a Střední pedagogické školy, Obchodní akademie a Jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky Znojmo, Středního

odborného učiliště a Střední odborné školy SČMSD, Znojmo, s. r. o., Střední odborné školy a Středního odborného učiliště, Dvořáková, Znojmo, Střední odborné škole Podyjí, Gymnázia Moravský Krumlov a Střední školy dopravy, obchodu a služeb Moravský Krumlov, bez jejichž žáků a žákyně bychom nemohly vzdělávání realizovat.

Naši práci koordinuje ředitel naší školy, který má již dostatečné zkušenosti s projektovou činností a bez jeho pomoci bychom náročnou práci nedovedly do zdárného konce. Velké poděkování patří i odborným konzultantům – lékařům MOU v Brně z oboru onkologie a gynekologie, lékařům Nemocnice Znojmo, p. o., z oboru gynekologie, urologie, ORL a privátnímu kožnímu lékaři.

Projekt Intimní zdraví bez komplikací je registrován pod číslem CZ. 1.07/1.116/02.0017 v rámci OP VK a jeho realizace bude ukončena 28. 2. 2015. Více informací lze získat na našich webových stránkách: <http://www.szsz.cz/intimni-zdravi-bez-komplikaci/>.

Mgr. Olga Černá,
cerna@szsz.cz

Inzerce M151000174

Online video vzdělávání

- **zo odborných** témat
- **Akreditované** kurzy
- **Certifikát ihned** ke stažení
- **Jediný poplatek** 480 Kč/2015

Kód pro 1 přednášku zdarma: MF15

Studujte z pohodlí domova

www.edusestra.cz




Metoda cílené plošné punkce a remodelace aneurysmat nativní arteriovenózní fistule v praxi

Jednou ze základních podmínek dlouhodobého hemodialyzačního léčení je možnost opakovaného napojování krevního oběhu nemocných na mimotělní oběh umělé ledviny. To vyžaduje mít kvalitní cévní přístup, který splňuje všechny požadavky na provedení adekvátní dialýzy.

V tomto článku jsme se zaměřili na jednu z technik punkce nativní arteriovenózní fistule (AVF), která znamená pro pacienta riziko, ale v cíleném krátkodobém používání má pozitivní vliv na rozvinutí AVF a následnou remodelaci aneurysmat bez nutnosti intervenčního zákroku – metodou cílené plošné punkce.

Cílem dialyzační léčby je nejen stabilizovaný zdravotní stav pacienta, jeho psychická spokojenost, ale i minimalizace všech komplikací, především pak těch cévních, které s sebou dialyzační léčba přináší. Jedny z nejčastějších komplikací u nativních arteriovenózních fistulí jsou stenózy (zúžení), uzávěry, aneurysmata, hematomy a infekce. Dodržením správného pracovního postupu a správným výběrem punkční techniky může sestra do značné míry eliminovat tyto cévní komplikace a tím prodloužit životnost cévního přístupu. Nejstarší a nejdoporučovanější metodou napojování AVF je žebříčková metoda. V posledních letech dosáhla velkého rozmachu i metoda knoflíkové dírky (button hole).

Metoda cílené plošné punkce

Tuto metodu známe i pod názvem „metoda punkce určitých oblastí“. Je charakterizována nápisem pouze určitého krátkého místa AVF. Tím, že se provádí pouze v určité krátké oblasti nativní AVF, dochází k její dilataci, tvorbě aneurysmat a následně ke stenózám mezi dilatovanými úseky. Proto není doporučováno její používání po delší dobu. Přesto řada pacientů tuto metodu vyžaduje a brání se novým technikám. Metoda přináší pacientům, ale i méně zkušeným sestřám jistotu nekomplikované punkce. Pokud se však tato technika využije cíleně, přináší i překvapivá pozitivita pro pacienta. Na našem pracovišti, v hemodialyzačním středisku na pražském Strahově, využíváme všechny metody punkcí AVF. V loňském roce jsme se zaměřili hlavně na edukaci pacienta, dodržování standardních postupů a na využití novinek v oblasti péče

o cévní přístupy u hemodialyzovaných pacientů. Při mapování stavu cévních přístupů u našich pacientů vstala otázka: „Co udělat s arteriovenózními píštělemi, které jsou z dob dřívějších již postižené aneurysmaty a úseky mezi nimi jsou zúžené, tudíž pro dialýzu nevyhovující?“ Začali jsme tedy používat metodu cílené plošné punkce. Vybrali jsme 4 pacienty, u kterých jsme potřebovali cíleně dilatovat úseky mezi aneurysmaty a tím prodloužit úseky pro nekomplikovanou punkci žebříčkovou metodou (viz obr. 2 a 3). Pro efektivní dialýzu bylo nutné splnit punkční taktiku. Arteriální jehla byla napojována retrogradně (proti směru toku krve), těsně za aneurysmatem, na začátku zúženého úseku. Venózní jehla byla zaváděna těsně za aneurysmatem ve směru toku očištěné krve. U venózní jehly jsme museli mít na zřeteli, že je umístěna v zúženém místě a další úsek píštěle není rozvinutý. Proto jsme z počátku volili jehly s menším průsvitem (G 16, G 15) a nastavovali nižší průtok, abychom předešli potenciální ruptuře vpichu. Při následných dialýzách byla místa vpichu volena tak, aby byla 3-4 vedle se-

be v jedné řadě, v odstupu cca 1-2 mm. Po ukončení řady jsme další vpich posunuli o 1-2 mm nad vpich poslední a vytvořili jsme tak další řadu (viz obr. 1). Punkce připomínala vyšívání do kanavy. Již po jednom měsíci došlo u 3 pacientů k dilataci zúženého úseku, ale k překvapení nás všech došlo k vizuálnímu zmenšení aneurysmat. Proto jsme u dalších 4 pacientů tuto metodu cíleně použili již pro remodelaci aneurysmat.

Zlepšení u všech pacientů

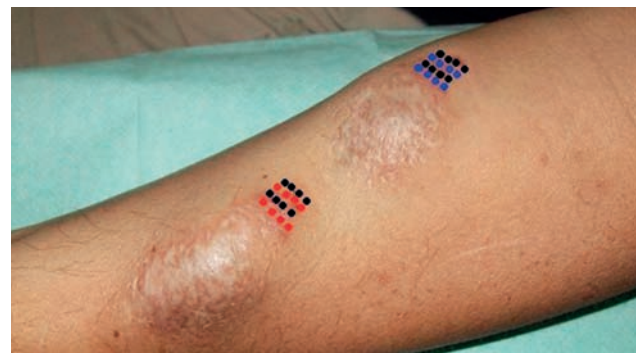
Před začátkem pozorování a v celém jeho průběhu jsme pacientům měřili obvod paže v místě aneurysmatu. Po třech měsících jsme celé pozorování zpracovali a došli k překvapivému závěru. U všech pacientů došlo ke zmenšení aneurysmat v průměru o 1,8 cm, u jednoho to bylo více než o 3 cm (viz obr. 4 a 5). Plošnou metodou jsme na našem HDS cíleně aplikovali celkem u 8 pacientů. U 4 pacientů z důvodu dilatace a prodloužení úseku, u zbylých 4 již z důvodu remodelace aneurysmat. U jedné pacientky došlo k ukončení pro velkou bolestivost. U 6 pacientů došlo k dilataci

Tab. 1 Charakteristika pacientů

	M/Ž	VĚK	DM	Délka HD	Založení AVF
1	Ž	44	Ne	4,5	3/2001
2	Ž	72	Ne	4,5	10/2008
3	Ž	73	Ne	4	2/2008
4	M	58	Ano	5	1/2007
5	M	68	Ne	4,5	2/2002
6	M	68	Ne	4	6/1994
7	M	65	Ano	5	5/2009
8	M	76	Ne	4	3/2010

Tab. 2 Obvod končetiny v místě aneurysmatu v průběhu aplikace plošné punkce

	Obvod před	Obvod po 1 měs.	Obvod po 2 měs.	Obvod po 3 měs.
Pacient č. 1	A: 24,0 cm V: 28,0 cm	A: 23,0 cm V: 27,0 cm	A: 21,8 cm V: 26,5 cm	A: 21,3 cm V: 26,0 cm
Pacient č. 2	A: 19,0 cm V: 20,5 cm	A: 19,0 cm V: 20,5 cm	A: 18,5 cm V: 20,0 cm	A: 18,0 cm V: 19,0 cm
Pacient č. 3	A: 25,0 cm V: 29,0 cm	A: 25,0 cm V: 28,5 cm	A: 24,5 cm V: 28,5 cm	A: 24,0 cm V: 27,0 cm
Pacient č. 4	A: 31,0 cm V: 31,3 cm	A: 30,5 cm V: 30,8 cm	A: 29,0 cm V: 30,0 cm	A: 28,5 cm V: 29,0 cm



Obr. 1 Technika plošné punkce



Obr. 2 AVF před zahájením napojování metodou plošné punkce



Obr. 3 Prodloužený úsek AVF



Obr. 4 Aneurysmata před remodelací pomocí metody plošné punkce



Obr. 5 Aneurysmata po remodelaci pomocí metody plošné punkce

stenóz za aneurysmaty, tedy k prodloužení úseku pro punkci AVF, ke zmenšení aneurysmat a tím k velmi uspokojivému kosmetickému efektu. Průtok krve AVF, měřený přístrojem Transonik před a po třech měsících pozorování, se zvýšil u 6 pacientů o 100-300 ml. U jedné pacientky (AVF s krátkým úsekem) nedošlo k výraznému zlepšení.

Závěr

Technika žebříčkové metody bude nadále mít prvenství v kanylacích technikách napojování arteriovenózních fistulí, knoflíková metoda bude v jejím těsném závěsu. Přesto metoda plošné punkce nativní AVF, cíleně použitá a vhodně indikovaná, najde v budoucnosti v řadě dialyzačních středisek svoje místo a pomůže tím zachovat, prodloužit funk-

ci arteriovenózních píštělí a snížit počet nutných intervenčních zákroků. Hemodialyzační léčba je obor, který se neustále, rychle rozvíjí a zdokonaluje. Nové poznatky v péči o AVF je nutné umět přijímat, ověřovat, aplikovat do praxe a o své zkušenosti informovat i další odborné zdravotnické týmy. Pokud bychom se těmito pravidly neřídili již v letech dávno minulých, ještě dnes bychom napojovali pacienty na bubnovou „Kollfovou ledvinu“ pomocí „Scribnerova shuntu“.

Literatura u autorek

Jaroslava Veverková,
Bc. Zuzana Žilová,
Bc. Lucie Vacková,
Interní oddělení Strahov – hemodialýza,
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,
zuzana.zilova@vfn.cz

Hledám kvalitní domov pro seniory

Mám tetu, která už nikoho jiného z příbuzenstva nemá. Navštěvujeme

se, ale je mezi námi vzdálenost 300 km. Její zdravotní stav se zhruba před dvěma lety začal zhoršovat. Když se vrátila z nemocnice, nastěhovala jsem se k ní a snažila se o ni starat. Docházela k ní domácí péče, pak i pečovatelka, ale tento stav nebyl dlouhodobě udržitelný. Teta byla začátkem prosince 2014 znovu hospitalizována. Lékařka na interním oddělení odhadovala, že by tetu mohli koncem února propustit domů. Teta se ale domů vrátit nechce, trápí ji, že nezvládá péči o sebe, dům, zahradu a zvířectvo. Prosí nás, abychom jí našli nějaký pěkný domov důchodců, kde bude mezi lidmi. Je na ně zvyklá, takže chápou, že ji samota a čekání na návštěvu trápí. Poradte mi, kam bych se měla obrátit.

Andrea B.

odpovídá
Bc. Jana Bednářová,
sociální pracovnice

Situace není jednoduchá a může přinést nečekaná úskalí, na která bych vás

na tomto místě ráda upozornila. Především se obraťte na sociální pracovníci v nemocnici, která vás bude informovat o nabídce sociálních služeb v lokalitě, případně na sociální pracovníci obce s rozšířenou působností. Sociální službu „Domov pro seniory“ si můžete vyhledat v registru poskytovatelů sociálních služeb na stránkách: <http://iregistr.mpsv.cz>.

Vše předem prověřte

Před umístěním blízkého do pobytové služby vám doporučuji, abyste si všechno předem v klidu rozvážila. Především si ověřte, zda se skutečně jedná o registrovanou sociální službu, kterou poskytuje kvalifikovaný personál na základě písemné smlouvy a za jasnou platbu – za ubytování, stravu a péči dle přiznaného stupně příspěvku na péči. Prostudujte si základní informace



Ilustrační foto: Shutterstock

na internetových stránkách poskytovatele, zjistíte si případně doporučení z okolí, určitě se do zařízení zajedte podívat. Po pobytových službách pro seniory a zdravotně postižené je velká poptávka. Bohužel však na ni reagují i někteří neoprávnění „poskytovatelé“, kteří různým

způsobem (někdy přes institut asistenta sociální péče) obcházejí veškeré požadavky Standardů kvality sociálních služeb, i samotnou registraci služby, která klade na poskytovatele jasné nároky. Podobných zařízení se po celé ČR odhaduje na několik desítek.

Sociální službu nepředstavují vyplněné formuláře, ale především lidé, kteří v zařízení pracují. Při návštěvě uvidíte běžný provoz, zažijete „ducha“, atmosféru pracoviště a formu přijetí v místě, kde vaše teta patrně stráví zbytek života. Jde samozřejmě o osobní a velmi subjektivní hodnocení, které je těžko přenositelné, protože každému vyhovuje trochu něco jiného, a také často vychází z dosavadního životního standardu a způsobu života.

Kde hledat informace?

Detailní informace o nabídce sociálních služeb naleznete v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (§ 49 Domovy pro seniory). Obecné informace o platbě pak uvádí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Součástí vyhlášky je v příloze č. 2 i výše zmiňovaný obsah standardů kvality sociálních služeb a jednotlivá kritéria. Řada poskytovatelů nabízí i další služby, které obvykle také inzerují na svých webových stránkách a v propagačních materiálech.

KOMERČNÍ PREZENTACE

Polikliniky Dopravního zdravotnictví se přejmenovaly

K zásadní změně přistoupila s novým rokem společnost Dopravní zdravotnictví, člen skupiny AGEL, která provozuje celkem šest poliklinik na území Čech i Moravy.

POLIKLINIKA AGEL – tak se od ledna nazývají všechna zdravotnická zařízení provozovaná Dopravním zdravotnictvím. Na to, proč společnost několik let usilovala o změnu názvu, ale i na další detaily, jsme se zeptali předsedy představenstva společnosti Do-

pravní zdravotnictví **MUDr. Michala Bednáře, MBA**.

Pane doktore, co Vás vedlo k myšlence polikliniky přejmenovat? Většina našich zdravotnických zařízení je veřejností vnímána jako bývalé „železniční polikliniky“ pro-

vozované v minulosti společností České dráhy. Mají dlouholetou tradici jako poskytovatel kvalitních, komplexních a bezpečných služeb, jsou výborně dopravně dostupné, nicméně jsou bohužel také stále často chybně spojovány s možností využití služeb pouze určitou skupinou klientů. Pravdou je, že naše polikliniky jsou otevřeny pro každého a žádná tato omezení na určité skupiny klientů neexistují.

Hlavním cílem tedy bylo přiblížit se veřejnosti?

Hlavním cílem sjednocení názvů našich poliklinik bylo zvýšení povědomí veřejnosti o našich zdravotnických zařízeních a o komplexnosti našich služeb, dále celkové zjednodušení a zefektivnění vyhledávání informací na internetu, zamezení záměny našich zařízení s konkurencí. Dalším důvodem je samozřejmě také vymezení a prohloubení spojení našich poliklinik se skupinou AGEL, jíž jsou všechna naše zařízení členem

a která znamená záruku bezpečné a kvalitní péče pro klienty a stabilního zaměstnavatele poskytujícího možnost osobního a profesního růstu zaměstnancům.

Jaké novinky mohli pacienti v poslední době v zařízeních zaznamenat?

Postupně estetizujeme a modernizujeme prostory v našich zařízeních, v loňském roce prošla například všechna naše rentgenová pracoviště digitalizací. Snažíme se také vylepšovat a zdokonalovat naše služby – pacienti se do našich zařízení mohou registrovat



MUDr. Michal Bednář, MBA

jednoduše přes on-line formulář na webových stránkách nebo telefonicky, také nabízíme pacientům možnost objednat se na konkrétní den a čas, abychom maximálně omezili čekací doby na vyšetření.



POLIKLINIKA AGEL provozuje šest akreditovaných zdravotnických zařízení v Praze, Plzni, Nymburce, České Třebové, Ostravě a Olomouci. Svým klientům nabízí komplexní služby na špičkové úrovni s využitím moderní zdravotní techniky. Hlavní silnou stránkou zdravotnických zařízení je koncentrace zdravotní péče z řady oborů „pod jednou střechou“. Pacienti tak nemusí přejíždět z místa na místo, aby absolvovali různé druhy lékařských vyšetření. Zdravotnická zařízení POLIKLINIKY AGEL každý rok navštíví stovky tisíc lidí a lékaři provedou více než milion ošetření.



POLIKLINIKA AGEL Praha



17. BŘEZNA 2015
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN



Záštitu nad oceněním převzala
Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar
a Václava Havlových VIZE 97

Sestra roku 14

15. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Zdravotnictví a medicína z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

Slavnostní vyhlášení výsledků soutěže

Sestra roku 2014

se koná 17. března 2015 v Hudebním divadle Karlín.

Generální partner



Hlavní partneři



Science For A Better Life

Partner galavečera



Záštita



Garant



www.sestraroku.cz



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v evropském kontextu nabývá na významu problematika kvality péče a bezpečnosti pacientů. Podle průzkumů se každoročně 8–12 % hospitalizovaných pacientů potýká s nežádoucími událostmi spojenými se zdravotní péčí a 37 tisíc pacientů umírá v důsledku nozokomiálních nákaz. Náklady spojené s těmito infekcemi šplhají do výše 7 miliard eur ročně. Experti se shodují, že kvalita zdravotní péče a bez-

pečnost pacientů úzce souvisí s větším zapojením pacientů, důkladnějším vzděláváním zdravotnických profesionálů a zaváděním systémů hlášení, které nebudou spojovány s restrikcemi a postihy zdravotníků. V aktuálním čísle vám přinášíme zprávu z konference, která proběhla koncem minulého roku v Římě, a na ní zástupci z řad politiků, odborníků a médií diskutovali o tom, co lze v jednotlivých ze-

mích EU udělat pro větší bezpečnost pacientů a lepší kvalitu zdravotní péče.

Významným tématem je dále problematika malnutrice, která u hospitalizovaných nemocných představuje nezávislou rizikovou proměnnou morbidity a mortality. Při přijetí k hospitalizaci je přibližně 30 % nemocných v malnutrici, dalších 10–15 % se do malnutrice dostává během hospitalizace. Rizikovou skupinou jsou mimo jiné nemocní v kritickém stavu a především pacienti v protrahované sepsi s orgáno-

vou dysfunkcí. Podrobněji o tom pojednává článek prof. Pavla Těšínského.

V medicínské části pokračují také seriály Trendy v oftalmologii a Trendy v ORL. Tentokrát jsme se zaměřili na problematiku suchého oka a chemoterapii solidních zhoubných nádorů hlavy a krku. Ujít si nenechte ani rozhovor s prof. Petrem Weissem o příčinách a možnostech terapie předčasné ejakulace a erektilní dysfunkce.

MUDr. Andrea Skálová

Výživa **kriticky nemocných**

Malnutrice u hospitalizovaných nemocných představuje nezávislou rizikovou proměnnou morbidity a mortality. Při přijetí k hospitalizaci je přibližně 30 % nemocných v malnutrici, dalších cca 10–15 % se do malnutrice dostává během hospitalizace a 3–5 % hospitalizovaných je dependentní na nutriční intervenci cestou enterální, resp. parenterální výživy. Rizikovou skupinou jsou nemocní v kritickém stavu a především pacienti v protrahované sepsi s orgánovou dysfunkcí.

Metabolické změny

Metabolické změny po inzultu a v průběhu odpovědi na kritický stav byly klasicky a po dlouhou dobu popisovány schématem tzv. ebb- a flow-fáze. Toto dělení je sice didakticky užitečné, avšak v současnosti značně modifikované a prakticky opuštěné, protože hypermetabolická fáze je u nemocných často potlačena navzdory úspěšné resuscitaci a hyperdynamické cirkulaci. Stejně tak časové dělení fází nelze standardizovat a ve většině případů neplatí. Časná fáze po in-

zultu je obvykle charakterizována snížením metabolického obrátu, poklesem srdečního výdeje, produkcí tepla, snížením spotřeby kyslíku, zvyšuje se hladina glukagonu, katecholaminů a volných mastných kyselin. Po jejím překonání dochází typicky k fázi hypermetabolismu se zvýšenou spotřebou kyslíku, zvýšením klidového energetického výdeje, přesunem aminokyselin z periferních tkání, produkcí tepla, zvýšením kapilární propustnosti, glukoneogenezou, hyperglykemií a inzulinorezistencí, zvýšenou hladinou

katecholaminů, kortizolu, glukagonu, inzulínu, tumor nekrotizujícího faktoru alfa (TNF-alfa), interleukinu 1 (IL-1), interleukinu 6 (IL-6) a snížením volného trijodthyroninu (fT₃). Energetické zdroje jsou získávány glukoneogenezou (prekurzory glukoneogeneze; laktát, alanin, glycerol, glutamin): oxidací volných mastných kyselin vzniká glycerol (3–20 % novotvořené glukózy), anaerobní glykolýzou vzniká laktát (15–20 % novotvořené glukózy), proteolýzou (alanin, větvené aminokyseliny,

glutamin) 8–20 % novotvořené glukózy. Na zvýšení energetického výdeje (EE) se dále podílí Coriho laktátový cyklus a glutaminová pasta. Některé aminokyseliny se stávají podmíněně esenciální (glutamin).

Endokrinní změny

U nemocných v sepsi úzce souvisí endokrinní změny s metabolickou odpovědí a uplatňují se mechanismem pozitivní a negativní regulace. Jejich dynamika a rozsah jsou určovány iniciální lézí, resp. lokálním traumatem, SIRS,

stavem výživy, hemodynamikou, tkáňovou oxygenací a dalšími faktory a jsou jak ve smyslu adaptivním, tak dysfunkčním. Endokrinní dysfunkce u nemocných s vývojem akutního a protrahovaného septického stavu lze zařadit do okruhu adrenokortikální dysfunkce, stresové hyperglykemie, thyreoidální dysfunkce, změny metabolismu růstového hormonu (GH) a regulace metabolismu vápníku.

Základní metabolické hormony jsou trijodthyronin (T₃), jehož časný pokles je spojený se snížením proteinového obrátu, inzulín (zvýšení proteosyntézy, snížení proteolýzy), glukagon (glykolýza, proteolýza, lipolýza) a růstový faktor podobný inzulínu (IGF-1). Deplece proteinu i energie snižuje hladinu a suprimuje efekt GH; příjem proteinu naopak zvyšuje proteosyntézu a obrát bílkovin.

Na proteinovém katabolismu se podílejí kortikoidy, TNFalfa a IL-1 cestou uvolnění proteinu

VÝŽIVA

z myofibril, snížení proteosyntézy, poklesu transportu aminokyseliny do svalů (alanin a glutamin mají 6% obsah aminokyseliny (AK) ve svalů, ale 60–80% podíl v AK uvolněných ze svalů). Intracelulární mechanismus nonlyzozomální proteolýzy po vazbě s ubiquitinem vede k zvýšení nabídky AK pro proteosyntézu v játrech a tkáních a pro glukoneogenezu. Glutamin se stává přímým energetickým zdrojem některých tkání.

Následky katabolického stavu

Nedostatečný příjem energie a proteinu spolu s mediátorovou a endokrinní stresovou reakcí a patofyziologickými procesy v hepatosplanchnické oblasti vedou ke katabolickým reakcím, proteolýze s úbytkem svalové hmoty a viscerálních proteinů a poruchám imunitních funkcí. V energetickém metabolismu kriticky nemocných dochází k významným změnám vyvolaným základními poruchami i reakcemi vedoucími k její kompenzaci. Energetické zdroje mění své utilizační priority, nevedou tedy nutně k anabolickým pochodům a obnově tkání a tím, že se mění meziorgánový metabolismus některých nutričních, dochází k jejich deficitu, čímž se stávají podmíněně esenciální.

Počáteční odpověď na hladovění je glykogenolýza jako standardní způsob zajištění dostupnosti glukózy jako energetického substrátu pro životně důležité orgánové funkce, především energetický metabolismus buněk nervové tkáně. Omezené zásoby glykogenu by byly bez jiných mechanismů vyčerpány během 1–2 dnů. Glukoneogeneza je alternativní cestou k získání glukózy a je spouštěna při absenci exogenního přívodu energie již současně s glykogenolýzou. Základními prekurzory jsou laktát dodávající za těchto podmínek 20–70 % glukózy, aminokyseliny (alanin, glutamin a rozvětvené aminokyseliny vznikající při proteolýze) a glycerol vznikající lipolýzou. Energetická náročnost těchto procesů je kryta beta oxidací mastných kyselin. Protrahované hladovění vede k rychlému úbytku svalové hmoty a s tím spojenému poklesu svalové síly manifestované poruchami funkce kosterních svalů a bránice a poklesu srdečního výkonu s oběhovou a ventilační kompromitací. Během sepsy však nejde o prosté hladovění; stav je navíc komplikován změnami hemodynamiky a perfuze a endokrinní odpovědí. Klíčový význam k udržení energie

tické a metabolické homeostázy má tedy dostatečná orgánová perfuze. Pokud není zajištěna, dochází spolu se sníženou tkáňovou oxygenací k postupnému rozvoji orgánové dysfunkce. Klíčovou úlohu v energetickém metabolismu představují játra, jež jsou i v kritickém stavu majoritním spotřebitelem laktátu. Ve stavech kriticky snížené oxygenace hepatocytů se však stávají jeho producentem, což je obvykle nezvratný proces vedoucí k úplné energetické dezintegraci.

Změny střevní a hepatosplanchnické funkce

Střevo má kromě absorpční funkce řadu dalších úloh, uplatňuje se mj. jako důležitý orgán metabolické homeostázy. Jeho energetický metabolismus vykazuje specifické vlastnosti, jejichž poznání dovoluje přiblížit se vhodnou metodou nutriční intervence přirozeným metabolickým pochodům i v abnormálních klinických situacích. Sliznice gastrointestinálního traktu má vysoký metabolický obrát, který lze charakterizovat jako dynamickou rovnováhu ve fyziologickém stavu s mohutným potenciálem kompenzační kapacity. Respektování metabolismu intestinální buňky je tak klíčem k výživě kriticky nemocných. Primárním energetickým zdrojem enterocytu je glutamin, který je prostřednictvím enzymového systému syntetizován hepatocyty a myocyty, a částečně i adenin vznikající v játrech. Glutamin je v enterocytu metabolizován pomocí enzymu glutaminázy za vzniku urey a uhlikaté kostry. Enterocyt je na druhé straně zdrojem aminokyseliny ornitinu a citrulinu. Jejich plasmatické hladiny se mohou uplatnit jako marker funkční adaptace střeva v různých klinických stavech. Podobně pro buňky sliznice tlustého střeva, kolonocyty, existuje specifický energetický substrát, jímž jsou mastné kyseliny o krátkém řetězci (SCFA), které vznikají fermentací vlákniny za přítomnosti intestinální bakteriální mikroflóry. V tlustém střevě je dále bakteriální flóra hydrolyzována intraluminální dusík urey: amoniiový ion (NH_4^+) je tak jednak zdrojem dusíku pro replikaci intraluminálních bakterií, jednak zdrojem recyklace aminoskupin (NH_2).

Uvedené metabolické procesy probíhají za podmínek rovnovážného stavu poměru spotřeby a dodávky kyslíku (VO_2/DO_2). Ve stavu perfuzní poruchy se metabolické procesy he-

patosplanchnické oblasti dramaticky mění. Snížení nabídky kyslíku u nemocných v kritickém stavu se na buňkách střevní sliznice promítá ve zpomalení rovnováhy mezi jejich tvorbou a apoptózou. V submukóze tenkého střeva se snižuje tvorba sekrečního IgA, což vede k snížení imunitní odpovědi. V játrech se oxygenační kompromitace projevuje na veškerých hepatálních funkcích, především syntetizačních. Splanchnická hypoperfuze se svými důsledky, zvláště endotoxemií v portálnímu řečišti, je zahrnuta do patogeneze multiorgánového selhávání nemocných v sepsi. Celulární léze až apoptóza se ztrátou slizniční integrity je podporována trofickými změnami při malnutriční, ale také absenci enterální výživy a reperfučním traumatem následujícím po období hypoperfuze. Porušení integrity sliznice umožňuje translokaci bakterií a endotoxinu portálním řečištěm do jater, sleziny a mezenterických uzlin. Při překonání kapacity Kupferových buněk při morfologickém narušení sliznice a jaterní dysfunkci vážne clearance bakterií a endotoxinu z portální krve a dochází k vzniku endogenní gramnegativní sepsy na podkladě bakteriální translokace.

Enterální výživa

Polymerní enterální formule vyžadují přítomnost trávicích enzymů a pokrývají běžné klinické situace malnutričních stavů, lze je však použít i pro kriticky nemocné. Oligomerní výživa lépe vyhovuje podmínkám časně enterální nutrice a lze ji aplikovat do jejunu. Časná enterální výživa je definována jako zahájení přívodu nutričních substrátů do střeva během 48 hodin po traumatu, resp. operačním výkonu, a v širším kontextu do 48 hodin po přijetí nemocného k hospitalizaci. V tomto pojetí enterální výživa nepředstavuje kompletní přívod nutričních substrátů za účelem zajištění potřeb makroorganismu, ale je chápána jako prostředek nutriční podpory vlastní tkáň gastrointestinálního traktu (GIT). V klinickém pokusu bylo dostatečně prokázáno, že časná enterální nutrice zabraňuje trofickým změnám sliznice GIT a udržuje bariérové funkce. Zavedení časně enterální výživy má vliv na snížení morbidity, délky pobytu na jednotce intenzivní péče (JIP), počet dnů na umělé plicní ventilaci a nákladů na léčbu. Význam časně enterální výživy tak přesahuje vlastní nutriční hodnotu metody.

Některé substance mohou mít metabolický benefit, který přesahuje jejich nutriční hodnotu. Mezi tyto komponenty patří z aminokyselin především glutamin a arginin, z lipidů omega-3 mastné kyseliny a dále antioxidanty a vláknina. Glutamin je podmíněně esenciální aminokyselina u nemocných v kritickém stavu. Enterálně podaný glutamin snižuje translokaci intraluminálních bakterií a zabraňuje trofickým změnám. Glutamin je prekursorem glutamátu a gama-aminobutyratu; ovlivněním metabolismu glutationu tak nepřímo zvyšuje ochranu buněk při ischemicko-reperfučním traumatu. Arginin, který se uplatňuje v proteosyntéze, produkci oxidu dusnatého, sekreci GH a inzulinu, je další podmíněně esenciální aminokyselinou. Obě tyto aminokyseliny byly v uplynulém desetiletí intenzivně testovány jako složky imunonutrice a aktuálně se studuje jejich význam u různých podskupin kriticky nemocných se zřetelem na nové informace o účincích argininu u septických pacientů. Tento efekt souvisí s ovlivněním hladiny indukovaného NO-syntetázy (iNOS) a podpory systémové zánětlivé odpovědi. Suplementace nukleotidů v kritickém stavu zlepšuje bariérové funkce GIT a podle některých studií redukuje počet septických komplikací. To ale neznamená, že bychom je měli rutinně používat ve všech situacích. Enterální výživa, a to i v dávce nevykrývající metabolické potřeby makroorganismu (časná enterální výživa), vykazuje v experimentu i klinických studiích stimulační účinky na trávicí trakt a kardiovaskulární systém. Enterální výživa stimuluje motilitu trávicího traktu, podporuje mitotické procesy enterocytů a vede k vzestupu tvorby sekrečního IgA v submukóze, a to již v malém množství odpovídajícímu denní dávce cca 500 ml, tzn. při rychlosti kontinuální intraintestinální aplikace 20 ml za hodinu. Orgánová perfuze stimulovaná časnou enterální výživou tak u nemocných v sepsi podmiňuje energetickou a metabolickou homeostázu. Efekt na kardiovaskulární systém se uplatňuje mechanismem uvolnění mediátorů, především adenosinu, vazoaktivního intestinálního polypeptidu (VIP) a oxidu dusnatého, jež vedou k dilataci mezenterického řečiště. Tento jev je spojen se zvýšením srdečního výdeje. U nemocných v šokovém stavu však k dilataci mezenterického řečiště nedochází, a neuplatňuje se tedy ani

efekt zvýšení srdečního výdeje. Tato skutečnost limituje indikace časně enterální výživy u šokové cirkulace.

U enterální výživy byly prokázány pozitivní účinky na fyziologii a anatomii GIT. Klasickou indikací enterální výživy jsou příjem makro- a mikronutrientů, vody, elektrolytů a imunoaktivních látek, případně dalších složek výživy majících přímý nebo nepřímý farmakologický efekt. Enterální výživa navíc eliminuje negativní účinky podmíněně totální parenterální výživy: snižuje riziko cholelitiázy a jaterní steatózy. Enterální výživa rovněž představuje ideální formu adaptace GIT na perorální příjem. Lokální efekty enterální výživy jsou ovlivněny hemodynamikou zlepšením perfuze splanchnického řečiště (s výjimkou oběhově nestabilních nemocných v šokovém stavu), zachování integrity střevní sliznice, prevence atrofie sliznice a submukózy s podporou imuno-kompetence GIT (sekreční IgA), udržení kompozice intestinální mikroflóry a snížení extraluminální bakteriální translokace, zlepšení motility GIT, stimulace peristaltiky a stabilizace energetického metabolismu především u diabetiků v kritickém stavu. Přestože enterální výživa znamená nutriční intervenci přirozenou cestou, její aplikace je limitovaná a může být zatížena významnými riziky a komplikacemi. Enterální nutrice není bezpečná při oběhově nestabilitě, splanchnické hypoperfuzi, gastroparéze (pokud aplikována intragastricky) a edému střevní sliznice. Tyto situace u kriticky nemocných představují rozšířené kontraindikace enterální výživy. Některé klinické studie navíc prokázaly, že může být zatížena vyšším výskytem komplikací než parenterální výživou. Úskalí enterální výživy je již ve vytvoření přístupu do trávicího traktu kriticky nemocného pacienta. Často je obtížná i iniciace enterální výživy a především akcelerace k dosažení indikovaného denního množství nutričního substrátu. Podle literárních údajů je u kriticky nemocných dosaženo nutričních cílů enterální výživou během 72 hodin pouze u 14–56 % kriticky nemocných. Energetická, tekutinová a substrátová deficiencie při netoleranci enterální výživy je tedy její hlavní limitací. Typickými komplikacemi enterální výživy je aspirace u ventileovaných nemocných s rozvojem plicního zánětu a sepsy, poruchy střevní pasáže ve smyslu průjmu i obstrukce a problémy s udržením polohy sondy. Původně ekonomické

Obklopte se opravdovými profesionály

První volba v intenzivní péči



Uvedené přípravky jsou potraviny pro zvláštní výživu – potraviny pro zvláštní lékařské účely. Materiál je určen pro odbornou veřejnost.

NUTRICIA
Nutrison

VÝŽIVA

ky favorizovaná metoda nutriční intervence tak může kvůli řešení komplikací dosáhnout vysokých nákladů. Enterální výživa redukuje komplikace spojené s totální parenterální výživou.

Parenterální výživa

Totální parenterální výživa (TPN) je spojená s atrofií sliznice GIT a s ní spojeným zmnožením intraluminálních bakterií a jejich translokací do portálního řečiště. Tento efekt je způsoben nikoli vlastní TPN, ale nepřítomností intraluminálního přívodu substrátů. Atrofie intestinální mukózy a submukózy je následována poruchou lymfatické tkáně asociované s trávicím traktem (GALT) se snížením produkce sekrečního IgA. Doplnění časné enterální výživy tyto negativní změny eliminuje a navíc snižuje riziko ischemie a reperfučního traumatu splanchniku. Protektivní efekt enterální výživy byl v klinických podmínkách navíc prokázán i u cholelitiázy a jaterní steatózy navozené TPN.

Nejsou-li respektována základní indikační a metodická pravidla, může být enterální výživa u kriticky nemocných zatížena významnými komplikacemi. Zatímco rizika, komplikace a limitace totální enterální výživy byly dostatečně rozpoznány již v časných 90. letech (jaterní steatóza, cholelitiáza, hyperglykemie, hypertriglyceridemie, hyperosmolární syndrom, hyperkapnie, atrofie sliznice GIT, retence tekutin, hyperkalcemie, kostní nemoc, *refeeding* syndrom, katérová sepse, katérová trombóza aj.), vedlo nekritické indikování enterální výživy k jejímu zatížení riziky, jež byla v počátcích éry této metody podceňována.

Z metaanalýz klinických studií rovněž vychází rozdílná responsibilita kriticky nemocných na množství nutričního substrátu podávaného enterální cestou: adekvátního příjmu dosahuje 72 hodin po zahájení enterální výživy pouze 14–56 % pacientů na JIP. Netolerance s energetickým deficitem je hlavním problémem enterální výživy u kriticky nemocných. Dalšími problematickými oblastmi je aspirace a skrytá aspirace u ventilovaných nemocných, průjem a možná kontaminace nutričního substrátu. V podmínkách intenzivní péče lze počítat s komplikacemi vedoucími k ukončení enterální výživy nebo nemožnosti zahájit plnou enterální výživu u 15–20 % pacientů.

Parenterální výživa je indikována v případech, že nutričních cí-

lů nelze dosáhnout enterální cestou. Její časné zahájení je podle recentních studií však spojeno s negativními efekty a parenterální výživa je v současnosti považována za suplementární způsob nutriční tam, kde do 3.–5. dne nelze dosáhnout nutričního cíle enterální cestou. Preferována je aplikace *all-in-one* ve vaku připraveném pro příslušného pacienta. Standardem je podání do centrální žíly, ale do periferní žíly je možné podání roztoku o nižší osmolalitě (max. 800 mOsm/l) a krátkodobého trvání. Osmolalitu výsledného roztoku snižuje tuková emulze. Množství aplikované energie lze hrubě odhadnout podle výpočtu 25 kcal/kg tělesné hmotnosti s úpravou podle stresového faktoru a rozdělením výsledného množství energie podle parity parenterálního a enterálního přívodu. Optimální převod sacharidů je 2 g/kg tělesné hmotnosti na den. Měření energetického výdeje indirektní kalorimetrií však lze dosáhnout významného zvýšení kvality nutriční intervence u kriticky nemocných.

Výživa a imunitní funkce

Ačkoliv přidání imunitně aktivních aditiv může u kriticky nemocných vést ke zlepšení měřitelných parametrů (mortalita, infekční morbidita, délka pobytu na JIP, délka hospitalizace, doba umělé plicní ventilace aj.), některé složky v sepse pravděpodobně podporují rozvoj systémové zánětlivé odpovědi a mohou zhoršovat průběh onemocnění i zhoršovat prognózu. Hlavní komponentou zodpovědnou za zvýšení systémové zánětlivé odpovědi je pravděpodobně arginin. Jako imunitně aktivní se uplatňuje i standardní enterální výživa u nemocných v malnutrici. Vlastní imunitně aktivní prvky výživy jsou pak aditiva přidávaná jako komponenty nutričních substrátů: rozvětvené aminokyseliny (valin, leucin, izoleucin), glutamin, arginin, nukleotidy, omega-3 mastné kyseliny, glycin, antioxidanty, mikronutrienty, mastné kyseliny o krátkém řetězci, polyaminy, vláknina, selen, cholin, probiotika a další. Přestože je hodnocení klinického efektu obtížné, metaanalýzy četných klinických studií provedených ve druhé polovině 90. let prokázaly pozitivní účinky u vybraných klinických stavů, zatímco u některých skupin nemocných byla imunonutrice zatížena vyšším výskytem komplikací, včetně zvýšení mortality. Otázka imunutrice je nadále in-

tenzivně studována a za její indikaci se považuje elektivní chirurgie hrudníku a břicha, trauma a popáleninové trauma, zatímco u kriticky nemocných v sepse se nedoporučuje imunonutrici používat.

Orgánově orientovaná nutriční intervence

Koncept orgánově specifické výživy nespĺnil předpoklad benefitu pro kriticky nemocné a především pro pacienty v sepse. V posledním desetiletí bylo představeno několik typů enterální i parenterální výživy upravené pro specifické klinické stavy, jejichž složení vycházelo z racionální představy potřeby suplementace nutričního substrátu, který je v dané situaci deficitní nebo který se stává podmíněně esenciální, případně který má přímý či nepřímý farmakologický účinek. Enterální formule s vyšším obsahem tuku na úkor sacharidů využívají principu nižší produkce CO₂ při metabolismu tuků. Vyšší energetické denzity je navíc dosaženo nižším obsahem vody a teoreticky se mohou zdát vhodné pro nemocné s respirační insuficiencí, případně pro pacienty ve fázi odvykání od ventilátoru. Klinicky však nebyl prokázán přínos.

Byla prokázána pozitivní úloha enterální výživy jako takové u kriticky nemocných s jaterním selháváním. Stále však není jednoznačné, zda nemocní s jaterní encefalopatií profitují z nutriční intervence obohacené větvenými aminokyselinami (valin, leucin, izoleucin); pozitivní se jeví redukováný obsah aminokyselin aromatických (fenylalanin, tyrosin) a methioninu. „Jaterní formule“ mají i nižší obsah sodíku a vyšší zastoupení thiaminu.

Ačkoliv jsou údaje o tom, že nemocní s renální insuficiencí mohou profitovat z výživy obohacené argininem a větvenými aminokyselinami, neexistují pro jejich aplikaci důkazy z klinických studií u septických nemocných, a proto nelze za tímto účelem jejich podání v sepse doporučit.

Speciální přípravky enterální výživy pro diabetiky s redukcí sacharidů ve prospěch tukových zdrojů energie nemají v intenzivní péči zásadní význam a jejich praktické využití je omezené. Vláknina v enterální výživě snižuje výskyt obstipace a její fermentovatelná složka přináší nutriční substrát pro kolonocyt ve formě mastných kyselin o krátkém řetězci. Pro proliferaci enterocytů má význam enterální výživa s adicí glutaminu.

Imunitně aktivní složky enterální výživy (glutamin, větvené aminokyseliny, arginin, nukleotidy, omega-3 mastné kyseliny a antioxidanty) mají tedy nejspíše jednoznačný přínos pro kriticky nemocné a jejich použití je nutno kriticky zvažovat, neboť jejich farmakonutriční efekt je různý v různých klinických situacích, např. v elektivní chirurgii, traumatologii, neurochirurgii, léčbě popáleninového traumatu a dalších. U nemocných v sepse se pravděpodobně uplatňuje negativní vliv argininu mechanismem zvýšení produkce oxidu dusnatého (NO) na amplifikaci systémové zánětlivé odpovědi a zvýšení mortality.

Probiotika nemají prokázány efekt na časnou a pozdní mortalitu ani na infekční komplikace; mohou vést k snížení četnosti průjmů.

Kontrola glykemie

Inzulínová rezistence je normálním jevem u nemocných se systémovou zánětlivou odpovědí. K elevaci glykemie přispívá i nutriční suplementace, především formou parenterálního přísunu. Jsou důkazy pro to, že hyperglykemie u kriticky nemocných přispívá k výskytu komplikací a zhoršuje průběh onemocnění včetně zvýšení mortality. Podle prvních studií těsné kontroly glykemie u kriticky nemocných (cílová hodnota 4,5–6,1 mmol/l) byl zjištěn nižší výskyt komplikací u nemocných po kardiokirurgických výkonech, avšak v následujících letech provedené prospektivní randomizované studie prokázaly významně vyšší výskyt hypoglykemických příhod u skupiny nemocných s těsnou kontrolou glykemie a vyšší mortalitu v této skupině. Tyto nové výsledky vyvolaly diskuzi, jež vedla k revizi doporučených postupů kontroly glykemie u kriticky nemocných. Dodatečně provedené analýzy prvních studií těsné glykemické kontroly pak ukázaly, že prevence hyperglykemie byla hlavním faktorem poklesu morbidit a mortality spíše než vlastní efekt inzulínu. Pozitivní efekt kontroly glykemie je nezávislý na množství dodávané energie. V současné době se z důvodu minimalizace rizika hypoglykemických epizod doporučuje liberálnější přístup ke kontrole glykemie u septických nemocných a dosažení cílových hodnot do 10 mmol/l.

Aktuální trendy

Současná praxe nutriční intervence u kriticky nemocných spočívá v tom, že nejčastěji jsou

nutriční cíle a strategie odvozeny od existujících *guidelines* (ESPEN, ASPEN a další), která však již vyžadují aktualizaci. Doporučení postup pro nemocné v sepse (Surviving Sepsis Campaign) z roku 2012 zohledňuje výsledky posledních metaanalýz. Doporučení v *guidelines* však obvykle nerozlišují rozdílné energetické potřeby v různých fázích kritického onemocnění a existují individuální rozdíly. To platí i pro stanovení nutričního cíle a metod.

Enterální výživa je preferovaným způsobem výživy, neboť vede k udržení bariérové funkce a integrity GIT, podpoře fyziologických funkcí GIT, peristaltiky a perfuze, snížení oxidačního stresu a zánětlivé odpovědi a zlepšení absorpce glukózy. Není však vždy tolerována a nutričního cíle se obtížněji dosahuje. Klinické symptomy netolerance EN jsou gastrická rezidua, zvracení, střevní distenze a průjem. Vyprazdňování žaludku a motilitu ovlivňuje stupeň a fáze SIRS (sepse, trauma, operace, popáleniny...), hypoxie, perfuze splanchniku, intraabdominální tlak, hyperglykemie, sedace (opiáty), katecholaminy, nitrolební tlak a elektrolytové abnormality. Vyšší gastrická rezidua korelují s netolerancí akcelerace EN, vyšší incidencí pneumonie, delší dobou pobytu na JIP a vyšší časnou i pozdní mortalitou. V prevenci aspirace má význam semirekumbentní poloha 30–45 st., prokinetika, umístění konce sondy za Treitzovu řasu, kontrola glykemie, minimalizace opiátů, kontinuální aplikace nutrice a zvládnutí obstipace. Transpylorický přístup však není nevyhnutelně nutný, při dobré toleranci lze použít gastrickou cestu.

Časné zahájení enterální výživy v intenzivní péči má větší význam než rychlé dosažení nutričního cíle enterální cestou. U nemocných s akutním respiračním selháním (studie EDEN) nebyl prokázán rozdíl v mortalitě ani počtu dnů umělé plicní ventilace (UPV) u časné hypokalorické EN ve srovnání s plnou EN. Pozdní zahájení EN je dále spojeno se snížením absorpce glukózy, delší dobou UPV a počtu dnů na JIP. Dosažení nutričních cílů je síce nejrychlejší u časné zahájené parenterální výživy, ale ta je při srovnání s časnou enterální výživou spojena s vyšší mortalitou. Tato data jsou do určité míry v rozporu s výsledky studie EPANIC, což se jeví jako podmíněné selekce nemocných podle základní diagnózy.

Optimalizace dodávky energie u kriticky nemocných za pomoci suplementární parenterální výživy zahajované 4. den po přijetí na JIP vykazuje snížení výskytu nozokomiálních infekcí, a je tak v současné době nejlepší strategií k zlepšení prognózy nemocných, u nichž je enterální výživa sama o sobě nedostatečná.

U kriticky nemocných byla prokázána nižší mortalita během hospitalizace u pacientů, u nichž byla energetická potřeba měřena indirektní kalorimetrií oproti odhadu (doporučená hodnota 25 kcal/kg). Naproti tomu měla tato skupina delší dobu UPV a delší dobu pobytu na JIP.

Úloha nutričních aditiv, resp. farmakonutrientů, v enterální a parenterální výživě vyžaduje další evaluaci. U septických nemocných s akutní respirační insuficiencí měla enterální výživa obohacená ω -3 mastnými kyselinami a antioxidanty vliv pouze na zkrácení doby hospitalizace, jiné studie však prokazují u selekovaných skupin nemocných větší benefit. Podle výsledků studií enterální výživy s ω -3 mastnými kyselinami zůstává perspektivní použití EPA u pacientů s ALI a ARDS;

u časné sepse jsou potřebné další studie. Nové doporučené postupy pro výživu v sepsi nedoporučují použití imunitně aktivních aditiv pro nemocné v těžké sepsi. Glutamin při parenterální aplikaci podle novějších výsledků vede k snížení infekčních komplikací, kratší době pobytu na JIP a kratší době umělé plicní ventilace. Vliv na snížení mortality však není jednoznačný a doporučené postupy pro jeho parenterální aplikaci doznávají změny. Glutamin v enterální aplikaci má trofický vliv pro enterocyt. Prokázán byl efekt u popálenin a u pacientů s traumatem, u jiných stavů nebyly dostatečně prokázány jeho účinky pro kriticky nemocné.

Použití EN s probiotiky je doporučeno u kriticky nemocných; u akutní pankreatitidy vyžaduje další evaluaci.

Těsná kontrola glykemie je spojena s vyšší mortalitou, za niž je zodpovědná hypoglykemie. *Post hoc* analýza studie NICE-SUGAR prokázala, že skupina nemocných s těsnou kontrolou glykemie vykazovala významně vyšší incidenci lehké i těžké hypoglykemie a v obou skupinách byla vyšší mortalita v souvislosti

s výskytem hypoglykemie. Cílová hodnota glykemie by podle doporučení pro sepsi neměla překračovat 10 mmol/L za kontroly po 1–2 hodinách.

Další vývoj a perspektivy

Nutriční a metabolická péče má významné perspektivy rozvoje a široce koncipované klinické studie s jasně definovanými kritérii jsou nutné pro další výzkum nutriční intervence u kriticky nemocných. Přestože metody nutriční podpory a metabolické péče doznaly v uplynulých dvou desetiletích jistého stupně vývoje, jsou doporučené postupy nadále založeny na chabých důkazech a řada z nich doznala zpochybnění a zdaleka není dosaženo finálního stavu a definice optimální nutriční intervence pro kriticky nemocné a nemocné v sepsi. Směry vývoje se řídí především pochopením souvislostí mechanismů orgánové dysfunkce a možných cest jejich ovlivnění a budou určovány jednak využitím nových materiálů v aplikačních systémech, jednak farmakologickými vlastnostmi jednotlivých komponent nutrice.

Zásadní otázky jsou nadále jednoduché: u kterých nemocných, v jakém čase, kdy zahájit, kolik energie, kolik proteinů.

Jako perspektivní směry dalšího vývoje nutriční intervence u kriticky nemocných se jeví:

- specifické nutriční substráty a intervenční postupy u sepse, multiorgánového selhávání, traumatu;
- elektivní léčba chirurgických komplikací, výživa při orgánové náhradě, AIDS;
- studium metabolismu podmíněně esenciálních aminokyselin v různých klinických stavech (glutamin, arginin, glycin aj.);
- možnosti ovlivnění stavu trávicího traktu v kritickém stavu (motilita, neuroendokrinní řízení funkcí gastrointestinálního traktu, časná enterální výživa);
- růstový hormon a další působky mající vliv na proteosyntézu a energetický metabolismus (IGF-1, GLP-1 aj.);
- indikační strategie forem a metod parenterální a enterální výživy u různých stavů;
- nutriční farmakoterapie, tj. testování efektu jednotlivých komponent s imunoaktivním efektem se zřetelem na základní

diagnózu a stav nemocného a jejich vzájemnou interakci;

- úloha strukturovaných lipidů v parenterální výživě a perspektivně v enterální výživě;
 - otázka optimální glykemie u nemocných v kritickém stavu;
 - metodiky determinace splanchnické perfuze a markery adaptability intestinální funkce;
 - vývoj nových materiálů a aplikačních technik (katetry, sondy, uzavřené systémy, pumpy, víceluminální sondy, metodika zavádění);
 - intestinální adaptabilita;
 - efektivní prevence a řešení komplikací spojených s metodami nutriční intervence;
 - úloha indirektní kalorimetrie v nutriční péči o kriticky nemocné.
- Nutriční farmakoterapie u septických nemocných a intenzivní metabolická péče tak nabízí perspektivní, zajímavou a dynamicky se rozvíjející mezioborovou specializaci slibující široké pole experimentálního i klinického výzkumu a obezřetnou aplikaci výsledků do klinické medicíny.

prof. MUDr. Pavel Těšínský, DrSc.,
2. interní klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Inzerce M151000094

TOP KARIÉRA – VÁŠ BUSINESS PARTNER PRO OBLAST HR

Jsmo partnerem pro řešení jakýchkoliv personálních otázek v oblasti nábory klíčových a manažerských pozic, zpracování auditů, implementaci personálních nástrojů či detailního psychodiagnostického hodnocení kandidátů a zaměstnanců.

Kontakt: info@topkariera.cz | tel.: 225 275 280 | www.topkariera.cz

 **TOP Kariéra**
personální poradenství

TRENDY V ORL

Chemoterapie v léčbě solidních zhoubných nádorů hlavy a krku

Význam chemoterapie v léčbě karcinomů hlavy a krku nelze srovnávat s významem radioterapie, v poslední době však její důležitost stoupá. Chemoterapie se uplatňuje zejména v kombinaci s radioterapií v léčbě pokročilých nádorů. Po zavedení biologické léčby stoupá i její význam v terapii recidivujících nádorů. V léčbě karcinomu hrtanu se chemoterapie uplatňuje zejména v rámci tzv. záchovných protokolů.

Podle doby podání chemoterapie – před radioterapií, při radioterapii či po ní – se chemoterapie označuje jako indukční (neoadjuvantní), konkomitantní, sekvenční či adjuvantní. Zařazení biologické léčby do léčebných protokolů se označuje jako cílená (*target*) terapie.

Konkomitantní radiochemoterapie (RCT)

RCT (podávaná současně s radioterapií) se dnes stává standardní léčbou pro pokročilé karcinomy hlavy a krku. Její význam pro zlepšení pětiletého přežití nemocných byl potvrzen metaanalýzou výsledků 93 studií, ve kterých bylo léčeno 17 346 pacientů. Prokázalo se, že RCT má větší účinnost než indukční chemoterapie (dosud nejsou k dispozici výsledky indukční chemoterapie se zařazením taxanů TPF – docetaxel + platina + 5-fluorouracyl, a PPF – paclitaxel + platina + 5-fluorouracyl).

Nejrozšířenější model RCT je cisplatina v dávce 100 mg/m² třikrát během konvenčně frakcionované radioterapie nebo dvakrát v téže dávce během akcelerované radioterapie. Při alternativní frakcionaci radioterapie (hyperfrakcionaci i akcelerované radioterapii) je zlepšení přežití nemocných ještě významnější, stupňuje se však významně toxicita léčby. Přínos chemoterapie klesá s věkem.

Indukční (neoadjuvantní) chemoterapie (ICT)

Teoretickou výhodou ICT je relativně optimální distribuce cytostatika v nádorové tkáni díky jiné léčbě zatím neporušeným cévním zásobením nádoru. Další výhodou ICT je, že by měla časně eradikovat potenciální mikrometastázy. V léčbě karcinomu hrtanu se ICT uplatňuje jako indikátor pravděpodobné radiosenzitivity nádoru v rámci záchovných léčebných protokolů. Randomizované studie však v průběhu času ukázaly, že RCT je účinnější metodou, proto ICT nyní nepatří mezi standardní léčby

karcinomu hrtanu. Od roku 2007 se však v rámci ICT začaly používat taxany. Pokud randomizované studie potvrdí jejich účinnost, může se ICT dočkat své renesance, zejména v kombinaci s následnou RCT a alterovanou frakcionací radioterapie.

Sekvenční chemoterapie (SC)

Jako SC se označuje kombinace ICT s následnou RCT. V současnosti probíhá několik studií s ICT (PPF nebo PF) a následnou RCT.

Předběžné výsledky ukazují, že tato kombinace léčby zejména při zařazení taxanů by mohla být účinnější než samostatná RCT, ale toxicita léčby je značná. Do výsledku randomizovaných studií tedy zatím SC nelze považovat za standardní postup v léčbě pokročilých či neresekabilních karcinomů hlavy a krku.

Biologická terapie

Toxicita cytostatické chemoterapie nutí k hledání nových protinádorových léčebných pro-

středků, které by byly cílené na nádorové buňky a minimalizovaly poškození nenádorových buněk. U většiny karcinomů hlavy a krku je nalezena vysoká exprese receptoru epidermálního růstového faktoru EGFR (*epidermal growth factor receptor*). Proto byly vyvinuty inhibitory EGFR (např. cetuximab). Ten byl vyzkoušen v multicentrické mezinárodní randomizované studii srovnávající účinnost radioterapie proti bioradioterapii (radioterapii v kombinaci s podáváním cetuximabu) u pacientů s nemetastazujícím dlaždicobuněčnými karcinomy hrtanu, hypofaryngu a orofaryngu ve stadiu III a IV. Ukázalo se, že bioradioterapie zlepšuje lokální kontrolu i přežití pacientů, aniž by zvyšovala slizniční toxicitu 3. a 4. stupně. Nyní se čeká na výsledky studií, které srovnávají bioradioterapii s RCT, RCT s bioRCT či bioradioterapii s SC. Do té doby lze za standardní způsob léčby pokročilých karcinomů hlavy a krku považovat RCT s cisplatinou.

Chemoterapie v léčbě recidiv

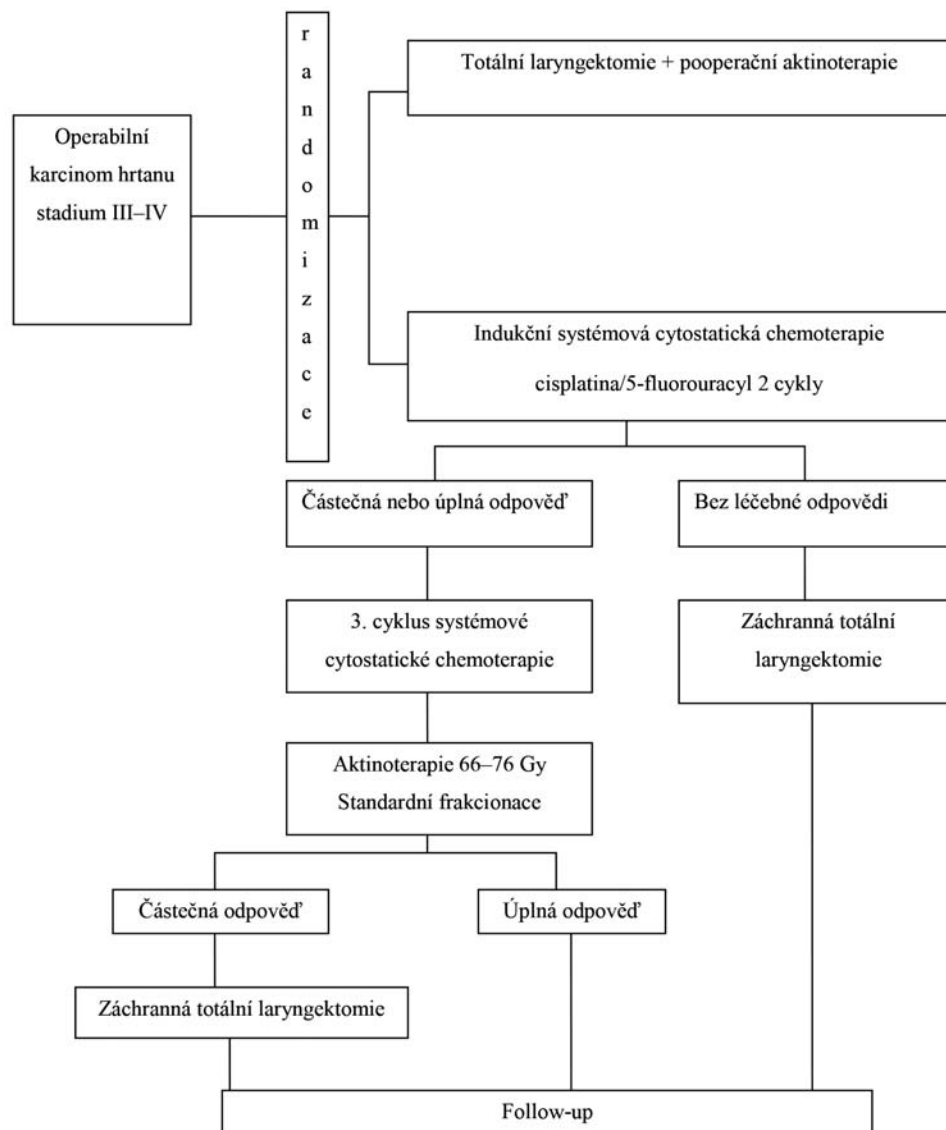
Jen málo pacientů s recidivou karcinomu hlavy a krku může být reoperováno nebo znovu ozařováno, proto zůstává chemoterapie často jedinou léčebnou metodou, bohužel paliativní. I indikace k její aplikaci závisí na celkovém stavu pacienta, symptomech recidivy a preferencích nemocného.

Určitou změnu v pohledu na význam chemoterapie v léčbě recidivujících karcinomů hlavy a krku přineslo zařazení biologické léčby. Studie EXTREME prokázala prodloužení přežití nemocných, kteří byli léčeni kombinací cis- nebo karboplatinou + 5-fluorouracylem v kombinaci s cetuximabem, proti nemocným, kteří byli léčeni jen platinou a 5-fluorouracylem, o 2,7 měsíce. Ačkoli význam této léčebné kombinace nelze přeceňovat, je to poprvé, kdy bylo nějakou léčebnou metodou dosaženo lepších výsledků v léčbě recidivujícího karcinomu hlavy a krku než standardní cytostatickou chemoterapií na bázi platiny.

Záchovné protokoly

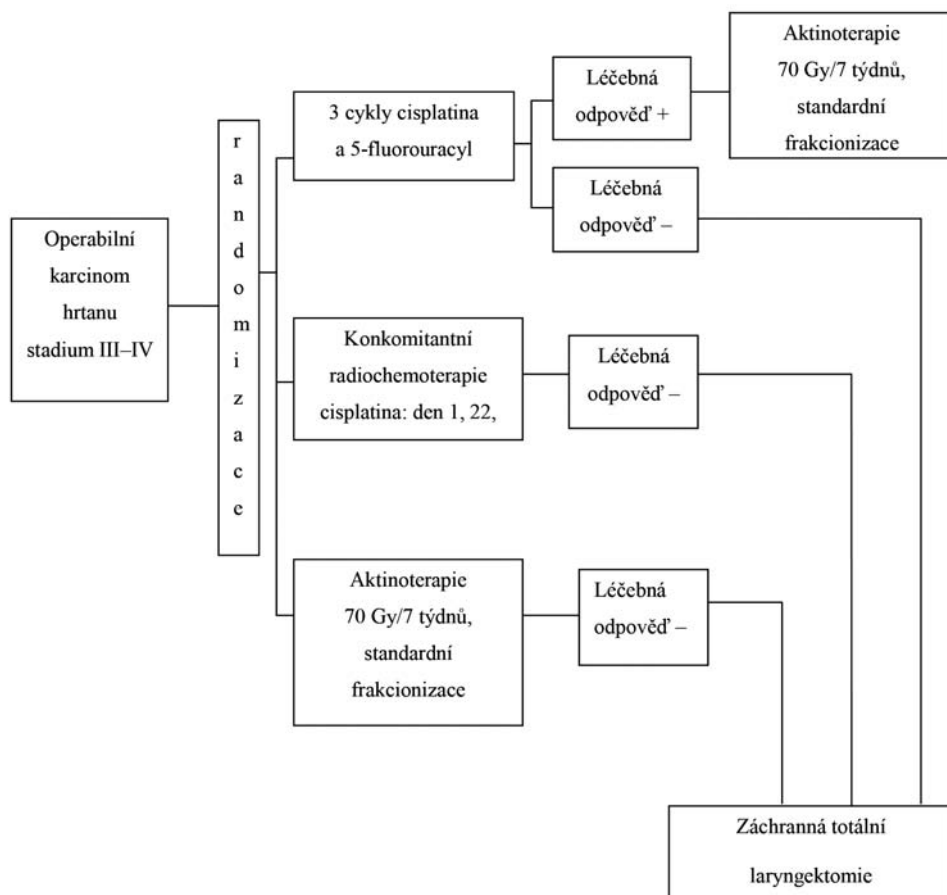
Část resekabilních karcinomů hrtanu je natolik rozsáhlá, že jejich odstranění vyžaduje totální laryngektomii. Protože odstranění hrtanu je nepochybně významnou mutilací pacienta, je nezbytné pokusit se najít léčebný postup, který by nezhoršoval vyhlídky nemocného na vyléčení a přitom funkci hrtanu zachoval. Tyto léčebné postupy se nazývají hrtan šetřící či záchovné protokoly.

První generace záchovných protokolů vycházela z výsledků tzv. VA protokolu z roku 1991. Tato multicentrická randomizovaná studie srovnávala výsledky léčby pacientů s pokročilým karcinomem hrtanu léčených do té doby standardním postupem – totální laryngektomií a pooperační radioterapií – a pacientů léčených ICT s následnou radioterapií (celkem bylo do studie zařazeno 332 pacientů) (viz obr. 1).



Obr. 1 Schéma záchovného protokolu 1. generace (VA protokol)

TRENDY V ORL



Obr. 2 Schéma záchovného protokolu 2. generace (studie RTOG)

Inzerce M151000190

Pacientům, kteří byli zařazeni do primárně nechirurgické skupiny, byly aplikovány 2 cykly systémové cytostatické chemoterapie (cisplatina a 5-fluorouracyl). Pokud byla zjištěna reakce na léčbu, byl aplikován 3. cyklus chemoterapie a následně byl pacient ozářen (LD 70-76 Gy konvenční frakcionací). V případě selhání léčby byla provedena záchraná totální laryngektomie. Výsledky léčby byly neobyčejně zajímavé. U 85 % pacientů léčených ICT byla zjištěna alespoň částečná odpověď na chemoterapii. U 31 % pacientů byla zjištěna úplná odpověď po dvou cyklech a u 49 % po třech cyklech ICT. 15 % pacientů na ICT nereagovalo regresí nádoru, proto byla provedena totální laryngektomie ještě před radioterapií. U 64 % pacientů v nechirurgické větvi studie se podařilo zachovat hrtan. Dvouleté přežití pacientů v obou ramenech studie bylo srovnatelné (68 %). Výsledky studie potvrdila i studie EORTC z roku 1996. Záchovné protokoly druhé generace vychází ze studie RTOG 91-11 (viz obr. 2). Ta vychází z VA studie a srovnává výsledky léčby pacientů s pokročilým karcinomem hrtanu léčených ICT (cisplatina

a 5-fluorouracyl s následnou radioterapií) (180 pacientů), RCT (cisplatina) (182 pacientů) a samostatnou radioterapií (185 pacientů). Nemocným s ICT byly aplikovány opět 2 cykly systémové cytostatické chemoterapie, pokud byla zjištěna léčebná odpověď, byl aplikován 3. cyklus a poté radioterapie LD 70 Gy ve standardní frakcionaci. Pokud odpověď zjištěna nebyla, byla provedena záchraná totální laryngektomie. Studie ukázala, že pětileté přežití je ve všech ramenech identické – zhruba 55 %. ICT nesnížila ve srovnání s RCT výskyt vzdálených metastáz. U 66 % pacientů, kteří byli léčení RCT, byl 2 roky po léčbě zachován hrtan (oproti 59 % pacientů s ICR a jen 53 % se samostatnou radioterapií). Tyto výsledky ustanovily RCT jako standardní postup v hrtan šetřících protokolech. Novou léčebnou strategii mohou do budoucna přinést výsledky randomizovaných studií s využitím taxanů a zejména biologické léčby (cetuximab).

MUDr. Aleš Čoček, Ph.D.¹,MUDr. Kateřina Licková², MUDr. Miloslav Ambruš²¹ORL klinika 3. LF UK a FNKV Praha²Klinika radioterapie a onkologie 3. LF UK

a FNKV Praha

Víte o novém portálu, na kterém se mohou vzdělávat všeobecné sestry a to navíc kdykoli z pohodlí domova?

Nový **vzdělávací portál** pro studium online a získání kreditů do kontinuálního vzdělávání **Edusestra.cz**

- **20 odborných** témat
- **Akreditované** kurzy
- **Certifikát ihned** ke stažení
- **Jediný poplatek** 480 Kč/2015

Kód pro 1 přednášku zdarma: MF15



ODBORNÉ AKCE

Jak podpořit bezpečí pacientů a kvalitu péče v Evropě

Kvalita zdravotní péče a bezpečnost pacientů úzce souvisí s větším zapojením pacientů do této péče, důkladnějším vzdáváním zdravotnických profesionálů a zaváděním systémů hlášení, které nebudou spojovány s restrikcemi a postihy zdravotníků. Shodli se na tom zástupci z řad lékařů, politiků a médií v rámci dvoudenního workshopu, který proběhl začátkem prosince v Římě.

Akci, zaměřenou na prohloubení bezpečnosti a kvality péče o pacienty, pořádala EU Consumers, Health and Food Executive Agency s cílem zvýšit povědomí evropské veřejnosti o této problematice a prezentovat výstupy z úspěšných projektů, zaměřených na tyto priority.

Priorita evropské politiky

Jak uvedl evropský komisař pro zdraví a bezpečnost potravin Vitenis Andriukaitis, problém bezpečnosti pacientů nabývá v evropském kontextu na významu. Každoročně se 8–12 procent hospitalizovaných pacientů potýká s nežádoucími událostmi spojenými se zdravotní péčí. Přibližně 37 tisíc pacientů pak umírá v důsledku nozokomiálních nákaz, z nichž mnohé jsou preventabilní. Nápady spojené s těmito infekcemi pak šplhají do výše až 7 miliard eur ročně.

Téma bezpečnosti a kvality zdravotní péče se proto stalo prioritou evropské politiky a bylo začleněno do Doporučení Rady EU v roce 2009 s apelem na zlepšení kontroly nozokomiálních infekcí. Směrnice 2011/24/EU dále upřesnila pravidla pro uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči a zaručila tak pacientům přístup ke zdravotní péči kdekoli v členských zemích Evropské unie.

Obavy z postihů brání nápravě

Na workshopu byla prezentována základní data ze souboru dokumentů o bezpečnosti pacientů, který byl zveřejněn v roce 2014 a který hodnotí vývoj v této oblasti. Pozitivních výsledků bylo dosaženo v řadě segmentů, zejména při vytváření národních programů pro bezpečnost pacientů a při zavádění systémů umožňujících pacientům hlásit nežádoucí příhody. V oblasti posilování účasti pacienta a při vzdělávání a odborné přípravě zdravotnických pracovníků jsou ještě výrazné mezeře, které je třeba dále řešit. V řadě zemí se také zdravotníci stále obá-



Panel expertů

vají hlásit nežádoucí příhody ze strachu z možného postihu. Podle expertů musí být systém hlášení nastaven tak, aby chyby sloužily k nápravě, nikoli k jejich utajování.

Během workshopu zazněly také příspěvky shrnující výstupy z evropských projektů zaměřených na zvýšení bezpečnosti a kvality zdravotní péče (*viz dále*). Jako kritický bod byl uveden monitoring nežádoucích událostí, který by měl fungovat jako spouštěč intervencí pro nápravu těchto událostí. Monitoring a *benchmarking* představují důležité nástroje jak pro hodnocení výkonů organizace, tak pro jejich kontinuální zlepšování. Přednášející také diskutovali o vhodných ekonomických indikátorech. Požadavky na jednotlivé indikátory a základní-



Willy Palm, zástupce Evropského kontrolního orgánu pro zdravotnické systémy a politiku (Belgie)

mi dimenzemi kvality péče se podrobněji zabýval profesor Walter Ricciardi z Národního institutu zdraví v Itálii.

Pacient v centru péče

Za nesmírně důležité považují experti posílení aktivní role pacientů a jejich postavení v centru zdravotního systému. Ačkoli tento koncept klade vyšší nároky na zdravotníky a jejich čas, investice do něj přináší opravdové benefity. Jak uvedl dr. Paul Barach, pacienti, kteří jsou dobře informováni o své zdravotní péči, činí lepší rozhodnutí. Tématem se blíže zabývala také zástupkyně Evropského fóra pacientů Kaisa Immonenová-Charalambousová. Zdůraznila, že systémy zdravotní péče potřebují změnu, přičemž pacient se musí změnit z pasivního příjemce péče na aktivního partnera podílejícího se na rozhodování o svém zdraví. To se však může odehrávat jen za předpokladu kultury otevřenosti a transparency. Pacient by měl mít pro své rozhodování přístup k informacím o zdravotní péči, které budou pro něj srozumitelné a smysluplné.

Prezentované projekty

Koordinátoři projektů – zaměřených na identifikaci specifických rizik v nemocnicích ve vztahu k bezpečí pacientů a zlepšení kvality péče v rámci zdravotního systému – pak podrobněji referovali o výstupech z těchto evropských aktivit.

● ARPEC

Rebecca Lundinová ze Švédska prezentovala projekt ARPEC (Antimicrobial Resistance and Prescribing in European Children), který se zabýval problematikou antimikrobiální rezistence v pediatrické péči. ARPEC se zaměřoval na zlepšení kvality preskripce antibiotik u dětí.

Do projektu, který probíhal v letech 2010–2013, bylo zařazeno 19 center z 12 evropských států a byly porovnávány *guidelines* z 84 center. Důvod, proč se projekt zaměřil na dětské pacienty, je vysoký výskyt infekcí v dětském věku, ale také vysoká spotřeba antibiotik v tomto věku. Autoři projektu objevili velké rozdíly v předepisování antibiotik napříč centry, a to ve smyslu zbytečné i nedostatečné preskripce. Variabilní byl také výskyt mikrobiální rezistence.

Dále bylo zjištěno, že se zbytečně často předepisují širokospektrá antibiotika. V 10 % center neměli vypracované *guidelines* pro antibiotickou preskripci a v 80 % center byly *guidelines* nekompletní. Ukázalo se také, že zatímco u dospělých pacientů nacházíme infekce spojené se zdravotní péčí u 13 %, v dětské populaci je to až 37 % pacientů. Mnoho z těchto infekcí je přítom preventabilních. Stávající neuspokojivou situaci by mělo zlepšit důslednější hlášení z nemocnic do Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), přepracování současných nástrojů pediatrické *surveillance*, vytvoření



Jesna Mesaric, Agentura pro kvalitu a akreditace ve zdravotnictví a sociálních službách (Řecko)

indikátorů kvality optimální nemocniční preskripce antibiotik a prohloubení vzdělávání pediatrů v oblasti antimikrobiální rezistence a racionální preskripce.

● PROHIBIT

Projekt PROHIBIT (Prevention of Hospital Infection by Intervention and Training), monitorující výskyt infekčních onemocnění v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí, představil Walter Zingg ze Ženevy, Švýcarsko. Cílem projektu bylo poskytnout globální perspektivu infekční kontroly v nemocnicích v rámci evropského regionu. Dr. Zingg konstatoval, že prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí lze zlepšit spíše uplatňováním příkladů dobré praxe než pomocí jednotlivých technologií. V závěru uvedl klíčová doporučení pro zlepšení stávající situace: vytvořit jednotnou evropskou strategii pro kontrolu infekcí, zřídit centrální autoritu pro tvorbu efektivních *guidelines*, realizovat mezinárodní workshopy pro trénink zdravotnických profesionálů a zlepšení nemocniční týmové práce a podporovat management nemocnic ve sledování hygienických standardů personálu. Řešit je třeba také nedostatek středního zdravotnického personálu a nízké platy zdravotníků, zejména v zemích východního bloku.

● IMPLEMENT

Uwe Frank z Německa seznámil účastníky s projektem IMPLEMENT (Implementing strategic bundles for infection prevention and management), zaměřujícím se na prevenci infekcí na jednotkách intenzivní péče. Existují sil-

ODBORNÉ AKCE



Timo Clemens, Maastrichtská univerzita (Nizozemsko)

né důkazy pro to, že jednoduché a levné intervence mohou minimalizovat riziko častých nozokomiálních nákaz, jako jsou ventilátorové pneumonie či infekce spojené se zavedeným intravaskulárním katétrem. Projekt zkoumal *guidelines* v nemocnicích 5 zemí, konzultoval problém se zdravotnickými profesionály, aby v závěru poskytl příklady dobré praxe, identifikoval překážky jejich zavádění do klinické praxe a nabídl strategie pro jejich překonání.



Prof. Filippo Crea, Katolická univerzita Nejsvětějšího Srdce (Itálie)

● EUNETPASS a PASQ

Projekty EUNETPASS (EU Network for Patient safety) a PASQ (Patient Safety and Quality), usilující o zvýšení bezpečí pacientů cestou většího zapojení a informovanosti pacientů do procesu léčby, představil Pascal Garel z Belgie. Propojení národních a mezinárodních účastníků zdravotní péče by mělo vést k lepšímu sdílení informací a expertízy a ustanovení mechanismů pro účinnější implementaci bezpečné klinické praxe a managementu kvality do systémů zdravotní péče. Kontaktní místa PASQ hrají důležitou roli pro koordinaci jednotlivých aktivit a jejich začleňování do národních plánů a strategií.

● ARHAI

Dominique Monnet ze Švédska informoval o aktivitách ECDC v oblasti řešení problému nozokomiálních infekcí a souvisejícím programu ARHAI (Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infections). Připomenul, že role ECDC spočívá zejména v identifikaci a posuzování zdravotních hrozeb, vydávání varování, technické asistenci, edukaci a komunikaci s odbornou i laickou veřejností.

● DAYSAFE

Na podporu jednodenní chirurgie v rámci evropského regionu se zaměřoval průzkum DAYSAFE, o němž referoval Roberto Cnesotto z Itálie. Jednodenní chirurgie se ukazuje být jednou z možností pro zlepšení veřejného zdraví, a sice z důvodu, že je dostupnější díky cost-efektivitě, kratším čekacím



dobám a bezpečnější díky kratší expozici nozokomiálních nákazám a oddělení jednoduchých výkonů od výkonů nálehavých a složitých. Dále umožňuje účinnější využití personálu a operačních prostor a v neposledním řadě pacientovi čas. Autoři projektu identifikovali významné nedostatky v politice jednodenní chirurgie. Jednalo se o problémy s financováním, organizací i bezpečím pacientů. Výstupy z projektu budou implementovány do doporučení, která by měla managementu nemocnic a politikům usnadnit začleňovat a rozšiřovat jednodenní chirurgii do systému zdravotní péče.

● EURHOBOP

Kvalitou péče na koronárních jednotkách se zabýval projekt EURHOBOP (EUROPEAN HOSPITAL Benchmarking by Outcomes in Acute

Coronary Syndrome Processes), o němž přinesl informace Jaume Marrugat De la Iglesia ze Španělska. *Benchmarking* představuje účinný nástroj pro hodnocení kvality zdravotní péče. Projekt sledoval výskyt mortality spojené s hospitalizací pro akutní infarkt myokardu a prováděnými koronárními intervencemi. Autoři vyvinuli prediktivní algoritmus založený na klíčových determinantech nemocničních úmrtí. Algoritmus se zaměřuje na klíčové klinické základy, jako je koronární angiografie, trombolýza a perkutánní intervence, a poukazuje na charakteristiky (pacientů, nemocnice a jednotlivých zemí) ovlivňující mortalitu pacientů.

● DUQUE

Výsledky projektu DUQUE (Depending our Understanding of

Quality Improvement in Europe), usilujícího o zlepšení kvality péče v evropských nemocnicích, představil Charles Bruneau. Projekt, do něhož bylo začleněno téměř 200 nemocnic z 8 evropských zemí, zkoumal vztah mezi managementem kvality, organizační kulturou, zapojením profesionálů a pacientů a výslednou kvalitou nemocniční péče. Autoři zjistili, že pacientské bezpečnostní strategie nejsou plně implementovány, přičemž problém je spíše na úrovni jednotlivých oddělení než na úrovni nemocničního managementu kvality. Odlišnosti v kvalitě péče se pak vyskytují spíše v rámci jednotlivých zemí než mezi nimi. Výstupem je dokument nabízející sedm strategií pro zlepšení kvality a bezpečí v nemocnici.

MUDr. Andrea Skálavá

Inzerce M141001424

- účinný na suchý i vlhký kašel
- šetrný sirup rostlinného původu
- bez lékových interakcí
- 200 ml balení

BOIRON®
www.stodal.cz

STODAL, sirup. Složení: 100g sirupu obsahuje: Drosera tinktura 0,95g, Pulsatilla 6 CH 0,95g, Rumex crispus 6 CH 0,95g, Bryonia 3 CH 0,95g, Ipecacuanha 3 CH 0,95g, Euspongia officinalis 3 CH 0,95g, Sticta pulmonaria 3 CH 0,95g, Kali stibii tartaras 6 CH 0,95g, Myocardium 6 CH 0,95g, Dactylopius coccus 3 CH 0,95g, Balsami tolutani sirupus 19,00g, Polygalae sirupus 19,00g. Pomocné látky: ethanol 96% V/V (součást tinktury), sacharóza (součást sirupů), karamel, kyselina benzoová, prostý sirup. Indikace: Tradiční rostlinný léčivý přípravek používaný na všechny typy kašle. Dávkování a způsob podání: Perorální podání. Děti od 2 let do 4 let: 1 čajová lžička (2,5ml) 3-5x denně. Děti od 5 do 11 let: 1 čajová lžička (5ml) 3-5x denně. Dospělí a mladiství od 12 let: 1 polévková lžice (15ml) 3-5x denně. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Zánět žaludku (gastritis), žaludeční vředy. Upozornění: Tento léčivý přípravek obsahuje 1,74% V/V ethanolu (alkohol). Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se závažnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficiencí by tento přípravek neměli užívat. Nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. 1 čajová lžička (2,5ml) obsahuje 0,0345g ethanolu a 1,875g sacharózy. 1 čajová lžička (5ml) obsahuje 0,069g ethanolu a 3,75g sacharózy. 1 polévková lžice (15ml) obsahuje 0,206g ethanolu a 11,25g sacharózy. Množství alkoholu v této dávce odpovídá 2,18ml vína nebo 5,22ml piva. Užití tohoto přípravku je škodlivé pro alkoholiky. Obsah ethanolu je nutno vzít v úvahu u těhotných a kojících žen, děti a vysoce rizikových skupin, jako jsou pacienti s jaterním onemocněním, mozkovým onemocněním, poraněním mozku nebo epilepsií. Interakce: Nejsou známy. Z důvodu nedostatku specifických údajů je použití přípravku v těhotenství a při kojení nedoporučuje. Nežádoucí účinky: U citlivých osob se mohou objevit zažívací obtíže. Žádný případ předávkování nebyl dosud zaznamenán. Farmakoterapeutická skupina: Fytofarmakum. Držitel rozhodnutí o registraci: BOIRON S.A., 20 rue de la Liberation, Sainte-Foy-les-Lyon, Francie. Registrační číslo: 94/700/92-C. Datum revize textu: 19. 9. 2013. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. Přípravek je k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

SEXUOLOGIE

Jeřáb není řešení

O příčinách a možnostech terapie předčasné ejakulace a erektilní dysfunkce jsme hovořili s klinickým psychologem Sexuologického ústavu VFN a 1. lékařské fakulty UK **prof. PhDr. Petrem Weissem, Ph.D., DSc.**

Představují právě tyto dvě dysfunkce nejčastější problémy, se kterými muži přicházejí za sexuologem?

Ano, trpí jimi více než polovina mužů mezi 35 a 65 lety věku. Platí, že počet mužů s erektilní dysfunkcí vzrůstá s narůstajícím věkem. Předčasná ejakulace se obecně přisuzuje naopak skupině mladých mužů.

To svádí k představě, že když se vám objeví ve dveřích ordinace mladíček nebo naopak pán středního věku, můžete si tipnout. Opravdu je to tak prosté?

Není. Už proto, že předčasná ejakulace se samozřejmě netýká pouze mladých mužů, ale i těch středního a staršího věku. Oni totiž „předčasní ejakulátoři“ jsou dvojího druhu. První je astenický, tam platí, že čím déle trvá navození erekce, tím kratší dobu pak erekce vydrží. Druhý typ, a právě u něj se setkáváme i s muži ve starším věku, je virilní – bývá to dobře testosteronově zásobený, dobře vzrušivý muž, který je schopen styk opakovat, rychle se vzruší, ale také vydrží kopulovat poměrně krátkou dobu.

Vyskytují se předčasná ejakulace a erektilní dysfunkce běžně i u stejného pacienta?

Není to vůbec výjimečné, obě se někdy vyskytují u astenického typu „předčasných ejakulátorů“, ale pravdou je, že většinou sexuologičtí pacienti trpí pouze jednou z těchto dysfunkcí. On dostatečně obtížný je výskyt i pouze jedné z nich. Muž, který začíná erektilně selhávat, ztrácí sebevědomí, často ho jeho situace zneurotizuje, znejistí, v myšlenkách se k problému neustále vrací. Toto trápení se stane dominantou jeho života. Přitom jde v naprosté většině o problém, kterého se může zbavit.

Je erektilní dysfunkce problém tolika mužů až v současnosti, nebo dříve jen chyběla data?

Určitě to trápí muže odjakživa. Erektlní dysfunkce nejsou jen organického původu, ale hlavně u mladých mužů bývají spíše psychogenního charakteru. Jsou u nich způsobené nejistotou v sexuální oblasti, nedostatkem sebevědomí a především anticipační úzkostí. Mladý muž, když se odhodlá k prvnímu sexuálnímu styku, při něm relativně často erektilně selže. Podle jednoho německého výzkumu s vysokoškolskými studenty jich při prvním pokusu o soulož selhával erektilně až 41 procent. To se prostě stává, někteří ale reagují tím, že zúzkostní a příště už místo spontánního

prožívání milování zaujmou roli pozorovatele, příliš přemýšlí nad tím, co právě udělat – a to vede k novému selhání, což zvyší anticipační úzkost čili strach, se kterým přistupují k dalšímu milování.

Ví se, jak velká část mužů, které erektilní dysfunkce trápí, s tím vůbec jde za odborníkem?

Dělali jsme výzkum na reprezentativním souboru českých mužů středního věku, zúčastnilo se ho více než 2000 respondentů. Zjistili jsme, že ačkoli až 54 procent z nich uvedlo erektilní dysfunkci, z toho více než čtvrtina tak závažnou, že by nutně vyžadovala odbornou péči, pouze 19 procent z nich skutečně o svém problému vůbec promluvílo s lékařem nebo s jiným odborníkem. Ještě méně se pak skutečně léčilo. Alarmující na těch údajích bylo, že v naprosté většině případů, kdy pacient s odborníkem vůbec promluvil, byl iniciátorem toho rozhovoru právě pacient. Lékaři se na to zkrátka neptají. Přitom víme, že více než polovina pacientů kardiologů, diabetologů, internistů trpí erektilní dysfunkcí, ale lékař se to nedozví, protože pacienti sami nemají odvahu o tom začít mluvit. Domnívají se, že prvního se přece týká jen srdce a druhého jen cukr. Ale například erektilně selhávání o dva roky předbývá první infarkt myokardu.

Žijeme v době internetové. Na webu jsou i na erektilní dysfunkci k mání báječné rady a věci, od „zaručeně pravých léků“ na předpis až po sobí parůžky. Proč je to tak skvělý kšeft?

Muži se s tím bojí někam jít, stydí se. A je tu také nevzdělanost lidí, předsudky, dosud nepřekonané mýty v této oblasti. To všechno přispívá k tomu, že řada mužů kupuje raději falešné a často i nebezpečné léky na internetu jen proto, že koupit si je nevyžaduje recept. Pacienti jsou ochotnější utrácet tisíce korun i za naprosto neúčinné potravinové doplňky místo toho, aby zašli za lékařem a nechali se vyšetřit. Bylo by to lepší i proto, že příčinou erektilní dysfunkce mohou být závažná systémová onemocnění.



Foto: Luboš Wišňewski / E15

Představte si odpověď Rudolfa Hrušínského coby lékaře ve Vesničce mé střediskové, kdyby se pacient odvážil postěžovat si i na problém s erekcí... Co by mu poradil?

On by mu v tom filmu asi odpověděl jako na všechno: „To já taky mám.“ Ale vážně. Ony v minulosti ani nebyly k dispozici příliš účinné prostředky jak pomoci zejména u organických erektilních dysfunkcí, častých například u kardiaků a diabetiků. Chápu, že dříve se do toho praktici moc nepouštěli, ale dnes máme k dispozici právě proti erektilní dysfunkci dokonce čtyři velmi účinné léky, z nichž ten poslední, na bázi avanafilu, má velmi rychlý nástup a zároveň minimum nežádoucích účinků. Tyto léky jsou schopny pomoci až 92 procentům pacientů s erektilní dysfunkcí. Preskribovat léky na erektilní dysfunkci může praktický lékař i specialista. Velmi účinný lék máme od loňska i na předčasnou ejakulaci. Předpokládám, že příští sexuální revoluci bude znamenat nějaký lék na sexuální dysfunkce u žen, tam nic ve farmakoterapii k dispozici nemáme.

Na erektilní dysfunkci je – podle mnoha mužů – nejlepším lékem výměna sexuální partnerky. Co říkáte tomuto receptu?

Určitě to není levnější, protože investovat do ženy je obvykle mnohem náročnější než investo-

vat do léku. A samozřejmě v naprosté většině případů, o nichž my hovoříme, výměna partnerky opravdu nepomůže. U mužů středního a vyššího věku erektilní dysfunkce výrazně převládají organické příčiny. Jen u mladých mužů převládají příčiny psychogenní.

Takže mladého pacienta poslat za sexuologem psychologem či psychiatrem, staršího – kam?

Na to je velmi jednoduchá odpověď. Praktik sám může okamžitě rozlišit, ke komu pacienta s erektilní dysfunkcí poslat. Stačí zeptat se ho, zda má zachované ranní erekce a masturbací erekce. Pokud selhával pouze s partnerkou, jde o problémy psychogenního charakteru.

Jsmo národ koumáků a kutilů. Objevil se vám v ordinaci nějaký pacient, který v boji s erektilní dysfunkcí vynalezl nějakou vlastní, originální metodu?

Nedávno jsem měl pacienta, který si vytvořil jakousi podpůrnou konstrukci na penis, do které penis bez erekce zasunul. Pak ho jako na jeřábu, i s tou konstrukcí, penetroval do vagíny. Když už byl ve vagíně, dostavila se i erekce. To celé ale moc nefungovalo a pro partnerku to také asi nebyl právě pozitivní zážitek. Ani jeřáb tedy nebyl řešením, takže se ten muž přece jen obrátil na sexuologa.

Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.

* 11. července 1954

český sexuolog, klinický psycholog a psychoterapeut

V roce 1978 vystudoval psychologii na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze, kde získal v roce 1980 i doktorát. Na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci získal v roce 1999 titul Ph.D. a posléze se stal i docentem (roku 2000) a profesorem klinické psychologie (roku 2003). V roce 2014 mu byl Akademií věd ČR udělen titul DSc. K sexuologii se podle vlastních slov dostal náhodou.

Pracoval na sexuologických odděleních psychiatrických léčeben v Horních Beřkovicích a Praze-Bohnicích. Pracuje jako klinický psycholog v Sexuologickém ústavu Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK a od roku 2001 přednáší sexuální psychologii na Filozofické fakultě UK. Je také vědeckým sekretářem České se-

xuologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Působí jako soudní znalec v odvětví psychiatrie, specializace klinická psychologie a sexuologie.

Sám nebo se spoluautory od roku 1981 publikoval více než 240 odborných článků, zaměřených především na problematiku sexuálních deviací a sexuálních dysfunkcí, v domácních i zahraničních odborných časopisech. Je autorem či spoluautorem řady významných monografií.

Účastnil se rovněž přípravy a realizace několika osvětových filmů o xenofobii, sexuální výchově a problematice HIV/AIDS a drog pro ČT, pro Febio, pro Nadaci podpory zdraví a pro Státní zdravotní ústav.

Žije a působí v Praze.

„Vydáváme knihy, které mají cenu.“

Naše knihy, které získaly ceny:



Alzheimerova demence v praxi, Vanda Franková a kol.

- Národní psychiatrická cena profesora Vladimíra Vondráčka za rok 2012

Dětská alergologie, Vít Petruš a kol.

- Cena předsednictva České lékařské společnosti JEP za nejlepší odborné knižní publikace za rok 2012

Léčba bolesti, Marek Hakl a kol.

- Cena Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP za nejlepší knižní publikaci za rok 2011

Léčba pooperační bolesti, Jiří Málek, Pavel Ševčík a kol.

- Cena ČSARIM za nejlepší knižní publikaci za rok 2009

Neonatologie, Jan Janota, Zbyněk Straňák a kol.

- Cena předsednictva České lékařské společnosti JEP za nejlepší odborné knižní publikace za rok 2013

O malém vzrůstu, Jaroslav Škvor

- Výroční cena Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem za rok 2010 za vědeckou a publikační činnost v kategorii „Publikace“

Očkování v speciálních situacích, Miloš Jeseňák, Ingrid Urbančíková a kol.

- Cena Slovenské infektologické společnosti za publikaci za rok 2013

Psychiatrie v primární péči,

Ján Praško, Klára Látalová a kol.

- Kuffnerova cena za nejlepší publikaci s psychiatrickou tematikou vydanou tiskem za rok 2013

Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u dětí, Miloš Jeseňák, Zuzana Rennerová, Peter Bánovčín a kol.

- Cena Slovenské pediatrické společnosti za nejlepší publikaci za rok 2012

Roztroušená skleróza, Eva Havrdová a kol.

- Cena ČNS za nejlepší monografii či učební text za rok 2013
- Cena ČSAKI Dr. Josefa Lišky za rok 2013 v kategorii knižní publikace

Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa, Jiří Nevala et al.

- Cena České gastroenterologické společnosti ČLS JEP za nejlepší monografii v oboru gastroenterologie za rok 2013

**MEDICAL
SERVICES**

Napsali jste knihu?
Vydejte ji s námi!

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

TRENDY V OFTALMOLOGII

Léčba syndromu suchého oka

Syndrom suchého oka (SSO) patří k nejčastějším příčinám návštěv pacientů u oftalmologa. Jeho incidence vzrůstá s věkem, mezi 48 a 59 lety věku je postiženo 10,7 % pacientů a u osob starších 80 let dokonce 17,9 %.

Syndrom suchého oka je definován jako multifaktoriálně podmíněné onemocnění slz a povrchu oka, které je příčinou subjektivních obtíží pacienta, zhoršení zraku a nestability slzného filmu s následným poškozením povrchových tkání oka. Slzný film se skládá se ze tří základních vrstev. Zevní – tuková – vrstva je tvořena Meibomskými žlázkami víček a zabraňuje rychlému odpařování slz. Prostřední – vodnatá – vrstva je produkována slznou žlázou a Zeissovými a Mollovými žlázkami víček. Povrchové tkáňe oka hydratuje, vyživuje a chrání před infekcemi, vyplavuje také cizí tělíska. Vnitřní – hlenová – vrstva je tvořena pohárkovými buňkami spojivky. Zajišťuje spojení slz s povrchem rohovky a vyrovnává její nerovnosti.

Příčiny syndromu

Zhruba 20 % pacientů se SSO tvoří pacienti se sníženou tvorbou vodné složky, ve 20 % se kombinuje pokles tvorby slz a porucha tukové vrstvy při dysfunkci Meibomských žlázek (DMŽ) a 60 % pacientů trpí pouze DMŽ. Snížená tvorba vodné složky slz a nekvalitní povrchová tuková vrstva slzného filmu, způsobující rychlejší odpařování vodné vrstvy s jejím ztenčením, vedou k nestabilitě slzného filmu se zvýšením jeho osmolarity, rozvoji zánětu a dalšímu poškození povrchových tkání oka. Všechny uvedené faktory vytvářejí „bludný kruh“.

Tvorba vodné složky je porušena jednak u pacientů s primárním Sjögrenovým syndromem a sekundárním Sjögrenovým syndromem (při systémových onemocněních pojiva a revmatických chorobách) a jednak u non-Sjögrenovy etiologie při onemocnění slzné žlázy (např. *graft versus host* reakce), při obstrukci vývodů slzných žlázek (jizevnatý pemfigoid, stavy po poleptání) nebo reflexní (kontaktní čočky, obrna lícního nervu). DMŽ je definována jako chronická difúzní abnormalita Meibomských žlázek při obstrukci jejich vývodů a/nebo změnách jejich sekretu a může být primární či sekundární při lékové toxicitě (antidepressiva, antihistaminika, hormonální léčba v menopauze)

nebo kožních chorobách (atopie, psoriáza).

Klinické důsledky

Důsledkem dysfunkce slz jsou porušené mezibuněčné spoje mezi epitelovými buňkami rohovky, které se navíc abnormálně diferencují, urychleně odlučují, podléhají apoptóze a posléze keratinizují. Povrch rohovky začíná být nepravidelný, to způsobuje rozptýl světla, expozici a iritaci rohovkových nociceptorů. Snižuje se také počet pohárkových buněk spojivky.

Syndrom suchého oka se vyznačuje převahou subjektivních obtíží nad objektivním nálezem. K nejčastějším subjektivním potížím patří únava, pocit sucha, tlaku až bolesti očí, časté mrkání, pálení, řezání, někdy i svědění a přítomnost lepkavého hleu. Závažná stadia SSO pak vedou ke světloplachosti, zhoršenému a kolísavému vidění, dokonce mohou výrazně snižovat kvalitu života a být příčinou funkční a pracovní neschopnosti.

Vyšetření

K základním vyšetřovacím metodám u SSO patří Schirmerův test ke stanovení množství slz, *break-up time test* (BUT) k určení kvality slz a barvení lisaminovou zelení, které ozřejmí epitelální buňky spojivky a rohovky se sníženou vitalitou. K neinvazivním metodám patří hodnocení tzv. Lipcoffova příznaku, tedy výskytu řas bulbární spojivky paralelních s okrajem dolního víčka. Význam má provedení exprese Meibomských žlázek a posouzení kvality sekretu nebo měření osmolarity slzného filmu. Subjektivní obtíže pacientů s SSO posuzujeme pomocí dotazníků, nejčastěji používaný je dotazník OSDI (ocular surface disease index).

SSO rozdělujeme podle závažnosti do čtyř stadií, podle frekvence a závažnosti subjektivních obtíží, přítomnosti zrakových obtíží, podle kvantity a kvality slzného filmu a přítomnosti anatomických změn (zarudnutí spojivky, defekty epitelu rohovky, abnormality víček a vývodů Meibomských žlázek).

Možnosti léčby

Léčba SSO závisí na příčině a pokročilosti klinického nálezu. Je



ilustraci foto: Shutterstock

jím cílem je zajistit dostatečné svařování povrchu oka a zabránit vzniku komplikací. U všech pacientů s SSO je důležité podrobné poučení o charakteru onemocnění. Je nutno upozornit na chronicitu onemocnění s nutností dlouhodobé, někdy i doživotní péče o oči. Nezbytná bývá úprava životního stylu a prostředí s eliminací vyvolávajících faktorů a s udržením slzného filmu. Nevhodné je zejména prašné a zakouřené prostředí, také klimatizace a vítr zhoršují obtíže pacientů. Vhodná je i úprava stravovacích návyků. Rozmanitá strava respektující zásady zdravé výživy by měla obsahovat dostatek kvalitních tuků a nenasycených mastných kyselin, vitaminy a stopové prvky. Nezbytná je také léčba onemocnění víček.

U mírné formy SSO většinou postačuje aplikace umělých slz. Jejich základem jsou deriváty celulózy, polyvinylalkoholu, hyaluronát sodný a mukomimetika. Ideální jsou umělé slzy bez konzervačních látek, neboť ty

tizánětlivou léčbu steroidy nebo imunosupresivy (zejména blokátory T lymfocytů – cyklosporin A a tacrolimus) podáváme i systémově, pozor musíme dát zejména na jejich nefrotoxicitu a elevaci krevního tlaku. V indikovaných případech použijeme mukolytika. Podáváme autologní sérum nebo trombocytární oční kapky, které zvlhčují povrch oka a podporují proliferaci a diferenciaci buněk. Obsahují růstové a neurotrofní faktory, vitaminy i základní nutriční komponenty. Antiinfekční působení je zajištěno lysozymem a imunoglobuliny. Autologní sérum je navíc velmi šetrné pro slzám podobné biochemické a biomechanické vlastnosti, jakými jsou pH a osmolarita. U pacientů s nehojícími se sterilními defekty můžeme přechodně aplikovat kontaktní čočky, které však paradoxně svou hydrataci snižují hydrataci vlastní rohovky. Chirurgická léčba pak spočívá v korekci víčkových abnormalit a sešití víček při nehojících se defektech nebo hrozcí perforaci rohovky při rohovkových vředech.

Léčba DMŽ se řídí závažností klinického obrazu. Pacienty informujeme o dietních opatřeních a úpravě prostředí, potenciálních nežádoucích účincích léčiv a o významu víčkové hygieny, aplikujeme lubrikancia nahrazující lipidovou složku (např. liposomální spreje). U závažných stavů podáváme dlouhodobě tetracyklinová antibiotika místně i systémově pro jejich nejen antimikrobiální, ale i protizánětlivé účinky. V indikovaných případech přidáváme místně nebo i celkově steroidy.

Speciální chirurgické léčebné metody zahrnují transplantaci sliznic z ústní a nosní dutiny u pacientů s deficitem mucinové složky. Při deficitu limbalních kmenových buněk provádíme autologní nebo alogenní transplantaci kmenových buněk, případně transplantaci amniové membrány.

SSO představuje závažný socioekonomický problém, může výrazně snižovat kvalitu života pacienta a vést dokonce k pracovní neschopnosti. Proto je nutné onemocnění včas diagnostikovat, určit příčinu a cíleně a efektivně léčit.

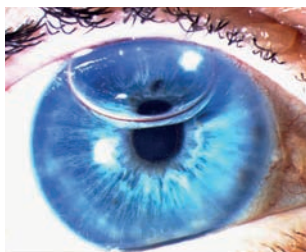
Lamelární transplantace rohovky

– nová dimenze oční mikrochirurgie na oční klinice Lexum

Mikrochirurgická technika se v oftalmologii rozvíjí velmi rychle a díky miniaturizaci a zavádění nových technologických procesů se i transplantace rohovky dostala do nových rozměrů. Moderní transplantologie umožňuje provádět také tzv. lamelární transplantace – tedy výměnu některé vrstvy rohovky se zachováním části rohovky vlastní. Evropská oční klinika Lexum patří mezi přední chirurgická zařízení v České republice provádějící i takto náročné zákroky.

Když dr. Zirm v roce 1905 v Olomouci jako první na světě provedl penetrující keratoplastiku, netušil, kam se za více než 100 let transplantologie rohovky dostane. Rohovková transplantace patří k neúspěšnějším alogenním transplantacím v lidském těle. Tím, že je rohovka avaskulární tkáň, nedovoluje imunitnímu systému ve větší míře rozpoznat dárčovské antigeny a rejekční reakce se vyskytují jen v řádech několika procent. Imunologická reaktivita je vyšší u mladých jedinců a s věkem klesá. Některá onemocnění způsobují navýšení imunokompetentních Langerhansových buněk v rohovce, zvláště tam, kde rohovkové onemocnění způsobuje vaskularizaci rohovky. Cévní kmeny umožní rozpoznat imunologicky aktivní rohovku a obvykle vedou k vyššímu počtu odhojovacích reakcí. Tyto odhojovací reakce jsou však ve většině případů léčitelné. Pokud se rohovka díky imunologické privilegovanosti chová inertně, zůstává komplikací perforující keratoplastiky především refrakční chyba, tím že výměnou celé rohovky měníme dvě třetiny celého optického systému oka, tj. přibližně 42 dioptrií.

Moderní transplantologie umožňuje dnes ve více než 90 % případů provádět tzv. lamelární transplantace – tedy výměnu některé vrstvy rohovky se zachováním části vlastní rohovky. Prvním typem lamelární transplantace je tzv. hluboká přední lamelární keratoplastika (deep anterior lamellar keratoplasty, DALK), kde provádíme výměnu povrchových vrstev rohovky společně s celým stromatem až k Descemetově membráně. Celistvost nitroočního prostoru zůstává zachována. Takováto transplantace je indikována u všech onemocnění rohovky, u kterých zůstává fyziologická vrstva endotelu a Descemetovy membrány – keratokonus, některé rohovkové dystrofie (nejčastěji stromální), rohovkové jizvy hluboké bez penetrace do přední komory a jizvy po zánětech rohovky. Druhým typem lamelární transplantace je zadní lamelární



Téměř průhledná rohovka 1. pooperační den po transplantaci Descemetovy membrány

ní transplantace, kdy zůstává zachována celá rohovka mimo Descemetovy membrány a endotelu, který je vyměněn za novou dárčovskou lamelu. Rozlišujeme několik typů těchto zadních lamelárních transplantací: transplantace Descemetovy membrány s endotelem (DMEK), transplantace Descemetovy membrány s endotelem společně s různě silnou vrstvou stromatu (DSAEK). Rozdíl mezi oběma tkví především v pooperační výsledné zrakové ostrosti, kdy DMEK je v tomto ohledu preciznější metodou, s nižším počtem komplikací, ale s výrazně delší učební křivkou chirurga a s větší časovou a technickou náročností celé operace.

Indikací k transplantaci Descemetovy membrány jsou všechny poruchy endotelu a Descemetovy membrány – Fuchsova endotelialní dystrofie, zadní polymorfni dystrofie, nedostatečnost endotelu po rohovkových transplantacích a iatrogeně porušený endotel po nitroočních operacích. Lamelární transplantace rohovky provádí v České republice v současnosti jen několik očních chirurgů na lůžkových či ambulantních zařízeních, obvykle v lokální anestezii spojené s analgosedací nebo jen v čisté lokální anestezii. U neklidných pacientů je třeba operaci provádět v celkové anestezii.

Chirurgická technika

Rohovka je k transplantaci připravena tkáňovou bankou. Po komplexním sérologickém vyšetření včetně testů na priony a zhodnocení kvalitativních a kvantitativních parametrů celé rohovky je rohovka

připravena a expedována chirurgovi. Přípravu lamely provádí sám chirurg před vlastní transplantací. **DALK** – přední lamelární transplantace – po odtrepanování a odstranění lamely až na Descemetovu membránu je naložen transplantát bez Descemetovy membrány a rohovka je přišita neresorbovatelným materiálem jednotlivými stehy nebo pokračující suturou. Nedochází k narušení nitroočního prostoru a kontaktu lymfocytů z přední komory s dárčovskou rohovkou. Velkou výhodou této transplantace proti penetrující keratoplastice je výrazně nižší výskyt imunologických reakcí. Refrakční výsledky jsou obdobné jako u penetrující keratoplastiky. Stehy se extrahují přibližně po jednom roce.

DMEK – transplantace Descemetovy membrány je provedena po odstranění nemocného endotelu s Descemetovou membránou

a bezdotykovou metodou je lamela o tloušťce 4 mikrometrů rozvinuta a nalepena na stromální lůžko velkou bublinou vzduchu – jedná se o bezstehovou techniku prováděnou řezem velkým 2,5 mm. Velkou výhodou této lamelární transplantace je kromě nízké imunologické aktivity (s výskytem rejekčních reakcí do 1 %) velmi rychlá rehabilitace (obvykle do 3 měsíců) k fyziologickému vidění před onemocněním rohovky ve více než 85 % případů (visus lepší než 0,8). V porovnání s délkou hojení po penetrující keratoplastice, která obnáší přibližně 1–2 roky bez možnosti zaručení takto skvělých refrakčních výsledků.

Na Evropské oční klinice Lexum provádíme lamelární transplantace v ambulantním režimu jednodenní chirurgie v celém rozsahu. Nejčastější transplantací v posledních 2 letech je DMEK (v 70 % při-



Lékařská ředitelka Evropské oční kliniky Lexum doc. MUDr. Zuzana Hlinomazová, Ph.D.

padů), dále DALK a penetrující keratoplastika. Evropská oční klinika Lexum patří mezi přední chirurgická zařízení v České republice provádějící tyto zákroky. Je zaštiťována dvěma odborníky v této problematice – prof. MUDr. Martinem Filipcem, CSc., a doc. MUDr. Zuzanou Hlinomazovou, Ph.D.

„Transplantace rohovky se v posledních letech dostala do zcela nové dimenze. Možnost návratu zraku s dokonalým funkčním výsledkem pomocí transplantované lamely jen 4 mikrometry silně všem pacientům s poruchou endotelu považuji za jeden z největších pokroků v oftalmologii za posledních několik let,“ dodává docentka Hlinomazová. (red)

Léky snižující obsah železa v mozku mohou zpomalit průběh Parkinsonovy nemoci

Evropská komise pro výzkum a inovace schválila podporu výzkumnému projektu FAIRPARK-II, který bude studovat možnost zpomalení průběhu Parkinsonovy nemoci pomocí látky snižující obsah železa v mozku.

„Je skvělou zprávou, že součástí tohoto evropského projektu je i tým lékařů a výzkumníků z Neurologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice. Možnost zúčastnit se studie budou mít tedy i čeští pacienti trpící Parkinsonovou nemocí,“ uvedl děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc. Parkinsonova choroba je druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění. Podle odhadů jím v ČR trpí 14–18 tisíc lidí. Ačkoli je od 60. let 20. století známo, že porušená hybnost a třes u této choroby jsou způsobeny degenerací neuronů produkujících dopamin, nejsou doposud jasné příčiny jejich zániku ani možnosti jak mu zabránit. „V současné době máme léky, které účinně tlumí příznaky, ale zastavit nebo alespoň zpomalit průběh Parkinsonovy nemoci zatím nedokážeme. Dosavadní pokusy vyvinout neuroprotektivní léčbu, tedy postup, který by zpoma-



lil zánik nervových buněk, byly neúspěšné,“ vysvětluje přednostka Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc. Nemocní Parkinsonovou chorobou

mají nejvíce postiženy degenerativními změnami nervové buňky produkující dopamin. Je zjištěno, že obsahují až dvojnásobné množství železa než u zdravého člověka. „Vysoký obsah železa je pro nervové buňky toxický a může způsobit jejich zánik, což dokazuje existence vzácných dědičných onemocnění s hromaděním železa v mozku,“ doplnil koordinátor studie prováděné v pražském centru MUDr. Petr Dušek, Ph.D. Příznivý efekt chelátů na zpomalení nemoci byl prokázán nejen na zvířecích modelech, ale i v pilotní studii s několika pacienty trpícími Parkinsonovou nemocí.

Studie FAIRPARK-II bude mít za úkol prokázat neuroprotektivní efekt chelátů u dosud neléčených pacientů s počínající Parkinsonovou nemocí. Nábor celkem 350 pacientů v časně fázi nemoci bude zahájen v roce 2016 v osmi státech Evropské unie.

(Zdroj: 1. LF UK)

(red)

Výběrová řízení Volná místa

Vrchní sestra

**KRAJSKÁ NEMOCNICE
LIBEREC, A. S.,**
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

■ vrchní sestra oddělení psychiatrie

Kvalifikační požadavky:

- VŠ v oboru ošetřovatelství nebo specializace v oboru psychiatrie,
- 5 let praxe v oboru,
- praxe s řízením kolektivu,
- dobré komunikační a organizační schopnosti.

Bližší specifikaci vyhlášení výběrového řízení najdete na:

www.nemlib.cz, odkaz kariéra.
M151000112

Přednosta kliniky

Ředitel Fakultní nemocnice Ostrava spolu s děkanem Lékařské fakulty Ostravské univerzity vyhlašují výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

■ přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky

Kvalifikační požadavky: vysokoškolské vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví, vědecká hodnota (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnota (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

K přihlášce je nutno přiložit:

strukturovaný profesní životopis, osobní dotazník, doklady o dosaženém vzdělání a doklady o manažerském vzdělávání, doklady o získaných vědeckých a vědecko-pedagogických titulech, přehled vědecko-výzkumných a publikačních aktivit, doklady vyplývající z obecně závazných právních předpisů (osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb., čestné prohlášení ve smyslu § 4 zákona č. 451/1991 Sb.), reference dvou odborných ručitelů, platný výpis z rejstříku trestů, čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení, strategii pracoviště.

Přihlášky přijímá do 24. 3. 2015 do 14 hodin oddělení zaměstnanosti a péče o zaměstnance nebo podatelnu, FN Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba.
M151000187

Praktický lékař

**POLIKLINIKA AGEI
ČESKÁ TŘEBOVÁ**
přijme praktického lékaře pro dospělé na plný úvazek a internistu (diabetologa) s možností výkonu funkce náměstka LPP. Požadujeme odbornou způsobilost, pracovitost a spolehlivost. Nástup možný ihned. Kontakt: Ing. Artur Lukša – provozní ředitel, e-mail: artur.luksa@pol.agel.cz, tel: 581 071 582
M151000009

Primář

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:

■ primáře na interní oddělení

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe Nástup možný ihned. Nadstandardní platové podmínky, byt 3+1 k dispozici.

Kontakt: 499 502 304 nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz
M151000051

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:

- zástupce primáře na ARO
- lékaře na ARO – možno i absolventi
- lékaře na internu
- primáře, případně zást. primáře na internu

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe (zást. primáře), I. at. vítána Nabízíme: výhodné finanční podmínky, možnost ubytování Nástup ihned.

Kontakt: Srnská J., tel: 499 502 304, nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz
M141001544

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme od 1. 6. 2015:

- větší počet RTG laborantů
- 2 RTG lékaře – se zkušeností práce s CT

Požadavky: VŠ, I. nebo II. atestace v oboru, příp. spec. způsobilost,

bilost, praxe (lékaři), SZŠ nebo VŠ, registrace (sestry)

V případě zájmu prosím kontaktujte personální oddělení nemocnice – Srnská J., tel: 499 502 304, nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz
M141001544

Gynekolog

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:

■ lékaře-gynekologa na ambulanci

Požadavky: VŠ, I. atestace + special. způsobilost dle z.č.95/2004, případně II. atestace Práce na gynekol. ambulanci. Nástup možný ihned. Kontakt: tel: 499 502 304, nebo mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz
M141001544

Lékař ZZS

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA STŘEDOČESKÉHO KRAJE
Vančurova 1544, 272 01 Kladno přijme do pracovního poměru na plný nebo zkrácený úvazek, případně na DPČ:

■ lékaře zdravotnické záchranné služby

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v základním oboru nebo v oboru Urgentní medicína.

Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení,
- příjemné pracovní prostředí v moderně vybavených výjezdových základnách,
- kompaktní pracovní kolektiv,
- možnost dalšího vzdělávání,
- specifické bonusové pobídky.

Nástup možný ihned nebo podle dohody.

Kontakty: tel.: 731 137 004,
e-mail: jiri.knor@zachranka.cz
M151000134

Praktický lékař

**ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ
MINISTERSTVA VNITRA**

přijme všeobecného praktického lékaře pro pracoviště v Pardubicích s nástupem od 1. 4. 2015. Platové zařazení dle NV č. 564/2006 Sb. Kvalifikační předpoklady: VŠ – lékařská fakulta, atestace všeobecné lékařství. Nabízíme: plný úvazek, pevnou

B-plus

Nabízíme soukromou praxi všeob. lékařů ve Švýcarsku poblíž Bernu, plně vybavená ordinace v klidné lokalitě, velice zajímavé finanční podmínky, min. praxe 5 let, znalost francouzštiny/němčiny podmínkou na úrovni B2/C1. Veškeré náklady kromě letenky hrazeny.

Kontakt:
www.b-plus.ch,
M. Švecová
madlous@centrum.cz,
tel.: 605 543 719

Inzerce M151000148

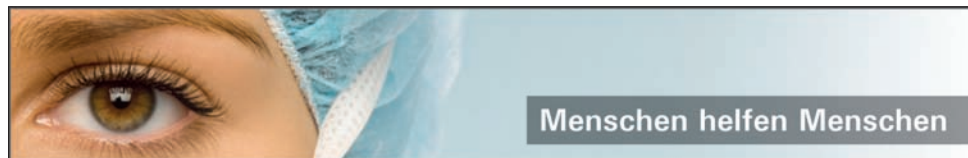
DONEM Domažlická
Domažlická nemocnice, a.s. nemocnice a.s. přijme:

■ Lékaře na chirurgické oddělení
■ Všeobecné sestry na chirurgické oddělení

Nabízíme:
- hlavní pracovní poměr na dobu určitou, plný úvazek
- nástupní plat dle odpracovaných let – smluvní platy
- možnost dalšího vzdělávání a rozšiřování kvalifikace
- příspěvek na penzijní pojištění, 5 týdnu dovolené+další zaměstnancké výhody
- tvůrčí práce v moderním zdravotnickém zařízení, možnost kariéreního a profesního růstu
- nástup dle dohody

Požadujeme:
- dle zákona č.95/2004 Sb. a 96/2004 odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost
Domažlická nemocnice a.s., Kozinova 292, 344 01 Domažlice tel.: 379 710 261 e-mail: marcela.blazkova@donem.cz

Inzerce M151000175



Menschen helfen Menschen

Odborné lékařky / odborní lékaři nebo asistentky/asistenti se vzděláním v oboru radiologie, anesteziologie, chirurgie a gynekologie a porodnictví
Lékařky/lékaři záchranné služby
Staniční lékaři/lékařky
ve sdružení nemocnic Rottenmann – Bad Aussee

Nástup: okamžitě nebo podle dohody
Platové zařazení: SI/4-stupeň 1 4.836,00 € pro odborné lékařky/lékaře
SI/3-stupeň 1 3.589,00 € pro staniční lékařky/lékaře
SI/2-stupeň 1 2.884,00 € pro asistující lékařky/lékaře
plus příplatky a případné uznání započítatelných dob zaměstnání
Úvazek: 100 % (možný i částečný úvazek)
Termín: nejprve 6 měsíců, možnost prodloužení na dobu neurčitou

Požadavky: ukončené vzdělání v odborném lékařství nebo ukončené vzdělání ve všeobecném lékařství

Naše nabídka: Zajištění ekonomicky výhodného provozu
Možnost získání garsoniéry na místě.

KAGes
Žádosti zasílejte na adresu KAV Rottenmann-Bad Aussee, Personalabteilung, St. Georgen 2-4, A-8786 Rottenmann, tel. č.: +43(0) 3614/ 2431-2311, nebo e-mailem na: personalbuero@lkh-rottenmann.at

Snažíme se dále zvyšovat zastoupení žen na pracovišti, a proto zverme zejména ženské uchazečky o zaměstnání.

Štýrská zdravotnická společnost

PERSONÁLNÍ INZERCE

- trvalý pracovní poměr,
 - výhodné mzdové ohodnocení,
- Centrální laboratoře jsou držitelé NASKL II pro odbornost Mikrobiologie.

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

Bližší informace podá:

MUDr. Pavla Novotná, primářka oddělení, tel. 381 607 300, e-mail: pavla.novotna@nemt.cz

M151000161

Vedoucí molekulární genetiky

Soukromé zdravotnické zařízení v Praze (GENvia, s. r. o.) hledá do genetické laboratoře vedoucího molekulární genetiky.

Kontakt: info@genvia.cz

M151000091

Více pozic

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA přijme lékaře pro pracoviště:

- Interní kliniky s absolvovaným interním kmenem, případně absolventa;
- Kardiologickému oddělení s absolvovaným nebo

dobíhajícím kardiologickým kmenem, případně absolventa;

- Kliniky léčebné rehabilitace se specializovanou způsobilostí v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, případně lékaře s absolvovaným nebo dobíhajícím interním, chirurgickým, pediatrickým, ortopedickým nebo neurologickým kmenem;

- Léčebny dlouhodobě nemocných v Klokočově se specializovanou způsobilostí v oboru geriatry nebo vnitřní lékařství nebo lékaře zařazeného do oboru specializačního vzdělávání, případně absolventa;

- Traumatologického centra s absolvovaným nebo dobíhajícím chirurgickým kmenem, případně absolventa;

- Chirurgické kliniky s absolvovaným nebo dobíhajícím chirurgickým kmenem, případně absolventa;

- Otorinolaryngologické kliniky s absolvovaným nebo dobíhajícím kmenem, případně absolventa;

- Kardiologickému centru s absolvovaným nebo dobíhajícím kmenem, případně absolventa;
- Ústavu patologie se specializovanou způsobilostí v oboru patologická anatomie, vědecký titul Ph.D. výhodou;
- Kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie – zubní lékař, absolvent.

Nabízíme:

- perspektivní a zajímavou práci v akreditovaném zdravotnickém zařízení,
- práci s moderními přístroji a kvalitním technologickým vybavením,
- podporu dalšího vzdělávání a osobního a profesního rozvoje,
- zaměstnanecké výhody (stravování, 5 týdnů dovolené).

Žádosti o zaměstnání s profesním životopisem zasílejte na adresu: Fakultní nemocnice Ostrava, oddělení zaměstnanosti a péče o zaměstnance, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba nebo na e-mail: tereza.lyckova@fno.cz.

M151000184



PERSONÁLNÍ INZERCE

Přijem personální inzerce:

Jana Schrammová
tel.: 225 276 380
e-mail: schrammova@mf.cz
personalni.inzerce@mf.cz

Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Inzerce M151000194



Představujeme publikaci

Dětská nefrologie

V českém prostředí nevyšla déle než čtvrt století nefrologická publikace obdobného rozsahu. Přípravovaná publikace je určena především dětským nefrologům, ale i nefrologům pro dospělé, praktickým pediatrům, pediatrům lůžkových zařízení, lékařům připravujícím se na atestaci z dětské nefrologie i studentům lékařských fakult se zájmem o tento obor.

Autoři: Tomáš Seeman, Jan Janda a kolektiv

Monografie obsahuje nejen popis diagnostických vyšetření a jednotlivých chorob (od choroby k příznakům, diagnostice a léčbě), ale zahrnuje i diferenciálnědiagnostické postupy (od příznaků k chorobě), které byly doposud většinou opomíjeny. Kniha obsahuje i diagnostická a léčebná schémata, algoritmy ve formě obrázků a přehledné tabulky.

Doporučená cena 790 Kč

Při objednání na
sleva 25%

knihka.cz

**MEDICAL
SERVICES**

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

mf
MLADÁ FRONTA

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihy@mf.cz

Fortes fortuna adiuvat!

Vy jste specialisté v medicínském oboru a disponujete moderními klinikami a vysoce vzdělaným personálem.

My máme know-how o médiích, která čtou Vaši finančně silní pacienti v zahraničí (např. Německo, Rakousko, Švýcarsko, Nizozemsko, Saúdská Arábie, Rusko atd.).

Naši konzultanti mluví česky a slovensky. My Vám zdarma poradíme, sestavíme nabídky a uveřejníme Vaši inzerci v zahraničních médiích.

Prosím kontaktujte nás e-mailem: vienna@publicitas.com



O nás: Publicitas je **exkluzivní reprezentant globálně vedoucích médií v tisku a on-line**. S námi zjednodušíte Vaše mediální plánování a nákup médií na mezinárodní úrovni účinně a efektivně. S pomocí naší sítě a našich rozsáhlých odborných znalostí je Publicitas Austria přední adresou pro inzerenty a agentury po celém světě **v plánování, vyjednávání a umístění kampaně**. Pro více informací navštivte naše webové stránky www.publicitas.at