

ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA

mf
MLADÁ FRONTA

5/2015

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 25. 5. 2015



Z DOMOVA
Legislativní úprava
zdravotnických prostředků
stále pokračuje

STRANA 6



Z MEDICÍNY
Vakcinologie
Hozená rukavice
profesorky Strunecké

STRANA 40



SESTRA
Příbuzenská transplantace
– multidisciplinární
spolupráce

STRANA 27



Jan Hnízdl:
Nedostatek peněz ve
zdravotnictví není příčinou
krize, ale jejím důsledkem.

Foto: Anna Vacková / EIS

Kvalitní dialog uspoří systému prostředky

Soustředí se na situace a stavy, při nichž klasická medicína či klasický medicínský přístup selhává. Ať už jde o psychosomatický přístup, kontrolu polypragmatie ze strany klinického farmakologa nebo nácvik sdělování závažné diagnózy, odborníci se shodují, že úsporu systému zdravotnictví přináší kvalitní dialog lékaře a pacienta.

Podle Jana Hnízdl, který se řadu let věnuje komplexní psychosomatické medicíně, ještě stále neproběhla systémová reforma českého zdravotnictví, protože politici se zaměřují na finanční toky či organizaci. Vycházejí z toho, že česká medicína sama reformu nepotřebuje a že příčinou krize zdravotnictví je nedostatek peněz. „Považuji za zásadní omyl, že ve chvíli, kdy se zlepší finanční situace, povede se zavést úsporná opatření, se problémy systému vyřeší. Nedostatek peněz není příčinou krize, ale jejím důsledkem. Velká spousta léků a vyšetření se ordinuje úplně zbytečně,“ uvedl na semináři

„Kde je Achillova pata současné medicíny“ Jan Hnízdl. Jak připomněl, komplexní, psychosomatická medicína stojí pevně na základech medicíny vědecké. „Vážím si všech vymožeností špičkové medicíny, techniky i léků a bez medicínského vzdělání bych se nikdy neodvážil pracovat s pacienty. Ale postupně jsem zjistil, že jen to klasické, biologické, medicínské vzdělání a orientace na objektivní nálezy mi k pochopení stonání pacientů nestačí. Každá nemoc je informací o tom, jakým způsobem a v jakých pracovních, partnerských, rodinných či společenských podmínkách člověk žije,“ dodal.

Snížit náklady celostním přístupem

Komplexní medicínu nelze podle MUDr. Hnízdl považovat za alternativní postupy, ale za návrat k tradici a zkušenosti tzv. rodinných lékařů, kteří dokázali zdravotní problém jedince velmi snadno zasadit do souvislosti a velmi rychle, levně a účinně léčili. V současné době takovému přístupu navíc pomáhají znalosti současné medicíny, léky a technologie.

„Základem kvalitní medicíny nejsou – jistě potřebné – špičkově vybavené kliniky, ale kvalitní, komplexním způsobem pracující praktický lékař. (pokračování na straně 2)

Inzerce M151000390



Příležitost pro zdravotníky Práce v zahraničí

Nadstandardní
platové ohodnocení

Přípravné kurzy
v angličtině
(i pro začátečníky)

Vyřízení cestovní
administrativy

G5+
Mezinárodní kariéra
ve zdravotnictví

Další informace najdete na www.g5plus.com
nebo volejte bezplatnou infolinku 800 88 88 96.

„Vy pečujete o druhé, my pečujeme o Vás“

Z DOMOVA

Kvalitní dialog uspoří systému prostředky

(pokračování ze str. 1)

Velká řada pacientů by při takovém přístupu vůbec nemusela dospět do fatálních stavů, které jsou pro systém vysoce nákladné, „domnívá se Jan Hnízdil, který ve své praxi nejprve seznamuje se vznikem zdravotních potíží pacienta. Po sestavení klasického chorobopisu nemocného vyšetří běžným způsobem jako internista a poté se zajímá o jeho významná životní období.

„Když pak porovnám životopis a chorobopis, zjišťuji, že do sebe dokonale zapadají. Jak člověk žije, tak také stůně. Pokud chybny přístup k životu nezmění, může se léčit, ale už jen velice těžko uzdravit. Nijak nezpochybňuji léky ani nepopírám vědeckou medicínu, sám užívám antibiotika, děti jsou naočkovány dle zákonné povinnosti, podporuji také vznik komise pro nevědeckou medicínu, kterou společně ustavila Česká lékařská společnost JEP a Česká lékařská komora. I kompletní medicína je navýsost vědecká a je potřeba rázně vystupovat proti nevědeckým, neověřeným metodám, které se v našem zdravotnictví velice rychle šíří,“ zdůraznil Jan Hnízdil, který už dva roky marne žádá o vyjádření vědecké komise ČLK, zda je *lege artis* metoda léčby artrózy pomocí kmenových buněk z tukové tkáně. Má v péči pacientku s těžkou artrózou kolenního kloubu, která byla touto metodou léčena bez jakéhokoli efektu a její spoluúčast dosáhla 56 tisíc korun.

Bezvýsledná, nákladná *lege artis* léčba

Jan Hnízdil připomněl také kauzistiku 35leté pacientky, kterou před dvěma lety, do té doby bez jakýchkoli potíží, začala bolet levá kyčel a pravé koleno. Na ortopedii absolvovala rentgeny (bez nálezu), ultrazvuky kyčlí, byl jí diagnostikován zánět kyčle, provedena punkce kolene, aplikace kortikoidů, anestetik, analgetik, kloubní výživy, magnetoterapie. Potíže však trvaly. Poté navštívila ordinaci pohybové medicíny – proveden ultrazvuk, nukleární magnetická rezonance, výsledky v normě, diagnostikován zánět kolene. Dále léčena elektrolyticky, byla provedena punkce, nasazeny léky, potíže trvaly. Poté znovu ortopedie, zde diagnostikován nález těžkých degenerativních změn, vrozená vada, dys-

plazie, byla doporučena kloubní výživa, léky, výhledově operace kyčelního kloubu.

Poté neurologie, zde opět rentgen kyčlí, elektromyografie, diagnostikován útlak nervu, rehabilitace, ordinován neurol, infuze, potíže trvaly. Pak ji začaly pálit oči, vyšetřena na očním, léčen oční zánět, následovala revmatologie, kompletní biochemie vyloučila všechny revmatické choroby, navzdory tomu ordinovány kortikoidy, antirevmatika, potíže přetrvávaly. Poté rehabilitace, diagnostikována kombinace degenerativních a zánětlivých změn kloubů, léčena laserem, injekční aplikací kloubní výživy. Poté psychosomatika, kde jí byly doporučeny vložky do bot a psychoterapie. Návštěva ORL z důvodu hučení v uších, po audiometrii a magnetické rezonanci, konstatován tinitus. V průběhu léčby podstoupila desítky odběrů k vyloučení všech možných nemocí, například onemocnění štítné žlázy nebo boreliózy, následovala lumbální punkce.

Každý z devíti navštívených lékařů jí sdělil odlišnou diagnózu. „Pacientka v mé ordinaci popsala sama svůj příběh takto: „Moje potíže začaly v době, kdy jsem si chtěla po pěti náročných letech na mateřské se třemi malými dětmi trochu odpočinout. Jako formu relaxace jsem zvolila běh, místo obvyklých pěti jsem si dala cíl deset kilometrů třikrát týdně. Za měsíc jsem naběhala 400 kilometrů. Poté mě začalo bolet koleno a kyčel.“ Pacientka tak uvedla jasný příklad toho, jak člověk neporozumí tělesným projevům svého problému. Nerozumí tomu ale nejen pacienti, ale ani oficiální medicína zaměřená na jednotlivé orgány. Všichni specialisté postupovali *lege artis*, výsledek nula – příčina neznámá, potíže trvaly. Po vyšetření jsem kromě napětí žádné problémy neobjevil. Uklidnil jsem pacientku a donutil ji, aby svazek zdravotních záznamů hodila do koše, a doporučil jí klid. Po třech měsících přišla úplně zdravá, bez potíží a léků, běh omezila a vyměnila za vycházky a jógu. Náklady na léčbu této pacientky přesahovaly stovky tisíc,“ uzavřel příkladem ze své praxe Jan Hnízdil.

Medical errors ve farmakologii

Slabá místa medicíny lze ale vidět také farmakologickou opti-

kou. „Ve velké nemocnici s 1500 lůžky, stovkami lékařů a dalšího personálu není vždy samozřejmé, že pacient dostává na své onemocnění správný lék ve správnou dobu. Přitom může jít jen o takovou banalitu, jakou je podání s jídlem nebo po jídle. Mám na mysli například bisfosfonáty. Lékař pacientovi s osteoporózou či metastatickým kostním onemocněním velmi pečlivě vysvětlil, že je třeba léky užívat nalačno, lékárník jej poučil stejně, jenže pak přijde do systému nemocnice a sestra mu lék podá s dalšími v mističce po snídani, kterou zapijí bílou kávou. Kdyby tu tabletku bisfosfonátu hodili koše, mělo by to z hlediska vstřebání a účinnosti léků naprosto totožný účinek,“ vysvětlila vedoucí oddělení klinické farmakologie a farmacie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Irena Netíková a připomněla termín *medical errors* – medicínské selhání. Ve Spojených státech amerických tvoří preventabilní chyby v medicíně celkově nejčastější příčinu úmrtí. Pečlivá analýza v Německu nedávno ukázala, že na *medical errors* zde ročně umírá 18 tisíc osob, což představuje pětinašobek úmrtí na silnicích.

Irena Netíková přirovnává klinického farmaceuta k příteli na telefonu, který znalostí léčiv může přispět k zamezení takového typu omylů. Jak popisuje, rizikových situací, s nimiž mohou kliničtí farmaceuti pomáhat, je řada. „Preskripci v nemocnici často zajišťují sekundáři, často absolventi, kterým navíc přehled komplikuje pacient, který už přichází s řadou užívaných léčiv. Je otázka, zda pacient při příjmu vyjmenuje všechny léky ze své anamnézy v situaci, kdy je mu špatně a navíc má polypragmazií a užívá 10 i 16 léčiv. Opomenutí podstatného přípravku přitom může končit až fatálně. Setkávám se nejen s duplicitou, ale i triplicitou léků, a to i v nemocnici. Řada pacientů je léčena příliš velkým množstvím farmak a mnohé jejich potíže pramení právě z polypragmazií. Na tyto nežádoucí účinky jsou pak nasazena další léčiva,“ popsala začarovaný kruh farmakoložka Netíková.

Orientaci lékařům ztěžuje také záplava generik, zejména pokud existuje například 16 přípravků od totožné účinné látky. Rizikové je i samotné podání léku v ne-

mocnici – dokud nebudou léky vydávány prostřednictvím jejich čarovného kódu, nelze zpětně dohledat, jaký lék byl pacientovi podán.

„RSky“ zlepšují komunikaci s pacientem

S individuálním přístupem k pacientovi se rozhodla pohnout také centra roztroušené sklerózy (RS), která svým lékařům a sestram nabídl kurzy komunikace mezi lékařem a pacientem. V ČR existuje 15 RS center, která léčí všechny pacienty s RS. Tamní lékaři pod tlakem a v záplavě jiných povinností pociťují nedostatek času na kvalitní rozhovor s pacientem. Kurz financovala společnost Biogen Idec.

Jak uvedla ředitelka společnosti Michaela Hrdličková, workshopy uspořádali v šesti RS centrech, ostatní vstoupit do kurzu nechtěla. „Ne všichni lékaři chtěli nácvik podstoupit, je totiž obtížné vyslechnout si, že v komunikaci v těžké chvíli chybujeme. Oceňuji všech 80 lékařů a dalších zdravotníků, kteří kurzem prošli. Na lékařských fakultách Univerzity Karlovy budeme jednat o možnosti zařadit tento kurz do systému postgraduálního vzdělávání,“ uvedla ředitelka Hrdličková.

Hlavní lektorkou, která zdravotníkům zprostředkovávala věrnou roli pacienta i jich samých, byla herečka Milena Steinmasslová. „Lékaři jsou součástí našeho komunikačního světa, a pokud jsme nyní ve společnosti nezdvořilejší a nedokážeme poslouchat, týká se to i lékařů. Ti jsou navíc v rozporu s často nereálnými očekáváními pacienta, že vše vyřeší, a na druhé straně jsou podezíráni z nevhle pomoci nebo selžekce pacientů. Přesto by lékaři neměli zapomínat, že když ošetří deset nebo patnáct těžce nemocných pacientů za den, s každým z nich je to pro ně jakási repríza, jenže pro každého pacienta je rozhovor s lékařem premiéra a potřebuje dostat informaci, že i on je pro něho v tu chvíli ten jediný,“ popsala Milena Steinmasslová princip, kterým se kurz ubíral. Překvapila ji silná představa řady lékařů o tom, jak by měl vystupovat, jednat a mluvit pacient, zatímco u sebe žádnou chybu nereflektovali. Mezi mlýnskými kameny jsou podle ní také sestry, které nemají kompetence ke sdělování

některých informací pacientům a zároveň jsou s nemocným v daleko užším kontaktu než lékař.

Důvěra jako prevence nevědeckých postupů

„Sdělování závazných informací, jako například v případě roztroušené sklerózy, je náročné, protože svým způsobem sděluje pacientovi jeho osud. Lidé mají stále ještě zafixováno, že diagnóza RS znamená, že do deseti let skončí na vozíku. A i přes nové účinné léky k rychlé invaliditě bohužel někdy dochází i nyní. Ačkoli máme na pacienta hodinu, většinou to nestačí, navíc pacient ve stresu ze sdělení diagnózy vstřebá necelých deset procent informací,“ uvedla vedoucí centra roztroušené sklerózy ve Všeobecné fakultní nemocnici prof. Eva Havrdová.

Na jejím pracovišti se o 4 tisíce nemocných starají 4 lékaři. V péči o své pacienty prof. Havrdová naprosto postrádá přítomnost terapeuta. „Je prokázáno, že více než 50 procent pacientů v prvním roce od diagnostiky propadne depresi, což se projevuje naprosto zásadně. Obor psychoneuroimunologie prokázal, že psychický stav má vliv na imunitní systém. Protože RS souvisí s poruchou imunitního systému, depresivní pacient má více zánětů. Pacient, který prochází psychoterapií, má lepší výsledky na magnetické rezonanci, což je dnes doloženo tvrdými daty,“ popisuje vliv terapeutického rozhovoru Eva Havrdová.

Neuroložka také připomíná, že k dobré spolupráci na léčebném režimu a eliminaci nesmyslných alternativních metod potřebuje mít pacient důvěru ve zdravotnické zařízení. „Což nastane, pokud zařízení pacientovi nabídne lékaře, který se mu věnuje 15 minut a kvůli zavalení administrativou mu neřekne nic. A to se netýká jen roztroušené sklerózy, ale například také léčby hypertenze nebo obezity. Právě proto je komunikace tak důležitá. Řada lékařů to pod náporu administrativy a přehledu počtu pacientů vzdá, je totiž jednodušší předepsat léky. Náš zdravotnický systém pak vydává spoustu peněz za léky zbytečně, část prostředků by se mohla ušetřit, pokud by byl čas na rozhovor,“ uzavřela profesorka Havrdová.

Opozice na vedlejší koleji

V mnoha věcech má Andrej Babiš pravdu. Přesto je nutné jej brzdit.

Kabinet Bohuslava Sobotky vnesl na českou politickou scénu fenomén, který je v demokratických dějinách nový a poměrně znepokojivý, totiž nadbytečnost politické opozice. Obvykle se veřejná debata o důle-



Martin Čaban

žitých tématech odehrává na půdorysu věcného, v ještě lepším případě ideového střetu mezi těmi, kteří ve vládě jsou, a těmi, kteří ve vládě být chtějí. Mezi vládou a opozicí. V současném Česku ovšem obě strany mnohdy vyhrocených sporů dokážou zastat partneri ve vládní koalici, zatímco opoziční politici jsou odsouzeni do nepříliš atraktivní role příkyvovačů tu jedné, tu druhé koalici strany. Jistě, nic jako harmonické koalici vládnutí neexistuje, dosud nikdy ale neměly spory uvnitř koalice tak hluboké kořeny a nedosahovaly takové intenzity.

Folklor zdravotnické politiky

Tento novátorský přístup k politické debatě a k vládnutí se projevuje v mnoha oblastech od školství po vnitro, ale snad v žádném tak silně jako ve zdravotnictví. Třeníce mezi ministry Německem a Babišem už se staly folklorem zdravotnické politiky a nového vrcholu dosáhly v posledních dnech během jednání koaliční rady. Jak vyplývá z podkladů jednání, které získal týdeník Euro, ministr financí vmetl do tváře ministra zdravotnictví dlouhou řadu výtek, na něž Svatopluk Němeček reagoval obsáhlými polemikami. V nich mimo jiné nařkl

Andreje Babiše, že je pod vlivem lobby výrobců zdravotnických prostředků i farmaceutických firem a že se řídí heslem „jsi nemocný – zaplať si“. Rétorika je mírnější, ale věcně jsou jejich polemiky k nerozeznání od proslulých střetů mezi Tomášem Julínkem a Davidem Rathem. Novum je ovšem právě v tom, že Julínek s Rathem spolu nikdy neseděli ve vládě.

Snaha převzít kontrolu

V mnoha věcech má Andrej Babiš pravdu bez ohledu na střet zájmů, v němž se nachází, a bez ohledu na to, že leze do zelí, po němž mu jako ministru financí nic není. Například nepovažuje za největší problém českého zdravotnictví nedostatek peněz, dožaduje se vyjasnění a posílení role pacienta, sjednocení podmínek fungování zdravotních pojišťoven či pokroku v oblasti elektronizace zdravotnictví, upozorňuje na negativní dopady zrušení regulačních poplatků a volá po jakési vizi a koncepci zdravotnictví jako celku. Kdyby dokázal na minulé pravcové ministry zdravotnictví hledět nejen jako na lupiče a mafiány, ale také trochu jako na politiky, mohl by si k nim s klidem dojít pro inspiraci a pro recepty, které dosud někde v šuplících Němečkova úřadu leží.

Současně je ovšem z mnoha Babišových výtek a návrhů patrná nebezpečná snaha převzít kontrolu nad zdravotnictvím, ať už jde o posílení role ministerstva financí ve správních radách pojišťoven nebo o snahu převzít vydávání úhradových vyhlášek. To už jsou vysloveně autoritářské tendence plynoucí z přesvědčení, že všichni kromě Andreje Babiše jsou v podstatě nemehla, a co nebude řídit Andrej Babiš, nebude řízeno. V brzdění těchto spádů je naopak třeba držet palce Němečkovi.

Jenom, a tím se vracíme na začátek, není úplně jasné, kde je v tomto nelítostném střetnutí ještě místo pro nějakou opozici ze strany oficiální politické opozice.

Foto: Anna Veselová / EIS



Torf

Ziegler

TORF ZIEGLER

Výrobce kvalitních rašelinových výrobků

■ Spolehlivý
dodavatel zboží
pro fyzioterapeuty



Pro čtenáře
sleva 5 %
na celý
sortiment.
Slevový kód:
Reha 1



■ Pohodlný nákup na:
www.torf-ziegler.com



REHABILITACE

WELLNESS & SPA

MASÁŽE

Z DOMOVA

Zveřejňování smluv pomůže chránit práva pacientů

Podle rozsudků Městského soudu v Praze jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytovat informace o smlouvách (včetně dodatků) se smluvními zdravotnickými zařízeními i sdělovat výši hotovosti, kterou jim posílají na účty. Žaloby iniciovala Platforma zdravotních pojištěnců (PZP) ČR.

Jak oznámil předseda PZP Ondřej Dostál, Městský soud v Praze rozhodl, že Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) musí zveřejnit smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb a informace o platbách, které jim poskytuje. PZP si od zveřejnění smluv slibuje zlepšení nezávislé kontroly pojišťovny i práv pacientů.

Nejen smlouvy, ale i sumy

Platforma pojištěnců již v roce 2011 požádala VZP o identifikační údaje jednotlivých nemocnic, plně znění smluv (včetně dodatků) mezi pojišťovnou a nemocnicemi datovaných až do rozhodnutí věci soudem a informace o všech platbách. Tento požadavek je legitimní podle zákona o svobodném přístupu k informacím. Proč PZP požadovala částku, kterou pojišťovna posílá nemocnicím na účty? „Ve smlouvě je zpravidla uveden pouze úhradový mechanismus, pro který musíte znát řadu dalších informací. Díky celkové sumě může veřejnost zjistit, kolik stojí jednotlivé nemocnice. Že jedna velká nemocnice v Praze vydá za několik menších nemocnic v regionech, což je zajímavé při rušení regionálních nemocnic. Pokud se v Praze na sebe přes ulici dívá FN Motol a Nemocnice Na Homolce, z nichž každá spotřebovává miliardy, úspora z toho, že se zruší poslední nemocnice kdesi v Pošumaví, je mizivá,“ podotkl předseda Dostál. Tehdejší vedení VZP ale

žádosti odmítlo vyhovět s odkazem na ochranu osobních údajů a obchodní tajemství. Tyto argumenty soud odmítl a rozhodnutí VZP zrušil, rozsudek nabyt právní moci na jaře 2015.

Co je tajné

Soud nyní vrátil věc k dalšímu řízení. Nenařídil pojišťovně sice přímo, aby všechny smlouvy vydala, ale vyslovil jednoznačný právní názor, jak má ředitel VZP situaci posoudit. Mluvčí VZP Oldřich Tichý ČTK řekl, že rozsudek ke zveřejňování smluv nezavazuje. Pouze ruší rozhodnutí ředitele VZP, kterým zveřejnění odmítl, a věc se vrací k dalšímu řízení žalované straně, tedy VZP. Podle mluvčího Tichého tak VZP teoreticky může žádost znovu zamítnout.

Podle Ondřeje Dostála ale soud do odůvodnění uvedl, že žádný z důvodů mlčenlivosti, kterým VZP tehdy pro neposkytnutí informací argumentovala (šlo o smluvní závazek dle rámcové smlouvy, zákonnou mlčenlivost pracovníků, ochranu osobních údajů a obchodní tajemství), se neuplatní. Správní orgán (VZP) je právním názorem soudu vázán a při opakovaném rozhodnutí musí podle tohoto výkladu práva postupovat, tedy informace poskytnout. „Opravdu úplně teoreticky může pojišťovna odmítnout informace z důvodu obchodního tajemství. Soud nevěděl, že by smlouvy a data obchodním tajemstvím

nemohly být. Uvedl ale, že kdyby chtěla VZP z důvodu ochrany osobního tajemství informace odmítnout, musela by konkrétně vymežit, která data jsou obchodním tajemstvím, a navíc prokázat, že naplňují definici obchodního tajemství dle nového občanského zákoníku,“ dodal předseda PZP Dostál s tím, že se to pojišťovně nepovede, jelikož požadované informace znaky obchodního tajemství nemají, protože zde není oprávněný obchodní zájem na utajení obsahu smlouvy, o čemž rozhodl i Nejvyšší správní soud. Reálně tedy odmítnutí informací vůbec není myslitelné, nemocniční smlouvy být zveřejněny musí.

Obchodním tajemstvím podle právníka zůstávají tzv. risk-sharingové smlouvy s farmaceutickými na nákladné léky. Sporné jsou ale tajné smlouvy, díky nimž se na pozitivní listy VZP dostanou běžně užívané léky. Podle Ondřeje Dostála totiž, na rozdíl od risk-sharingových smluv, neexistuje pro uzavření takových smluv zákonem stanovená možnost.

Stejná pravidla i pro zaměstnanecké pojišťovny

PZP také zveřejnila dřívější rozsudek Městského soudu, který pro povinnost zveřejnění smluv přiřkl také zaměstnaneckým pojišťovnám. Soud v roce 2007 uvedl, že Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (ZP MV) je ve stejném právním postavení jako VZP a i ona musí informace dle zákona o přístupu k informacím zveřejňovat. „Stejný režim stanovený zákonem o informacích lze vztáhnout na všechny zdravotní pojišťovny včetně Všeobecné zdravotní pojišťovny. Je nepochybné, že zdravotní pojišťovny jsou veřejnými institucemi hospodařícími s veřejnými prostředky a jako na takové se na ně vztahuje plná informační povinnost ve smyslu zákona o informacích,“ stojí v rozsudku.

Mluvčí ZP MV Hana Kadečková ČTK řekla, že zveřejňují na webu jen smlouvy se zdravotnický-

mi zařízeními, od nichž k tomu mají souhlas. Proti byli například ambulantní specialisté. „Jakmile budeme mít zákonnou povinnost zveřejňovat všechny smlouvy, uděláme to. Nevidíme v tom problém,“ uvedla mluvčí pro ČTK.

Hlídač MZ

Svou roli v odkrývání karet mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními hraje také dohled ministerstva zdravotnictví (MZ). Pokud dosud pojišťovna odmítá tyto informace zveřejnit, nezbyvá, než se s ní soudit. Ještě dřív, než se dotčená strana obrátí na soud, má podle Ondřeje Dostála možnost obrátit se na MZ, jehož právem je dohlížet, zda pojišťovny dodržují zákon. Dozor nad pojišťovnami spadá do činnosti náměstka Toma Phillipa. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček nedávno vytkl České průmyslové zdravotní pojišťovně (ČPZP), že protiprávně odmítá zveřejňovat informace, a uložil jejímu řediteli, aby poskytl smlouvy pojišťovny s řetězcem AGEL o nasmlouvaných typech a cenách výkonů. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček nedávno vytkl České průmyslové zdravotní pojišťovně (ČPZP), že protiprávně odmítá zveřejňovat informace, a uložil jejímu řediteli, aby poskytl smlouvy pojišťovny s řetězcem AGEL o nasmlouvaných typech a cenách výkonů, který o ně neúspěšně žádal. „I ministerstvo zaujalo postoj, že pojišťovny zveřejňovat smlouvy musejí, i MZ konečně potvrzuje, že soudní i náš výklad práva je ten správný,“ domnívá se právník Dostál, který o vytkacím dopise pro ČPZP naši redakci informoval.

VZP v minulých dnech poskytla PZP první z požadovaných smluv. „Je třeba ocenit přístup VZP, která přijala právní názor soudu a bez průtahů začala naplňovat svou informační povinnost,“ uvedl Ondřej Dostál s tím, že PZP bude žádat ministerstvo zdravotnictví, aby přimělo i ostatní pojišťovny dodržovat zákon tak, jak vyplývá ze soudních rozhodnutí. Podle jeho slov nyní zveřejňování smluv schválil i Výbor pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, takže se pravděpodobně stane součástí zákona.

Kontrolovat mohou i pacienti

Přístup veřejnosti ke smlouvám a platbám pojištěn by měl po-

dle zástupců pacientů umožnit nezávislou kontrolu nakládání s povinně vybranými penězi i to, zda do jednotlivých regionů a segmentů péče přichází přiměřený podíl finančních prostředků, zda nejsou někteří poskytovatelé znevýhodňováni vůči jiným či zda není hrazen předražený materiál. Tyto informace jsou významné zejména pro odbornou debatu o dalším směřování zdravotnictví. Rozsudek Městského soudu podle Dostálových slov nepřímou potvrdil, že právo pracovat s úhradovými daty má nejen ministerstvo zdravotnictví či ministerstvo financí, ale též odborné společnosti, patientská sdružení či jednotliví občané, kteří se o financování zdravotnictví blíže zajímají.

Argument spádovosti neobstojí

Druhým přínosem přístupu ke smlouvám je ochrana práv pacientů. „Občané se stále častěji setkávají s tím, že musejí v ordinaci platit. Lékař je povinen poskytovat péči bezplatně jen tehdy, jde-li o péči hrazenou ze zákona a má-li na příslušné výkony uzavřenou smlouvu s pojišťovnou pacienta. Pokud smlouva nemá a nejde o neodkladnou péči, pojišťovna péči nehradí a lékař je oprávněn požadovat zaplacení po pacientovi. Tvrdí-li lékař, že na daný zákrok nemá smlouvu s pojišťovnou, a proto za něj musí pacient zaplatit, je dobré ověřit si, co ve smlouvě doopravdy je,“ poukázal na možnost kontroly úhrad Ondřej Dostál a připomněl, že tyto informace by měl pacient žádat po pojišťovně.

Jako konkrétní případ, který bylo díky zveřejnění smlouvy možno dohledat, uvedl neprávem požadovaný poplatek za péči. PZP zjistila, že lékařka v dermatovenerologické ordinaci na území Brno-město nabízela bezplatnou péči jen „klientům registrovaným u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR Brno-město“. Ostatní pojištěnci VZP za péči museli platit. Lékařka se odkazovala na smlouvu s VZP, což působilo značně podezřele, protože tzv. spádovost byla zrušena již před mnoha lety a ve smlouvách by již neměla figurovat. PZP si proto vyžádala od VZP smlouvu s touto lékařkou, včetně veškerých příloh. „Žádné omezení bezplatné péče na občany Brna tam nebylo, smlouva ukládá ošetřit bezplatně všechny pojištěnce VZP bez rozdílu – dokonce i Pražany. Lékařka proto požadovala platbu po ‚přespolních‘ pacientech protiprávně,“ vysvětlil Ondřej Dostál.

Petra Klusáková



Ilustraci Foto: Shutterstock

Úlevy na regulacích pro ambulantní lékaře

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV) ohlásila, že neuplatní vůči smluvním lékařům gynekologům, ambulantním specialistům, praktickým lékařům pro dospělé a pediatrům regulace za rok 2014. Omezení regulace dohodla v roce 2014 i Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP).

ZP MV nyní nebude po lékařích zmíněných odbornosti požadovat vrácení peněz za případné překročení dohodnutých objemů. Pojišťovna to oznámila představitelům všech čtyř uvedených sdružení. „Děláme vše pro to, aby našich více než milion a čtvrt klientů bylo léčeno u nejlepších lékařů, kteří jim poskytnou tu nejpotřebnější a moderní léčbu. Za to, že kvalitně léčí naše klienty, chceme lékaře adekvátně odměňovat. Proto,

když jsou dodržena dobře nastavená smluvní ujednání, není důvod přistupovat k jakýmkoli regulacím,“ vysvětlil generální ředitel ZP MV Jaromír Gajdáček.

ZP MV v uplynulém roce zaplatila za léčbu klientů 26,2 miliardy Kč, což je o 2,6 mld. Kč více než v roce 2013. Jak připomněla mluvčí ZP MV Hana Kadečková, pojišťovna i v letošním roce předpokládá další rozvoj spolupráce s praktickými lékaři na projektu

Léčebné plány v rámci Karty života, tj. zefektivnění péče o pacienty trpícími vysokým krevním tlakem, diabetem bez inzulínové terapie, vysokou hladinou cholesterolu a obezitou. Optimalizace jejich léčby následně přináší efekt ve formě nižších nákladů na léčbu těchto nemocí.

Regulace snížila i VZP

Ambulancím významně snížila regulace také VZP, kte-

rá se už v prosinci 2014 dohodla s Českou lékařskou komorou a omezila regulace již při vyúčtování roku 2013. „Pokud ambulantní lékaři nepřekročili limit stanovený vyhláškou o více než 200 tisíc korun, nebyla nijak regulována indikace za předepsané léky a zdravotnické prostředky, za vyžádanou péči ani za zvláště účtovaný materiál,“ uvedl tehdy mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Pro vyúčtování za rok 2014 pak VZP přislíbila, že k regulacím přistoupí stejně vstřícně jako v předchozím roce. Důvodem je, že ambulantní segment následuje doporučení pojišťovny ve formě pozitivních listů na léky, a pomáhá tak VZP šetřit. Je to tedy již třetí rok v řadě, co pojišťovna neprovádí žádné regulace za léky.

O případném uzavření dalších dohod pro rok 2015 VZP a ČLK nadále jedná. Lze předpokládat, že jednání budou ukončena poté, co bude známa definitivní podoba tzv. úhradové vyhlášky, dodal mluvčí Tichý. (klu)

Fond pro prevenci a léčbu závislosti nepočítá s penězi z hazardu

Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním upozornila na fakt, že prevence a léčba pro osoby se závislostmi a jejich rodiny jsou v ČR dlouhodobě podfinancovány, a uvítala proto návrh na zřízení fondu pro prevenci a léčbu závislostí, který je nyní předkládán Vládě ČR.

Trend snižování objemu finančních prostředků na financování služeb prevence a léčby závislosti v ČR začal již v roce 2005 a doposud se jej přes opakované apely adresované české vládě nepodařilo zvrátit. Stejně se nedaří změnit již v 90. letech nastavený, zastaralý a neadekvátní systém financování služeb prevence a léčby závislosti. Jak vypočetl místopředseda asociace Josef Radimecký, nejde o zanedbatelné počty pacientů. V České republice žije téměř 45 tisíc lidí závislých na drogách, 42 tisíc z nich užívá drogy injekčně. Počet problémových uživatelů drog narostl za posledních 10 let o více než polovinu. Zkušenost s konopnými lát-

kami má téměř polovina šestnáctiletých studentů. Na marihuaně je závislých již 80 tisíc osob. Až 350 tisíc lidí se potýká s důsledky svého patologického hráčství. Přibližně 2 miliony obyvatel ČR denně kouří, 450 až 700 tisíc osob je závislých na alkoholu. Navíc počet závislých podle místopředsedy Radimeckého stoupá.

„Už dlouhé roky upozorňujeme, že síť služeb prevence a léčby závislosti, jež je v České republice budována od 2. poloviny 90. let, se stále potýká s nedostatkem finančních prostředků řádově ve stovkách milionů korun. Nejenže jsou tedy služby dlouhodobě na hranici finanční udržitelnosti, ale nemo-

hou ani efektivně reagovat na nově se vyskytující trendy - například na v současnosti sledovaný nárůst počtu osob s různými typy závislostí,“ řekl Josef Radimecký s tím, že drtivou většinu služeb pro osoby se závislostmi a jejich rodiny v České republice poskytují nestátní neziskové organizace. To v praxi znamená, že tyto služby nelze na rozdíl od běžných sociálních a zdravotnických služeb financovat jinak než z dotačních titulů.

Z loterií peníze nepůjdou

Vláda v těchto dnech začne projednávat návrh na zřízení fondu či zvláštního účtu pro finanční prostředky určené na financová-

ní služeb prevence a léčby závislosti. Návrh je součástí materiálu novelizace zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Finanční prostředky mají do fondu plynout ze zlomku spotřební daně z tabáku a alkoholu, kterou stát vybírá, a mají sloužit právě k financování služeb prevence a léčby pro závislé i pro členy jejich rodin.

Jak Josef Radimecký dále uvedl, v původním návrhu měly do fondu plynout finanční prostředky nejen ze spotřební daně z prodeje tabákových výrobků a alkoholu, ale i z tzv. loterijní daně. Tento

návrh byl však v uplynulých dnech zamítnut. „Záměr nevyužívat část příjmu státu z loterijní daně jako jednoho ze zdrojů financování služeb prevence a léčby závislosti považujeme za nešťastný. Drtivé důsledky gamblerství často dopadají nejen na gamblery samotné, ale i na celé jejich rodiny. Bylo by proto logické a žádoucí, aby se na financování služeb, které pomáhají řešit problémy gamblerů a jejich rodin, podíleli i ti, kteří ke vzniku těchto problémů významnou měrou přispívají. Mám na mysli hazardní společnosti, které by se takto měly ke své společenské zodpovědnosti přihlásit podobně, jako je tomu v zahraničí. Je pro nás otázkou, proč to má být v České republice jinak,“ upozornil místopředseda Radimecký, který si od založení fondu slibuje významnou stabilizaci financování protidrogové politiky, jež je sice malým segmentem celkové veřejné politiky státu, avšak s významným dopadem na veřejné zdraví a bezpečnost společnosti a v konečném důsledku i s dopadem na celkové společenské náklady. (klu)

Inzerce M151000311



VZP už posílá ambulantním specialistům smlouvy na neurčito

Všeobecná zdravotní pojišťovna již rozesílá ambulantním specialistům návrhy smluv, které jim poprvé v historii nabízí na dobu neurčitou. Jde o naplnění dohody, kterou VZP uzavřela s Českou lékařskou komorou. Týká se ambulantních specialistů, kterým dosavadní smluvní vztah končí v letošním roce. Součástí dohody je i závazek, že se nebudou revidovat Přílohy č. 2. VZP se tak snaží upevnit pozitivní změny v oblasti smluvní politiky. Se všemi poskytovateli máme zájem vycházet korektně a postupovat vůči nim otevřeným a vstřícným způsobem. Lékařům chceme zajistit co nejlepší podmínky, aby se mohli plně soustředit na péči o naše klienty. Smlouvy na dobu neurčitou je VZP připravena nabídnout všem dosavadním partnerům z řad ambulantních specialistů včetně gynekologů. Jsme přesvědčeni, že tento krok přispívá k celkové stabilizaci zdravotnictví. Věříme, že přispěje i k upevnění a posílení seriózních vztahů s ambulantními specialisty.

Ing. Zdeněk Kabátek
ředitel VZP ČR

VZP
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

Z DOMOVA

Legislativní úprava zdravotnických prostředků stále pokračuje

Nový zákon o zdravotnických prostředcích, který vešel v platnost v dubnu 2015, sjednotil doposud roztržitou legislativu, snížil počet regulátorů, zpřesnil řadu definic zdravotnických prostředků, zvýšil vymahatelnost povinností a zohlednil evropskou legislativu.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) nyní pro oblast zdravotnických prostředků (ZP) připravuje nový systém stanovení jejich cen a úhrad.

Stanovení cen a úhrad

Na odborném semináři „Zdravotnické prostředky v roce 2015“ společnosti Androsa informovala o přípravě nové legislativy pro oblast cenotvorby a úhrad ředitelka odboru farmacie ministerstva zdravotnictví PharmDr. Alena Tomášková. Doposud podléhaly „ambulantní“ ZP nesystémové tvorbě úhrad založené na číselníku VZP, kterým se řídí i ostatní zdravotní pojišťovny. Úkolem resortu zdravotnictví, pod nějž dle nového zákona metodické vedení oblasti ZP spadá, je dostat tyto mechanismy do zákonné normy. „Snaha kultivovat zařazování a stanovení výše úhrad zdravotnických prostředků je známa již několik let. V loňském roce dostalo přednost dokončení zákona o zdravotnických prostředcích. Stanovení cen a úhrad je další velká oblast, na níž ministerstvo zdravotnictví a jeho odbor farmacie nyní začaly pracovat,“ uvedla ke stavu připravované legislativy ředitelka Tomášková. Jak dodala, v základním návrhu se chce MZ inspirovat některými principy ze systému stanovení cen a úhrad léčivých přípravků (LP), ale při vědomí toho, že ZP a LP nejsou totožné skupiny. „Ministerstvo zatím sestavilo základní teze, které jsou v interním připomínkovém řízení. Systém musí být transparentní, přezkoumatelný, aby v něm existovaly opravné prostředky,“ dodala PharmDr. Tomášková. Ministerstvo bude v tomto ohledu pravděpodobně novelizovat zákon č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění. Zdravotnické prostředky zde upravuje zejména § 15, odstavec 11 a 12.

Panevropské předpisy

Následovat budou ale ještě další legislativní změny. Na evropské půdě se totiž nyní připravuje nahrazení tří směrnic, které do-

posud zdravotnické prostředky upravovaly – přímo vykonatelnými evropskými nařízeními. Tyto předpisy budou přijaty pravděpodobně na přelomu let 2015/2016. Jak informoval vedoucí sekce ZP Jakub Machálek ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), dojde k výraznému rozšíření regulace, o čemž svědčí zvýšený počet definic – současné evropské směrnice obsahují asi 17 definic, novelizací by chtěli evropští zákonodárci dojít až k 70 definicím, které budou problematiku ZP upravovat. Nové předpisy by měly pomoci například s celoevropským problémem nedostatečné kontroly klinických hodnocení.

Jakub Machálek připomněl také evropskou diskusi nad opakovaným použitím (*reprocessing*) zdravotnických prostředků na jedno použití (tedy těch, kde je stanoveno, že je nelze opakovaně použít). Zde je Česká republika zásadně proti znovupoužití ZP, zejména s ohledem na bezpečnost pacientů, návrh nařízení ale s částečným povolením počítá. Evropa chce také veřejnosti zpřístupnit evropský registr ZP, přístup do něj zatím pacienti nemají.

Nový registr spravuje SÚKL

Český registr zdravotnických prostředků (registr ZP), jehož vznik je zakotven v zákoně o ZP, byl zpřístupněn 1. května letošního roku (www.rzpro.cz). Vedle uzavřené sekce pro regulované subjekty zde lze dohledat ZP ve veřejně přístupné části. Databáze je postupně plněna, pro úplné naplnění je stanovena lhůta 3 roky. Pak by měla obsahovat informace o všech u nás vyráběných ZP. Jak uvedla zástupkyně ředitele SÚKL Irena Storová, přípravu registru ministerstvo zdravotnictví zadalo přes Koordinační středisko registrů a zdravotnických informací a statistik (KSRZIS), jehož dodavatelem je ICZ a subdodavatelem Tesco SW. Správou registru byl pověřen SÚKL, pod nějž byla dle nového zákona převedena dozorová činnost nad ZP. Nově například dozor nad trhem, který SÚKL pře-

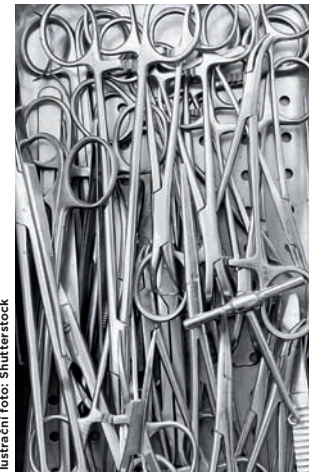
bírá od České obchodní inspekce. „Registr významným způsobem zpřehlední zdravotnické prostředky na našem trhu. Tato data se do budoucna budou velmi dobře využívat například pro zadávání veřejných zakázek. Ideální by bylo navázání registru na kategorizační strom, o čemž SÚKL nyní jedná,“ dodala Irena Storová. Jednou z pozitivních změn, které nový zákon o zdravotnických prostředcích v praxi přináší, je podle zástupkyně ředitele SÚKL například odstranění náhrady výdajů SÚKL u registračních a notifikačních agend i vydávání certifikátu volného prodeje, zákon zpřesní požadavky a zajistí lepší kontrolu distribučního řetězce. Přínosem pro tuzemské výrobce bude možnost elektronického podání žádosti a následné vystavení certifikátů volného prodeje. Agenda formou správního řízení je od nynějška dvojinstanční, kdy SÚKL vydá rozhodnutí a MZ řeší případnou odvolací agendu. Od snížení počtu regulátorů si Irena Storová slibuje zefektivnění výkonu státní správy.

Praktické změny nového zákona

Advokát Libor Štajer připomněl také změny, které se týkají klinického hodnocení ZP. „Zákon o zdravotnických prostředcích problematiku klinického hodnocení sceluje a definuje mnohem přesněji. Podrobně popisuje, kdo

a jak provádí klinické zkoušky, jaké odborné zprávy využít u ZP třídy 3, kvalifikace hodnotitelů. Klinické zkoušky musí být povoleny ze strany SÚKL, dříve bylo jejich zahájení vázáno na nevyslovení negativního stanoviska úřadu. Veškeré rozhodování úřadu se děje ve správním řízení. Důležitá změna nastává v případě, že SÚKL nestihne vydat rozhodnutí včas (60 dnů), pak je zákonem dána fikce souhlasu,“ uvedl Libor Štajer.

Novinkou jsou generické skupiny zdravotnických prostředků, definované zákonem jako ty, které mají stejný nebo podobný účel a technologii. Třídění prostředků zůstává zachováno. U hraničních přípravků (těch, kde není jasná jejich kategorie) mohl dosud SÚKL určit pouze to, zda jde o léčivý přípravek nebo jiný produkt. Nově může rozhodnout, zda jde o léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek nebo jiný produkt. V případě pochybností může SÚKL požádat Evropskou komisi, která podá vyjádření za celý evropský trh. Doručování rozhodnutí o zdravotnickém prostředku se bude dít systémem úřední desky s dálkovým přístupem. „Pro výrobce je výzvou zavést monitorování této úřední desky. Ať už pro přehled o vlastních či konkurenčních zdravotnických prostředcích na trhu,“ dodal Libor Štajer. Jedním z negativů zákona je vystavení poukazu na ZP pouze v listin-



Ilustrace foto: Shutterstock

V současné situaci zdravotnické prostředky činí 10 % výdajů zdravotních pojišťoven (22 miliard), což představuje cca 8 % celkových nákladů ve zdravotnictví. Jak uvedl farmakoekonom Tomáš Doležal, náklady na ZP v posledních letech stagnují.

né podobě, což je vzhledem k diskusi o elektronizaci zdravotnictví a eReceptu poněkud zarážející. Disproporcí zákona je podle advokáta Štajera také fakt, že výdejcem ZP je pouze provozovatel lékárny, výdejny ZP či optiky nebo smluvní výdejce. „Tím může být v podstatě kdokoli, s kým zdravotní pojišťovna uzavře smlouvu. Zákon nestanovuje žádný požadavek na odbornost takového výdejce, což je zajímavé v porovnání s požadavky na odbornou vzdělávanost výdejce totožných ZP v lékárně,“ podotkl Libor Štajer.

Petra Klusáková

Kritika centrálních nákupů zdravotnických prostředků

Prezident České asociace dodavatelů zdravotnických prostředků CzechMed MUDr. Miroslav Palát, MBA, považuje centrální nákupy (u přímo řízených nemocnic je zavádí ministerstvo zdravotnictví) v oblasti zdravotnických prostředků za absurditu. „Jakýkoli nákup sofistikovaných komodit, který je primárně motivován nejnižší jednotkovou cenou bez ohledu na kvalitu, nepatří do kategorie dobrého nákupu. Každý

člověk je jedinečný a zdravotnické prostředky jsou vyvíjeny právě s ohledem na požadavky uživatelů. Jejich účinností je dosaženo mechanickým nebo elektrickým působením. Laicky řečeno, léky mají společného jmenovatele v podobě obsahu účinné látky, naproti tomu zdravotnické prostředky se liší v jedinečných detailech a kombinacích využití. Kloubní náhradu chirurg dle požadavků pacienta na operačním sále prostě nepřipíše,“ upřesňuje

prezident asociace Palát a pro dobrý nákup ZP doporučuje dvoukolovou výběrová řízení, kde první je tzv. kvalifikační kolo, ve kterém jednotliví výrobci předloží své nabídky a vzorky. Ty pak pracovníci, kteří s výrobkem běžně pracují, otestují a vyberou nejlepší výrobky s ohledem na kvalitu. Vybraní výrobci postoupí do druhého kola, kde je možné již soutěžit na jednotkovou cenu, protože kvalita jednotlivých výrobků je srovnatelná. (klu)



PORADNA Všeobecné
zdravotní pojišťovny ČR

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

Zdravotnické prostředky: Na co si dát pozor a proč je důležité mít technika

Jak je to s úhradou zdravotnických prostředků, které jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, ale klientům jsou jen zapůjčovány, případně se zdravotnickými prostředky, které jsou vyráběny individuálně pro konkrétního klienta?

Mezi prostředky, které jsou klientům zapůjčovány, se řadí invalidní vozíky mechanické i elektrické, polohovací lůžka, manipulační i vanové zvedáky a polohovací zařízení. Jedná se o pomůcky, jejichž využitelnost ze strany klientů i finanční náročnost se často výrazně liší.

Invalidní vozíky

Za příklad mohou sloužit invalidní vozíky. Úhrada základního mechanického vozíku, který je určen pro klienty s běžnou silou horních končetin nebo pro ty, které vozí jiná osoba, je průměrně 9 tisíc korun. Odlehčený vozík pro klienty s oslabením horních končetin je ale dražší (až 19 tisíc korun), speciální mechanický vozík pro klienty s nejtěžším postižením a nezbytností polohování přijde pojišťovnu na 55 tisíc... Cena základního elektrického vozíku je stanovena dokonce na 136 tisíc korun. Tyto vozíky jsou přitom hrazeny pouze po doložení podrobné zdravotní dokumentace – oční, psychologické, svalového testu. Zásadní je stanovisko lékaře s odborností, která je stěžejní pro onemocnění klienta. Toto stanovisko musí jednoznačně dokládat schopnost samostatného bezpečného ovládání vozíku klientem, a to zároveň s neschopností ovládat mechanický vozík.

Individuální prostředky

Individuálně vyráběné zdravotnické prostředky jsou zhotovovány



MUDr. Eva Tyblová,
vedoucí referátu revizí zdravotnických
prostředků

na míru pro konkrétní klienty. Jedná se o protézy, ortézy, epitézy, ale i individuálně vyráběnou zdravotní obuv. Cenové rozpětí úhrad je zde od několika set (úpravy obuvi) až do téměř milionu (protéza dolní končetiny s kyčelním kloubem a bionickým kolenním kloubem). Vzhledem k tomu, že všechny tyto zdravotnické prostředky, aby mohly být klientem maximálně využity, musí odpovídat jeho hmotnosti, výšce a dalším tělesným parametřům, vznikla ve VZP specifická kategorie revizního zaměstnance, unikátní mezi pojišťovnami – revizní technik. Jedná se o nezdravotnického pracovníka, technicky vzdělaného, který se vyjadřuje k požadavkům na přidělení, výměny,

opravy a úpravy zdravotnických prostředků.

Revizní technik

Revizní technik navštěvuje klienty, komunikuje s firmami, které zdravotnické prostředky vydávají a provádějí jejich servis, ověřuje kalkulace. Revizní technici jsou součástí týmu vedeného lékařkou, který se orientuje na účelnou indikaci a úhradu vybraných prostředků. Aby byla zajištěna jednotnost posuzování, je většina těchto zdravotnických prostředků posuzována v rámci VZP centralizovaně.

Revizní technik také posuzuje zaměřovací protokoly a předběžné kalkulace předkládané firmami. Stávalo se, že pojišťovně byly některé součásti předkládány duplicitně či v neoprávněné výši.

Tyto nedostatky jsou prací techniků minimalizovány. Technici se také výrazně podílejí na cirkulaci zdravotnických prostředků. V souladu s předpisy má totiž přednost vždy zapůjčení repasovaného zdravotnického prostředku. Ten musí splňovat všechny parametry pomůcky zapůjčované poprvé. Přesto se v praxi setkáváme s tím, že indikující lékař nebo klient vyžaduje pouze nový prostředek.

Nejčastější chyby

Všechny uvedené zdravotnické prostředky podléhají schválení revizním lékařem. Aby bylo možné rozhodnout o úhradě, předkládá indikující odborný lékař žádanku o schválení/povolení.

Žádanka musí obsahovat mimo jiné:

- jméno a příjmení pojištěnce
- číslo pojištěnce
- diagnózu
- přesnou specifikaci požadavku
- zdůvodnění požadavku.

Nejčastější chybou indikujícího lékaře je právě nedostatečná specifikace či zdůvodnění požadavku. Často je uvedena pouze diagnóza nebo sdělení lékaře, že žádá o úhradu. Tyto žádanky jsou buď vráceny k doplnění, nebo zamítány. Důvodem lze přiblížit na příkladu mechanických vozíků. Pokud ošetřující lékař indikuje odlehčený mechanický vozík a uvede pouze, že se jedná o klienta po amputaci dolní končetiny, bez podrobného popisu pohybových schopností, zvláště horních končetin, nemůže revizní lékař předvídat, zda má klient horní končetiny oslabené či s běžnou svalovou silou, případně ho bude například někdo vozit.

Velmi časté jsou situace, kdy si klient vybere např. vozík na výstavě a požaduje jeho úhradu. Ze zdravotního pojištění jsou však podle zákona hrazeny prostředky v základním provedení a nejmenší ekonomické náročnosti, to vše podle aktuálního zdravotního stavu. Veškeré ostatní zdravotnické prostředky si musí pojištěnec zaplatit sám. Spíše kuriózně se objevují i případy, kdy je například protéza žádána pro klienta, který má všechny končetiny, nebo kdy klient s elektrickým vozíkem uhrazeným pro neschopnost chůze a oslabení rukou přijde technikovi otevřít a schází bez jakékoli pomoci ze schodů... Téma úhrady zdravotnických prostředků je obsáhlé, proto se této problematice budeme věnovat podrobněji v některé z dalších poraden.

ROZHOVOR

V týmové práci vidím budoucnost

Nejen na téma otorinolaryngologie hovoříme s ambulantní ORL specialistkou a majitelkou Lékařského domu Mezibranská a tří Center komplexní péče MUDr. Danou Jenšovskou.

Co vás přivedlo k medicíně?

Vždycky jsem chtěla být lékařkou, vlastně již od dětství. Oba rodiče jsou stavaři, u nás tedy neplatí, že jablko nepadá daleko od stromu. Od malička jsem věděla, že se chci věnovat dětské medicíně, a také jsem ji pak vystudovala. Možná i tak trochu proti vůli rodičů.

Vystudovala jste Fakultu dětského lékařství UK v Praze. Vzpomínáte z dob studií na nějaké učitele, kteří vás ovlivnili?

Pamatuji si jich spousty. Určitě nejvíc vzpomínám na pana profesora Blahoše a pak také na pana profesora Kouteckého, který se věnoval dětské onkologii. Ti to dva mě ovlivnili asi nejvíce.

Po promoci jste našla místo v areálu dětských klinik Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Jak se vám na klinice líbilo?

Líbilo se mi tam opravdu moc. Na ta léta vzpomínám jako na nejkrásnější. Nastoupila jsem na oddělení dětské ORL, kde byl primářem doktor Eliáš. Myslím si, že tento vzácný člověk mě naučil chápat medicínu, dával mi obrovské možnosti, abych mohla pracovat samostatně. Také se nikdy nevyhýbal žádným novinkám. Tenkrát se v nemocnici zaváděl klinický informační systém. Zatímco na našem pracovišti jsme jej díky primáři začali užívat hned, na ostatních odděleních o něm neměli potuchy. Za všechno, co jsem dokázala, určitě vděčím i doktoru Eliášovi.

V jakých oborech jste atestovaná?

Mám atestaci I a II z otorinolaryngologie. Chystala jsem se ještě na atestaci z rehabilitace, ale nakonec jsem ji vzdala, protože organizace práce ve čtyřech zdravotnických zařízeních současně mi nedává tolik možností a hlavně času k tomu, abych ještě studovala. Hned po roce 1989 jsem absolvovala kurz MBI.

Co všechno ORL specializace obnáší?

ORL se týká, uší, nosu, vedlejších dutin nosních, krku a dále směrem dolů do laryngu a jícnu. Je to medicína hlavy a krku.

Dětská ORL je obor, který mě naprosto vytěžoval, protože zánětů a ostatních onemocnění z této skupiny jsem viděla už opravdu hodně. Když jsem nastupovala do praxe, právě se rozvíjela endonazální chirurgie, což je dnes téměř samostatný obor. Zabýváme se dětskou i dospělou ORL.

Jaká jsou dnes nejčastější ORL onemocnění?

Určitě se s jinými problémy setkává lékař, který pracuje na klinice, a jiná onemocnění řeším já v ambulanci. Mohu to posoudit, protože jsem na klinice 12 let pracovala. Jako ambulantní lékařka většinou řeším akutní otitidy, akutní angíny či chronické rýmy a potíže s hlasem. Vždycky se v rámci dobré spolupráce s kolegy v nemocnicích snažím, abych mohla udělat správnou diagnostiku a také abych jim nemocné lidi poslala včas.

Co lze považovat za momentálně největší průlom v tomto oboru?

Myslím, že kromě kochleárních implantátů pro děti je to právě endonazální chirurgie, kterou se zabývají kolegové na klinických ORL pracovištích. Je to rychlá a účinná metoda, kdy pomocí jemné techniky dokážeme přístupem z nosu odstranit polypy, jakékoli cisty, případně nádory. Pracuje se pod monitorem a pacient je v celkové anestezii, takže lékař může v klidu pracovat a pacient neodchází s pocitem bolesti.

Na co se specializujete?

Nejčastějšími pacienty mé ambulance jsou děti se sekretorickou otitidou, u nichž dochází ke spontánní perforaci bubínku. Tento problém je třeba řešit komplexně, nejen z ORL hlediska. V těchto případech provádíme tympanometrii a pacienty sledujeme. Samozřejmě je spolupráce s rodiči. Mám vždy velkou radost, když se léčba podaří a dítě je bez obtíží.

Dostanete se dnes ještě na operační sál?

K operování se už nedostanu. Dřív jsem chodila operovat do Thomayerovy nemocnice, ale by-

lo to obtížné pro obě strany. Stávalo se, že mě v ambulanci zdržel pacient, a oni na mě s operací museli čekat. Nebo jsem přijela do nemocnice a oni měli skluz v programu, takže jsem pak zase musela čekat já, než jsem se dostala na řadu. Skloubit to navzájem bylo neskutečně obtížné a časově náročné.

A proč jste vlastně odešla z klinické praxe do ambulantní sféry, nestýská se vám?

Stýská. Pracovala jsem zatím jen na dvou klinických pracovištích, a to ve VFN a pak jsem v roce 1992 absolvovala tříměsíční stáž na University of Washington State v Seattlu, což je jedna z největších klinik v Americe.

V té době jsem měla poměrně složitou rodinnou situaci. Rozvedla jsem se a zůstala sama s desetiletou dcerou. Rozhodně jsem nechtěla, abych sloužila a dcera aby trávila noci sama doma. Racionálním řešením bylo, že budu pracovat v ambulantním zařízení. Ovšem nechtěla jsem pracovat sama, chtěla jsem mít kolem sebe kolegy-odborníky, s nimiž se budu moci poradit. A tak vznikly Lékařský dům a Centra komplexní péče.

Co vás na práci na americké klinice nejvíce zaujalo? Pokulhávala naše ORL za americkou?

Tenkrát jsme pokulhávali, protože tam se prováděly opravdu rozsáhlé operace. Tamní lékaři vyměňovali čelisti, nahrazovali je implantáty, operovali ve spolupráci s neurologem. Během výkonů se střídali operatři i sestřičky, aby nebyli unavení. Asi nejvíce mě zaujalo, že profesor se chodil dívat, jak operují sekundáři. Vždycky se jenom přimyl, pomohl a šel na vedlejší sál, takže ta výuka vlastně probíhala neustále. Hledání a zaměstnávání nových zkušených chirurgů tak bylo snazší, protože profesor si je vychovával a zároveň je viděl při práci. Bylo tam 40 operačních sálů. Takový komfort jsem už pak nikdy nezažila.

Jaký je dneska pohled na odstranění krčních mandlí?

Já tento problém řeším trochu opatrněji. V případě hypertrofické adenoidní vegetace, která



Foto: Jaroslav Tatek

dělá potíže ve smyslu opakovaných zánětů středního ucha, infekcí horních cest dýchacích či sinusitidy, je určitě na místě ji odstranit, protože dochází k obstrukci ústí Eustachovy trubice. Adenotomie se doporučuje na celém světě. Problematiku krčních mandlí primárně řeším konzervativně, ve spolupráci s několika středisky, zejména s alergologem a imunologem. Při cílené léčbě nedochází k indikaci tonzilektomie. Tato indikace je na místě tehdy, pokud má pacient vysokou hladinu protilátek proti streptokokům a může docházet k poškození srdce nebo ledvin. Jako v ostatních lékařských oblastech je důležitá mezioborová spolupráce.

Máte ambulanci a čtyři zdravotnická zařízení. Zaměstnáváte spoustu lidí. Máte nějaké problémy s platbami od zdravotních pojišťoven?

Vždy záleží na spolupráci s pojišťovnou, kdy se předem snažíme dohodnout na stanovení odpovídající výše měsíčních plateb a tím i zúčtování daného kalendářního roku zasazené do reálného ekonomického rámce.

Jaké odbornosti se vám nejhůře shání?

Obtížně se ze začátku sháněli rehabilitační lékaři. Myslím, že je jich poměrně málo a jejich pozice je velmi důležitá. Domnívám se, že po vybudování Centra kom-

plexní péče zájem kolegů o práci u nás stoupá. K posílení zájmu přispěl i profesor Lewit, jehož sté výročí budeme letos slavit.

Neříkáte si zavalena administrativou?

Vůbec si nedovedu představit, že bych administrativu zpracovávala sama. Naštěstí mám výhodu, že pracujeme jako tým, ve kterém je každý pověřen nějakou činností. Je tím usnadněno zabývat se detailněji jednotlivými oblastmi.

Jaký je váš názor na zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví?

Věřím, že pro mnoho zdravotnických zařízení se jedná o ekonomický výpadek. Poplatky také částečně pomáhaly regulovat návštěvnost lékařů.

Ve zdravotnictví jsou poměrně časté změny. Jak na ně reagujete?

V privátní praxi pracuji od roku 1992. Těch změn už bylo tolik, že si myslím, že český lékař v ambulantním sektoru je značně adaptabilní a ví, že musí neustále sledovat, co se děje, a reagovat na neustálé změny. Do budoucna jistě proběhne v České republice rozsáhlá reforma zdravotnického systému, která zamezí neustálemu vytváření dílčích změn a povede ke stabilizaci tohoto sektoru.

Valorizace plateb za státní pojištěnce

Ministerstvo zdravotnictví odeslalo v polovině dubna do vnitřního připomínkového řízení návrh nařízení vlády, kterým se s účinností od 1. 1. 2016 zvyšuje platba za státní pojištěnce ze stávajících 845 na 904 korun. Proti je ministerstvo financí, podle nějž navýšení jen prohloubí deficit a oddálí systémové změny.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček očekává, že návrh by mohla vláda schválit do konce června.

Doplatit lékařům a sestřím

„Je nutné si uvědomit, že suma, kterou stát platí za státní pojištěnce, je nejnižší kategorií pojištěného. I osoba, která nemá žádné příjmy, platí pojištění ve výši 1242 Kč, tedy skoro o polovinu více. Na druhou stranu jsou státní pojištěnci kategorií, která čerpá významně více péče, než kolik za ni stát do systému odvádí. Tím, že byla pravidelná valorizace zrušena, přišlo zdravotnictví jen od roku 2011 o zhruba 19 miliard korun. Navrhované navýšení tuto ztrátu v žádném případě nepokryje celou. Uvědomme si, že přes veškeré úspory, které hledáme uvnitř systému, se

například tolik potřebné další zvyšování platů zdravotníků bez navýšení platby za státní pojištěnce prakticky nedá realizovat,“ připomněl ministr Němeček.

Zvýšení odvodů za státní pojištěnce by mělo do systému zdravotního pojištění přinést zhruba 4,2 miliardy korun. Jak ministr Němeček řekl, navrhl navýšení zejména proto, že ČR začíná mít významný problém se zajištěním zdravotnického personálu – sester i lékařů. „Musíme konkurovat výrazně bohatším západním zemím. Pokud chceme pokračovat v navýšování platů, tak se bez navýšování odvodů za státní pojištěnce neobejdeme,“ uvedl ministr zdravotnictví. „Zdravotnická zařízení unisono hlásí, že zaznamenávají čím dál více odchodů sester do zahraničí, kde jsou lépe zaplacené. Abychom mohli tento trend alespoň zbrzdit,

musíme v navýšování platů zdravotnického personálu pokračovat. V českých nemocnicích je 600 neobsazených sesterských míst,“ varoval Svatopluk Němeček.

MF: valorizace jen zvýší deficit

Proti navýšení stojí ministr financí Andrej Babiš (ANO), který se domnívá, že prostředky na zvýšení platů sester a lékařů lze zajistit zefektivněním systému zdravotnictví, aniž by byly platby za státní pojištěnce valorizovány. Jak uvedl mluvčí ministerstva financí Radek Ležatka, úřad nepovažuje české zdravotnictví za zásadně podfinancované a lze v něm najít významné úspory. „Valorizace plateb za státní pojištěnce tak, jak je navrhovaná ministerstvem zdravotnictví či Českou lékařskou komorou, není koncepční, ale bude

znamenat pouze navýšování výdajů ze státního rozpočtu a tím prohlubování deficitu. Toto nepřinese zdravotnictví dlouhodobou stabilitu, ale jen uměle oddálí potřebu strukturálních změn,“ uvedl v reakci na předložení návrhu ze strany MZ mluvčí Ležatka.

Každoroční navýšení

Jenže podle ministerstva zdravotnictví je nyní situace resortu po ekonomické stránce stabilizovaná. „Výsledky všech úsporných opatření jsou používány k tomu, aby se pojištěncům dostala péče na náležitě odborné úrovni, odpovídající moderním trendům. Stárnutí populace a pokrok v medicíně ale s sebou nesou pro zdravotnictví stále vyšší náklady,“ uvedlo na svou obranu ministerstvo, které navíc argumentuje tím, že zá-
měr valorizace je uveden v koalici-

vní smlouvě, pod níž jsou podepsány jak ČSSD, tak ANO.

„Stále platí programové prohlášení vlády, koaliční dohoda a všechny koaliční strany si přejí, abychom tady měli kvalifikované lékaře a sestry. To bez zvyšování platů nejde a to není možné bez zvyšování odvodů za státní pojištěnce. Je věcí koalice, aby o tom, s vědomím odpovědnosti za české zdravotnictví, jednala,“ odpověděl Svatopluk Němeček na dotaz, zda prosadí navýšení u koaličních partnerů, zejména ministra financí Babiše. Spor nad koaliční smlouvou je nyní očekáván nejen ve vládě, která jej nyní začne projednávat. Jednat by o něm měla také koaliční rada. Ministr Němeček navíc nyní připravuje návrh zákona, kterým by se valorizace plateb za státní pojištěnce děla pravidelně. Dle legislativního plánu vlády ji chce předložit ve druhé polovině roku 2015. Vzhledem k délce legislativního procesu počítá s tím, že pravidelný valorizační mechanismus by platil od 1. 1. 2017.

(kdu)

Inzerce M151000422



1990 25LET 2015



IX. SYMPOZIUM AGEL

CIVILIZAČNÍ CHOROBY A NEMOCI TŘETÍHO VĚKU

1. - 2. 10. 2015

HOTEL NH COLLECTION OLOMOUC CONGRESS

SYMPOZIUM SE KONÁ POD ZÁŠTITOU

Ing. Tomáše Chrenea, Ph.D.
předsedy dozorčí rady AGEL a.s.

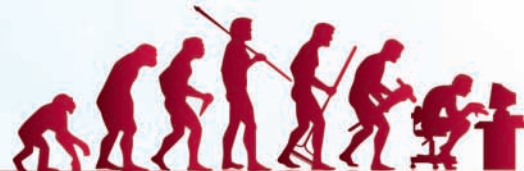
PREZIDENT SYMPOZIA

MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH
předseda představenstva AGEL a.s.

PŘEDSEDA ORGANIZAČNÍHO VÝBORU

prof. MUDr. David Stejskal, Ph.D., MBA, EurChem
člen lékařské rady AGEL a.s.

Více informací a registrace na
symposium.agel.cz



Z REGIONŮ

Praha odvolala ředitele záchranné služby

Pražští radní po 16 letech odvolali z funkce ředitele Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy Zdeňka Schwarze. Stalo se tak po vleklých sporech Zdeňka Schwarze s odbory organizace a některými zaměstnanci. Postup města kritizuje opozice.

Ředitel Schwarz byl odvolán v době, kdy pobýval na služební cestě. Svě odvolání označil za důsledek šikany ze strany odborů. Radní pro zdravotnictví Radek Lacko (ANO) neuvěděl konkrétní důvody ředitelova odvolání. Zdů-

raznil ale, že ani jedna ze stran, tedy Zdeňk Schwarz ani zdravotnické odbory jeho organizace, nebyla ochotna dojít ke kompromisnímu řešení.

V lednu tohoto roku došly spory mezi vedením záchrany a odbo-

ry do fáze, kdy odborová organizace vyhlásila stávkovou pohotovost. Tu podpořilo 170 z celkového počtu 430 zaměstnanců záchranné služby. Zaměstnanci si stěžují zejména na špatné chování vedení záchrany.

Audit odhalil jen špatné vztahy

Magistrát hl. m. Prahy jako zřizovatel nechal kvůli stížnostem vypracovat audit. Ten označil finanční formu organizace za dobrou a nedoporučil ani personální

změny, upozorňoval ale na velmi autoritativní způsob vedení ZZS a špatnou pracovní atmosféru. Audit také doporučil řešení týkající se pracovní doby operátorů a výjezdových skupin. Podle radního Lacka je odvolání dlouholetého ředitele krokem, který uklidní situaci. Zdeňk Schwarz bude ve vedení působit do konce června. Magistrát se chystá vypsat výběrové řízení na nového ředitele. (ČTK, ISO)

Krátce z regionů

• Nemocnici v Hustopečích bude provozovat Jihomoravský kraj

Rada Jihomoravského kraje doporučila krajskému zastupitelstvu zřídit od května příspěvkovou organizaci Nemocnice Hustopeče. Kraj se tím připravuje na roli zřizovatele nemocnice a garanta jejího provozu. Opozice s tímto krokem nesouhlasí. Záměrem kraje je zachovat v nemocnici stávající rozsah zdravotnických služeb, případně je rozšiřovat. „Je to minimum, které do budoucna vidíme, spíše budeme hledat další cesty jak zatraktivnit nabídku poskytování veřejných zdravotních služeb. Nemocnice zůstane nadále pevně spojena s regionem Hustopečska, Jihomoravský kraj ji přijme do sítě krajských zdravotnických zařízení. Zachraňujeme tak tuto nemocnici jako součást veřejného zdravotnictví,“ uvedl hejtman Michal Hašek v prohlášení na webových stránkách Jihomoravského kraje. Nemocnice hledala nového zřizovatele od minulého roku. Ztrátový rozpočet a dluhy v desítkách milionů korun neúměrně zatěžovaly město. Kraj se s městem Hustopeče domluvil a získal i povolení ministerstva financí. Provoz nemocnice převzme k 1. červenci 2015.

• Karlovarský kraj dál centralizuje péči, přestavba se pravděpodobně prodlouží

Ukončení přestavby Karlovarské krajské nemocnice (KKN) se odkládá. Náročný projekt, financovaný peněží Karlovarského kraje a dotacemi z ROP Severozápad, měl být dokončen do října. Kraj ale požádal Úřad Regionální rady o prodloužení termínu dokončení. „Průběh prací samozřejmě pravidelně monitorujeme, osobně jsem se účastnil kontrolního dne. Vše se podřizuje tomu, aby byl harmonogram stavby s termínem ukončení 15. října dodržen. I přesto chci znovu apelovat na představitele Úřadu Regionální rady, aby k požadavkům na změny termínu dokončení projektu přistupovali s ohledem na specifika a význam takové akce, jakou je právě centralizace v karlovarské nemocnici,“ uvedl náměstek hejtmana Karlovarského kraje Jakub Páník ve svém vyjádření. Celkové náklady na projekt činí více než 121 milionů korun. Podle Jakuba Pánika kraj připravuje i celkovou novou koncepci zdravotnictví a strategii na další období. Součástí probíhající analýzy je i audit KKN.

• V Lázních Bohdaneč vzniká centrum čínské medicíny

Lázně Bohdaneč rozšiřují své služby i o péči v oblasti tradiční čínské medicíny. Nové centrum bude otevřeno v květnu. Na léčbu lázeňských hostů budou dohlížet odborníci z čínských univerzit, kde se tradiční me-

dicína vyučuje. Spolupracovat s nimi bude tým lékařů FN Hradec Králové, který bude mít na starosti dohled nad sloučením tradiční čínské medicíny a evropských standardů. Centrum bude otevřeno v pavilonu Veselý, kde budou k dispozici různé druhy terapií jako například akupunktura, masáže a fyto terapie.

• Zlínský kraj chce investovat stovky milionů do Kroměřížské nemocnice

Rada Zlínského kraje na začátku května schválila aktualizaci plánu investičního rozvoje (generel) pro Kroměřížskou nemocnici. „Jedná se o strategický materiál, který reflektuje současné podmínky nemocničního provozu a stanovuje a zdůvodňuje koncepční směřování dalšího rozvoje nemocnice. Schválená aktualizace rozvoje zohledňuje především stav budov v tomto areálu a reaguje na modernizaci léčebných metod, zkracování doby hospitalizace i na poptávku po některých zdravotnických provozech,“ uvedla pro naši redakci tisková mluvčí kraje Renata Škrobálková. V nemocnici by měl vzniknout nový centrální příjem, v plánu je také propojení některých budov. Současné odhady investic do modernizace nemocnice se pohybují kolem 500 milionů korun. Konečná částka ale není doposud stanovena. Další postup a kon-

krétní plán realizace jsou vázány na aktuální ekonomické možnosti kraje, uvedla mluvčí.

• Jesenícká nemocnice zažalovala stát kvůli financování

Vedení Jesenícké nemocnice, s. r. o., žaluje stát kvůli údajně nevhodnému financování soukromých nemocnic. Pro novinaře to uvedl ředitel nemocnice Jan Jedlička. Nemocnice je ve sporu se státem dlouhodobě. Důvodem je, že ministerstvo zdravotnictví a další instituce dohlížející na chod nemocnice odmítají přístup k vícezdrojovému financování. „Podali jsme stížnost k Evropské komisi, která byla ve všech bodech přijata a nyní se řeší. Poté jsme podali ve spolupráci se 17 senátory stížnost k Ústavnímu soudu na ministerstvo zdravotnictví ohledně úhradové vyhlášky. Podali jsme i žalobu k civilnímu soudu na Českou republiku na náhradu škody. Nám už nezbylo nic jiného než použít tyto mně nesympatické metody a uvidíme, jaký to bude mít dopad,“ řekl Jan Jedlička. Olomoucký kraj má už řadu let problémy s provozováním zdravotní péče na Jesenícku. Jesenícká nemocnice přitom pečuje o více než 40 tisíc obyvatel.

• V Harrachově proběhla konference odborníků spinálních jednotek

Konferenci, která se konala koncem dubna, pořádala spinální jednotka Krajské nemocnice Liberec ve spolupráci s Českou společností pro míšní léze. Na 150 účastníků se věnovalo problematice míšní léze v chronické fázi.

„Tentokrát jsme zvolili témata zasahující hlavně do oblastí chronické fáze, kde vidíme hlavní rezervy jinak dobře propracovaného systému. Odborné setkání je určeno pro lékaře, všeobecné sestry, fyzioterapeuty, ergoterapeuty i sociální pracovníky. Společně odborné jednání přispívá pokaždé k rozšíření pohledu na současné možnosti péče o plegické pacienty,“ uvedl primář liberecké spinální jednotky Jaroslav Šrám. Krajská nemocnice Liberec disponuje spinální jednotkou od roku 2003. Ročně se zde setkají s cca 50 akutními případy pacientů s poškozením míchy a 60 plegiky s chronickými potížemi. „V poslední době můžeme pozorovat věkový nárůst primárně hospitalizovaných pacientů, kde dominují neúrazové léze míšní, například ischemického původu, z důvodu krvácení, případně v souvislosti s růstem nádoru. Péče o tyto pacienty je finančně náročnější, ale především ošetřovatelsky komplikovanější s ohledem na množství přidružených onemocnění,“ dodal primář.

(ISO)

Inzerce M151000487

B-Plus Project Ltd je jedna z předních švýcarských společností, která se specializuje na projektový management v oblasti medicíny.



NABÍZÍME LÉKAŘSKOU PRAXI VE ŠVÝCARSKU

těm lékařům do našeho nového zdravotního střediska:

všeobecný lékař • pediatr • gynekolog



Švýcarsko má zdravotnický systém na vysoké úrovni, stabilitu ekonomickou, politickou, daňovou, měnovou, bezpečnostní a mimořádně vysokou životní úroveň. Minimální praxe uchažeče 5 let v oboru, znalost NJ či FJ na úrovni B2-C1 podmínkou.

Máte-li zájem o tuto práci nebo máte nějaké dotazy, neváhejte a kontaktujte nás.

Poskytneme vám zdarma veškerou podporu administrativní včetně zavedení se v novém prostředí.

Těšíme se na vás!

M. Švecová, madlous@centrum.cz, 605 543 719

Právní aspekty užití biosimilars

Problematika *biosimilars* (přípravků podobných originálním biologickým lékům) je poměrně nová. Jsou tyto látky stejně bezpečné a účinné jako originální molekuly? Lze je mezi sebou volně zaměňovat? A jaké jsou právní dopady jejich užití? Na tyto otázky se pokusili odpovědět odborníci z oblasti medicínského práva, farmakologie a farmakoekonomiky v průběhu semináře, který proběhl koncem dubna na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR.

„Je třeba, abychom si ujasnili, do jaké míry *biosimilars* chceme a budeme podporovat. Tyto léky mají jistě význam z hlediska ekonomického, na druhé straně je třeba zajistit a prověřit, aby byly stejně účinné jako originální látky,“ uvedl předseda Výboru pro zdravotnictví poslanecké sněmovny prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.

Biosimilars v naší legislativě

„Pro právníka jsou *biosimilars tabula rasa* – tedy neregulovaná, právně neupravená oblast, pro niž zatím nejsou k dispozici stanoviska relevantních institucí, jako je ministerstvo zdravotnictví, ani judikatura,“ konstatovala přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva MUDr. Mgr. Jolana Těšinová z 1. LF UK, která se pokusila vymezit právní rámec této problematiky.

Z hlediska práva je nutno vycházet z evropských předpisů (směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES, o kodexu Společenství týkajícím se humánních léčivých přípravků; Nařízení Evropského parlamentu a Rady 726/2004), dále pak z české legislativy (zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech; vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi). „Zásadní je pro nás i předpoklad, že podle odborníků originální biologický lék a *biosimilars* nejsou a nemohou být nikdy shodné,“ řekla Jolana Těšinová. Z pohledu právních dopadů se pak vyjádřila ke třem oblastem užití *biosimilars*: a) zaměnitelnosti na úrovni výdejního řetězce, b) záměně (*switch*)

originálu za *biosimilars* a c) podání *biosimilars* naivnímu (dosud neléčenému) pacientovi.

Může farmaceut provést switch?

Oblast zaměnitelnosti na úrovni výdejního řetězce není podle Mgr. Těšinové právně upravena. Vzhledem k tomu, že v případě *biosimilars* nejde o zaměnitelné, ale o „podobné“ látky, nelze zde použít pravidla určená pro generickou substituci. Možným právním řešením by byl zákaz automatické substituce farmaceuty, tak jako k tomu došlo již v některých zemích.

Podle prezidenta České lékařnické komory PharmDr. Lubomíra Chudoby však v tuto chvíli není potřeba oblast týkající se záměny biologik za *biosimilars* legislativně upravovat, neboť podle současné legislativy (zákon o léčivech) tato záměna možná není. „Lékařnická komora vydala závazné stanovisko, ve kterém je uvedeno, že z pohledu lékaře není možná generická substituce a tedy ani záměna za *biosimilars*,“ zdůraznil Lubomír Chudoba.

Biosimilars nejsou generika

V otázce, zda může lékař provést *switch*, tedy převést pacienta rozléčeného originálními biologiky na *biosimilars*, se protínají medicínské a ekonomické aspekty. Jak ale Jolana Těšinová vysvětlila, vzhledem k odlišné povaze biologik a *biosimilars* je zde potenciální riziko pro pacienta, a tudíž ekonomické aspekty nemohou být dostatečným důvodem pro tento *switch*. „Vystavit pacienta tomu-

to riziku lze pouze v rámci klinické studie nebo v případě krajní nouze,“ řekla právnička. Současně uvedla, že si je vědoma tlaku, kterému jsou v řadě zdravotnických zařízení lékaři vystaveni ze strany poskytovatelů, za účelem preskripce *biosimilars* z ekonomických důvodů. Převedení na levnější variantu léčby z jiných než medicínských důvodů by však podle ní mohlo být posuzováno jako nesprávný odborný postup (*non lege artis*).

Daný závěr zpochybnil profesor Vyzula, který konstatoval, že „lékař se přece opírá o výsledky vědy a výzkumu stejně jako názor odborných společností a rozhodnutí regulačních orgánů, které *biosimilars* schválily“, a položil otázku, proč by tedy nemohla být *biosimilars* indikována stejně jako originální biologické léky. „Výše uvedené nemíním, že lékař, který podá *biosimilars*, je trestně odpovědný. Problém ale může nastat, pokud po provedení záměny dojde k újmě na zdraví. V případě žaloby by totiž mohlo být posuzováno, zda k tomu byly medi-



Ilustrační foto: Shutterstock

ciňské, nikoli pouze ekonomické, důvody,“ upřesnila MUDr. Těšinová.

Právně odpovědný poskytovatel?

U nově indikovaných (naivních) pacientů z pohledu práva lze podat *biosimilars*, přičemž odpovědný za tuto volbu je ošetřující lékař. Ten je také právně odpovědný v případě žaloby týkající se újmy na zdraví. V současnosti se ovšem projednává novela zákona o trestní odpovědnosti právnických osob. V návrhu jsou nově

zakotveny trestné činy proti životu a zdraví.

„Pokud by došlo ke schválení, znamenalo by to obrovský průlom v historii odpovědnosti poskytovatelů zdravotních služeb, neboť dosud jsme měli jen trestní odpovědnost fyzické osoby. Tato odpovědnost poskytovatele by se vztahovala na užití léčivých přípravků obecně. Nemocnice by tak mohla například čelit žalobě, pokud by došlo k újmě na zdraví v důsledku nežádoucích účinků léků,“ upozornila Mgr. Těšinová.

Andrea Skálová

Inzerce M151000461

Komplexní bezpečnostní služby poradíme, realizujeme, zasáhne

Nabízíme bezpečnostní poradenství, projekci kompletní realizaci, záruční/pozáruční servis včetně služby nepřetržitého dálkového dohledu a bezpečnostního zásahu v celé ČR.

12 726

ALKOM

V Holešovičkách 10, 180 00 Praha 8
tel.: 242 490 222, fax: 242 490 507
e-mail: alkom@alkom.cz, www.alkom.cz

První *biosimilar* bylo Evropskou lékovou agenturou registrováno v roce 2006. V České republice jsou na trhu od roku 2010 tři skupiny (růstový hormon, epoetin, faktor stimulující kolonie granulocytů – G-CSF). Na konci roku 2013 bylo uvedeno na trh *biosimilar* infliximabu. Zatímco u G-CSF dosáhla penetrace *biosimilars* 98 % a u epoetinu 22 %, u růstového hormonu to byly jen 3 % (rok 2013). Zavedením *biosimilars* došlo ke zlevnění léčby – pokles ceny u růstových hormonů o 16 %, u G-CSF o 23% a u epoetinu o 39 %.

Zdroj: ČAFF

ZE ZAHRANIČÍ

USA odmítají podporovat modifikaci DNA embryí

Americký Národní institut zdraví (NIH) oznámil, že umělé zasahování do DNA lidského embrya je „hranicí, která by neměla být překonána“, a potvrdil tak, že se USA nebudou podílet na financování tohoto výzkumu.

Ředitel NIH dr. Francis Collins prohlášením reagoval na zprávy, že první zásahy do DNA lidských embryí provedli čínští vědci. Podle něho jsou s modifikací DNA spojeny „závažné a neodhadnutelné bezpečnostní dopady“ a velké etické otázky, ačkoli neexistují žádné přesvědčivé medicínské podklady pro takový výzkum. NIH jej proto nebude finančně podporovat.

Technologie CRISPR, která představuje zatím nejpreciznější způsob zasahování do lidské DNA, znamenala v genetice průlom. Zároveň však rostou obavy, že bude metoda zneužita pro úpravu embryí a vytváření „děti podle objednávky“. Průkopník klonování dr. Tony Perry pro BBC před nedávnem uvedl, že takovéto děti „již nejsou pouze fantazií H. G. Wellse“. Časopis *Nature* pak navíc uveřejnil zprávu, že k podobným pokusům již ve světě došlo.

Čínské prvenství

Tým vědců z čínské Sunjatsenovy univerzity v provincii Kuang-Tun oznámil, že se jim pomocí meto-

dy CRISPR povedlo upravit v lidských embryích ty části DNA, jež byly zodpovědné za vznik beta-talasemie. Podle časopisu *Protein and Cell*, který o jejich světovém prvenství informoval, byla korekce DNA úspěšná v 7 z 86 pokusů. Při pokusu byla použita života neschopná embrya, během zásahu do nich došlo i k mutacím v genetickém kódu, které nebyly zamýšleny.

Vědecká obec po celém světě se k podobným studiím zatím staví spíše negativně a volá po diskusi, která by se problematikou zabývala. Postoj amerického NIH je však jednoznačný – výzkum modifikace DNA v lidských embryích by měl být zastaven.

Ovlivnění příštích generací

„Problematika změny DNA v lidských embryích pro klinické účely je předmětem debat již několik let, a to z mnoha různých perspektiv. Většina odborníků se ale shoduje v tom, že se jedná o hranici, za kterou bychom už jít neměli,“ říká dr. Collins, který je

klíčovou postavou projektu Human Genome Project. „Díky stále dokonalejším technologickým postupům máme k dispozici poměrně elegantní způsoby úpravy lidského genomu, ale zároveň zůstávají v platnosti silné argumenty proti takovéto praxi. Ty zahrnují nejen obavy z bezpečnosti, ale také etické otázky spojené především s tím, že zásahy do DNA představují ovlivnění příštích generací, které s nimi však nemají možnost souhlasit. Navíc stále nemáme dostatek přesvědčivých medicínských důvodů pro něco takového,“ je přesvědčen ředitel NIH.

S jeho postojem souhlasí i dr. Marcy Darnovsky z amerického Centra pro genetiku a společnost. „Neexistuje žádný medicínský podložený argument pro zásah do DNA embrya. Například už jen proto, že dědičné, geneticky podmíněné poruchy mohou být podchyceny v rámci embryonálního screeningu,“ upozorňuje lékařka.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Švýcarsko: více žen i cizinců

Stejně jako v předchozích letech také loni vzrostl ve Švýcarsku počet profesně činných lékařek a zvýšil se i podíl lékařů-cizinců, resp. těch, kteří získali medicínské vzdělání v zahraničí.

Vyplývá to ze statistiky švýcarské lékařské komory (FMH). Trend nárůstu počtu lékařek přitom ovlivňuje jak věkové složení profesního stavu, tak pracovní „penzum“. Zvyšující se podíl žen v náročném povolání také představuje riziko, že budou volit dřívější odchod do důchodu a mohly by se tak vyskytnout problémy se zajištěním zdravotní péče. Podíl jedinců s diplomem ze zahraničí představuje už téměř třetinu v rámci zhruba 34 tisíc profesně činných lékařů v tomto státě.

Volání po větším zapojení státu

Oproti roku 2013 vzrostl počet lékařů o 1100. V profesi sice zatím

působí přes 60 procent mužů, ale podíl žen se od roku 1990 kontinuálně zvyšuje v průměru o téměř 5 % ročně, zatímco lékařů přibývá jen zhruba 1 %. FMH vyzývá státní správu, aby na tento trend reagovala vhodnými opatřeními. Ve věkové skupině do 35 let jsou ženy zřetelně v převaze, teprve od 40 let převažují muži. V ambulantním sektoru lékařky zvýšenou měrou potřebují částečné pracovní úvazky a ty bývají kratší než u mužů. V lůžkové péči se částečné úvazky vyskytují zatím zřídka, pracovní povinnosti a doškolování to příliš neumožňují, uvádí FMH. Ženy nyní převažují na úrovni lékařských asistentů (přes 57 %),

ale na různých vedoucích pozicích se jejich podíl pohybuje mezi 10 a 43 %. Pokud jde o lékaře s původem či vzděláním v zahraničí, nejvíce jde o jedince ze zemí nejbližší Švýcarsku. Jejich podíl v profesi se liší podle regionů: od 24 % v ženevské oblasti po 46 % v Tessinu. Podle FMH by se stát měl mimo jiné finančně zapojit do profesního vzdělávání (kantonů na to samy „nestačí“), do deseti let vytvořit alespoň dalších 250 studijních míst (kantonů na fakultách limitují počet studentů) a i dalšími nástroji zatraktivnit lékařské vzdělávání i povolání.

(vla)

WHO varuje před epidemií porodů císařským řezem

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své zprávě upozornila na trend výrazného zvýšení počtu porodů císařským řezem. Organizace dokonce hovoří o epidemii tohoto zákroku.



Illustrace foto: Shutterstock

Podle WHO patří k hlavním příčinám rostoucí oblíbenosti císařského řezu skutečnost, že se ženy vyhýbají porodním bolestem a lékaři mohou porod dopředu naplánovat. Císařský řez se stal nejčastěji prováděnou operací na světě.

Vyšší riziko komplikací

Nejvíce je dle zprávy trendem zasažena Latinská Amerika, kde se takto rodí 38,9 % dětí. Světový „rekord“ v počtu porodů císařským řezem pak drží Brazílie s 54 % takto narozených nemluvňat. Ve Spojených státech amerických přijde na svět císařským řezem 33 %

dětí, v Evropě pak 24 %. Rok od roku se však tyto průměry zvyšují. WHO varuje, že lékaři přistoupením na žádost ženy o porod císařským řezem riskují zdravím matky i dítěte. Riziko úmrtí rodičky je při něm 8krát vyšší a riziko nemocí dýchacích cest u dítěte až 120krát vyšší než u porodu přirozenou cestou. „V řadě rozvojových, ale i rozvinutých zemí propukla přímo epidemie císařských řezů. Provádějí se i v případech, kdy k tomu neexistují žádné medicínské důvody,“ upozorňuje Marleen Temmermanová z WHO.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Jihoafrický soud přiznal muži právo zemřít s pomocí lékařů

Jihoafrický soud vynesl přelomový rozsudek, když přiznal terminálně nemocnému muži právo na asistovanou sebevraždu.

Pretorijský Nejvyšší soud rozhodl, že pětadesátiletý Robin Stransham-Ford, jemuž byl v roce 2013 diagnostikován zhoubný nádor prostaty, může požádat lékaře, aby mu pomohli zemřít. Soudce Hans Fabricius zdůraznil, že v takovém případě nemůže být lékař, který bude u pacientovy sebevraždy asistovat, jakkoli trestně odpovědný, pokud jde o jeho profesi. Soudce navíc rozhodl, že v takovém případě nemůže být lékař, který bude u pacientovy sebevraždy asistovat, jakkoli trestně odpovědný, pokud jde o jeho profesi. Soudce navíc rozhodl, že v takovém případě nemůže být lékař, který bude u pacientovy sebevraždy asistovat, jakkoli trestně odpovědný, pokud jde o jeho profesi.

Spory o dopad rozsudku

Robin Stransham-Ford krátce po vynesení rozsudku zemřel. Podle organizace propagující v zemi právo na asistovanou sebevraždu Dignity SA, jež muži pomohla v soudním sporu, „skončil v míru, přirozenou smrtí“. Na soud se pacient obrátil především kvůli to-

mu, aby svému ošetřujícímu lékaři zajistil beztržnost v případě, že mu pomůže dobrovolně odejít ze světa.

Státní žalobce po rozhodnutí soudu uvedl, že je připraven rozsudek napadnout. Jak uvedl mluvčí Mthunzi Mhaga, rozhodnutí bylo „nebezpečným precedentem“ a mělo „velký dopad“ jak z hlediska zdravotnického, tak i právního. Hans Fabricius se však proti takovému tvrzení ohradil s tím, že se rozsudek týkal pouze Robina Stranshama-Forda a každý další podobný případ by musel být posuzován samostatně. Proti Fabriciovi rozhodnutí se ostatně postavilo i ministerstvo zdravotnictví a jihoafrická lékařská komora. Naopak Dignity SA jej označila za vítanou šanci na přiznání práva na smrt.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Krátce ze světa

• **Americký** právník Albert Watkins se snaží odhalit, zda dnes již neexistující porodnice v St. Louis v 50. a 60. letech minulého století nelegálně neodebírala děti chudým černošským ženám. Vyšetřování začalo poté, co byl zveřejněn případ Zelly Jacksonové Priceové, jež se letos v březnu po více než 50 letech setkala se svou dcerou Melanií, o které jí zdravotníci zmíněné porodnice řekli, že zemřela hned po narození. Albert Watkins tvrdí, že podobný příběh slyšel od více než 20 černošských žen, které v té době porodily ve stejné nemocnici. Konkrétně, že jim sestry řekly, že dítě zemřelo, ale nebylo jim dovoleno vidět jeho tělo ani nedostal úmrtní list. Podle právníka byly tehdy děti nejspíš adoptovány jinými černošskými rodinami. Úřady v St. Louis proto již vyzval, aby všechny podobné případy prověřily. Bývalí zaměstnanci jakákoli obvinění popírají.

• Guvernér **amerického** státu Iowa Terry Branstad vyhlásil nouzový stav kvůli rychle se šířícímu viru H5N1 (tzv. ptačí chřipka). Na postižených farmách je soustředěno odhadem na 2,3 milionu kusů drůbeže, která bude muset být vybita. „Třebaže ptačí chřipka nepředstavuje významné riziko pro lidi, bereme tuto záležitost vážně a věříme, že vyhlášení nouzového stavu je tím nejlepším způsobem jak zpřístupnit všechny potřebné zdroje,“ napsal guvernér prohlášení.

• Výzkum vedený Davidem Richem z Rochesterské univerzity ukázal,

že v období letních olympijských her (LOH) v roce 2008 v **Pekingu**, kdy byla přísněji kontrolována čistota ovzduší, přicházely v Pekingu na svět novorozenci s vyšší porodní hmotností než v letech, kdy bylo ovzduší v čínské metropoli více zamořené. Podle výsledků měly během LOH plody v osmém měsíci těhotenství v průměru o 23 gramů vyšší hmotnost než plody ve stejném stupni gravidity předchozí nebo následující rok. V ranějších měsících gravidity však nebyly významnější hmotnostní rozdíly zaznamenány.

• Světová zdravotnická organizace (WHO) oznámila, že **Severní a Jižní Amerika** se staly prvními regiony, kde došlo k vyměnění zarděnek. Nynější případy onemocnění, které jsou na těchto územích zaznamenávány, sem byly zavlečeny z jiných částí světa. Zarděnky jsou po neštovicích a dětské obrně v pořadí třetí infekční chorobou, kterou se podařilo z Jižní a Severní Ameriky vytláčit. Ve Spojených státech amerických byly zarděnky prohlášeny za vymřelé již v roce 2004.

• **Evropský** parlament požaduje, aby byly lahve s alkoholickými nápoji opatřeny informacemi o kalorické hodnotě, varováním pro těhotné a dalšími údaji. Vyplývá to z usnesení o strategii EU v boji proti zdravotním rizikům spojeným s alkoholem. Evropské státy by podle přijatého textu měly

účinněji předcházet konzumaci alkoholu zvláště mládeží a dalšími rizikovými skupinami lidí. Europarlament proto vyzval členské země, aby zajistily protialkoholové reklamní kampaně zaměřené na mladé. Státy mají také zabránit tomu, aby mládež byla vystavena reklamě propagující alkohol. Poslanci chtějí více upozornit i na vztah mezi alkoholem a rizikem obezity. Parlament vyzval Evropskou komisi, aby nejpozději do roku 2016 přišla s návrhem normy, jež by zavedla povinné zveřejňování kalorické hodnoty nápojů. Navržené změny mají být podle europoslanců součástí širší strategie týkající se alkoholu, kterou by Evropská komise měla přimět pro období let 2016 až 2022.

• Již letos v říjnu by se mohlo začít s očkováním proti **malárii** díky přípravku RTS,S společnosti Glaxo-SmithKline, u něž bylo prokázáno, že u dětí ve věku od 5 do 17 měsíců snižuje pravděpodobnost nákazy malárií asi o polovinu. U dětí mezi 6 a 12 týdny jsou však výsledky horší, riziko se podáním látky sníží jen o 27%. V těle látka po podání působí asi ještě čtyři roky, i když postupem času ztrácí na účinnosti. I přes určité zklamání nad výsledky považují vědci aplikaci RTS,S za velmi přínosnou, neboť by mohla zabránit až několika milionům případů nákazy ročně. V roce 2013 se podle odhadů malárií infikovalo celkem 198 milionů lidí, ročně nemocí podlehe více než 600 tisíc pacientů.

• Na doživotí poslal **guinejský** soud do vězení 11 lidí za zabití 8 členů týmu, který pomáhal bojovat proti šíření epidemie Eboly. Vražda odborníků, kteří prováděli osvětu o nemoci v odlehle vesnici Womey nedaleko jihoguinejského města Nzérékoré, vyvolala loni v září mezinárodní pobouření. Kromě zdravotníků pachatelé zabil také místního úředníka, kněze a tři novináře, kteří je doprovázeli. Státní zástupce pro obžalované původně požadoval trest smrti.

• **Paraguayská** vláda odmítla vydat povolení k interrupci 10leté dívky, která otěhotněla po znásilnění nevládním otcem. Toho již zatkla policie, vinu muž odmítá. Dívka je v 5. měsíci těhotenství, její stav odhalili lékaři až koncem dubna. Navzdory varování některých odborníků a humanitárních organizací, že pro děvče představuje gravidita ohrožení života, vláda přerušení těhotenství zamítla. O dívku se nyní stará speciální oddělení pro těhotné dospívající v nemocnici Červeného kříže. Porod bude proveden císařským řezem, aby se předešlo komplikacím. Podle údajů Dětského fondu OSN UNICEF v Paraguaji každý den porodí dvě dívky ve věku mezi 10 a 14 lety. Většina z nich otěhotní po znásilnění.

• Slavný **slovenský** kardiochirurg, který jako první v zemi provedl transplantaci srdce, a neú-

spěšný kandidát na prezidenta Viliam Fischer odešel od soudu s dvouletým podmíněným trestem s odkladem na 4 roky, 3letým zákazem vykonávání profese lékaře a pokutou ve výši 15 tisíc eur za to, že vzal úplatek 3 tisíce eur za operaci pacientky. Původně mu hrozilo až 8 let vězení, nižší trest mu však byl udělen s ohledem na doznání, které učinil (ačkoli původně vinu popíral). Trest odnětí svobody nyní hrozí i přibuzným pacientky, jež po zákroku zemřela, kteří úplatek poskytli a na policii se obrátili poté, co se jej neúspěšně snažili získat zpět.

• **Světová zdravotnická organizace** (WHO) přiznala, že během epidemie viru Ebola v západní Africe, jež vypukla před rokem, několikrát pochybila. V dokumentu, za nímž stojí prezidentka WHO Margaret Chanová a další vedoucí pracovníci, připustila například nedostatečně rychlou reakci na šíření Eboly nebo chyby v komunikaci a koordinaci. „Dostali jsme lekci pokory. Zjistili jsme, že i staré nemoci mohou v novém kontextu překvapit. Vzali jsme si k srdci kritiku, která nám mimo jiné vyčítala pomalou a nedostatečnou prvotní reakci či že jsme svět dost důrazně nevarovali,“ stojí v prohlášení. Právě dlouhé otálení mezinárodního poplatku kvůli Eboly vyčítali odborníci organizaci asi nejčastěji a někteří za ním vidí důvod, proč se nemoc tak rozšířila.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Inzerce M151000525

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získejte **BIODERMA – Matriciane**

Intenzivní sérum efektivně regeneruje a omlazuje pleť. Řeší problémy stárnoucí pleť, jako jsou vrásky, ztráta pevnosti a jasu. V hodnotě 620 Kč.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0515**. 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 0515**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Neváhejte!
Tato nabídka
platí jen do
21. 6. 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 zastání 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 prodlužuje 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 objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech 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 tiskových 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 podnikem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

FARMABYZNYS

Čtvrtina lidí je přesvědčena, že by lékárníci měli být placeni z marže

Výzkum společnost STEM/MARK, který proběhl ve spolupráci s časopisem Pharma Profit, se zaměřil mimo jiné na využívání doplňkových služeb v lékárnách, zájem klientů o inovativní lékové formy, způsob placení lékárníků či elektronickou evidenci tržeb.

Doplňkové služby a inovativní formy

Doplňkové služby, které české lékárníky svým zákazníkům nabízejí, využívá pouze třetina klientů. Nejčastěji vyhledávanou doplňkovou službou je poradenství o správném užívání léčiv (28 %), klienti mají dále zájem o měření krevního tlaku (6 %, nejvíce lidé mezi 45 a 59 lety věku), dermatologické či homeopatické poradenství (obojí 5 %). Naopak konzultace týkající se odvykání kouření či snížení tělesné hmotnosti vyhledává v lékárnách pouze minimum zákazníků.

O inovativní lékové formy, jež v posledních letech nabízejí ně-

kteří výrobci léčiv, má zájem asi pětina zákazníků (častěji ženy a obyvatelé Moravy), klasické formy (tablety) pak preferuje 16 % respondentů. Celé polovině zákazníků nezáleží na tom, v jaké formě lék zakoupí (14 % oslovených neuznává žádné léky; jsou to častěji muži). Z jednotlivých inovativních forem je největší zájem o granule rozpustné v ústech, dále pak o horké nápoje a na třetím místě o želatinové bonbonky. Nejméně zákazníci oslovují přípravky ve formě žvýkačky.

Jak mají být lékárníci placeni?

Více než polovina dotázaných

souhlasí (22 % určitě souhlasí a 31 % spíše souhlasí) s návrhem elektronické evidence tržeb, který od dubna 2016 počítá s pokladnami *on-line* napojenými na ministerstvo financí kvůli eliminaci daňových úniků (týká se to i pokladen v lékárnách). Opačný názor zastává 29 % osob, 18 % respondentů nemá vyhraněný názor nebo je problematika nezajímá (častěji lidé ve věku 15–44 let a také ti s nejnižším vzděláním).

Téměř polovina (46 %) internetové populace se domnívá, že by lékárníci měli být placeni za svoji výdejní a poradenskou činnost (častěji deklarováno středoškolačky). Obecně tento názor klesá



ilustrace: Shutterstock

se zvyšujícím se věkem. Čtvrtina osob si naopak myslí, že lékárníci by měli být placeni spíše z marže/ceny léků, jako je tomu v běžných prodejnách. 30 % dotázaných nemá vyhraněný názor nebo se o danou oblast nezajímá.

Internetového šetření se zúčastnilo 507 osob reprezentujících internetovou populaci ve věku mezi 15 a 59 let. Terénní fáze výzkumu se uskutečnila v období od 12. do 17. dubna 2015.

(Zdroj: STEM/MARK)

(red)

Krátce z (farma)byznysu

- Skupina **Eurocliticum** koupila 6 lékáren od společnosti **Phoenix** lékárenský velkoobchod. Cenu nezveřejnila. Bude tak mít 11 vlastních lékáren s celkovým obrátem přes 400 milionů korun ročně a lékárenský *e-shop* Videolekarna.cz. Zároveň se společností dohodou na dlouhodobé strategické spolupráci při nákupu a distribuci léčiv. „Se společností Phoenix budeme spolupracovat na společném programu category managementu a odběru produktů pro všechny naše lékárně a zdravotnická zařízení, čímž se Phoenix stává naším hlavním partnerem pro dodávky do našich lékáren,“ uvedl ředitel Eurocliticum Václav Vachta.

- Česká biotechnologická společnost **PrimeCell Therapeutics** založila společný podnik s čínskou biotechnologickou firmou SCL Biotechnology Co., Ltd., specializující se na práci s některými specifickými typy kmenových buněk. Nová společnost **SCL Biological Czech** má sídlo v biotechnologickém parku 4MEDi v Ostravě. Působit chce na celém evropském trhu. Počáteční investice čínské strany budou v řádku desítek milionů korun. „Je to postupná investice, kterou během prvních dvou let odhaduji na jeden až dva miliony dolarů. Při expanzi do Evrop-

ské unie pak kolem deseti až dvaceti milionů dolarů,“ informoval předseda dozorčí rady společnosti PrimeCell Michal Zahradníček. Čínské investice budou směřovat zejména do ostravského biotechnologického parku, nových technologií výroby, uchovávání a aplikace kmenových buněk a rozvoje biomedicíny. „Nová společnost okamžitě zahájila kroky k přípravě výroby produktů z lidských buněk v superčistých prostorách a náborem zaměstnanců,“ uvedla mluvčí PrimeCell Petra Dvořáková. Česká strana při vzájemné spolupráci nabízí vzdělaný personál, laboratorní zázemí, biobanku a *know-how* v oblasti práce s lidskými buňkami.

- Farmaceutická společnost **Mylan** odmítla nabídku na převzetí od firmy **Teva Pharmaceuticals** ve výši 40,1 miliardy dolarů (více než bilion korun). Nabídku ve formě hotovosti a výměny akcií považuje Mylan za příliš nízkou. Společnost nicméně uvedla, že správná rada je ochotná zahájit jednání o prodeji firmy v případě, že nabídnutá cena bude vyšší než 100 dolarů za akcii. Teva nabídla za jednu akcii 82 dolarů. Mylan se navíc obává, že spojením s Tevou by byl vystaven problematické kultuře a vede-

ní a transakce by nebyla příznivá ani pro akcionáře.

- Francouzská farmaceutická skupina **Sanofi**, která je rovněž vlastníkem českého výrobce léčiv, společnosti Zentiva, zaznamenala v prvním čtvrtletí pokles čistého zisku o 6,3 % na 1,05 miliardy eur (28,8 miliardy korun). Za výsledkem stojí podle Sanofi pokles prodeje přípravku Lantus, mimořádný odpis hodnoty koupených akvizic a náklady na restrukturalizaci aktivit v oblasti výzkumu a vývoje ve Francii. Očištěný zisk, který nezahrnuje nové akvizice a prodeje, stoupl o 12 % na 1,73 miliardy eur. Ke zlepšení přispělo slabší euro a růst v biotechnologické divizi. Příjmy pak stouply o 12 % na 8,8 miliardy eur.

Příjmy biotechnologické divize Genzyme stouply o 45 % na 821 milionů eur, příjmy divize veterinárních přípravků vzrostly o 27 % na 658 milionů eur. Pro letošní rok očekává Sanofi mírný růst.

- Americká společnost **Johnson & Johnson** oznámila čistý zisk za první čtvrtletí ve výši 4,32 miliardy dolarů (110,7 miliardy Kč), což představuje meziroční pokles o 8,7%. Firma uvedla, že kvůli silnému kurzu dolaru, který má negativní dopad

na její aktivity v zahraničí, zhoršuje výhled na celý rok. Ze zahraničí totiž pochází zhruba polovina příjmů Johnson & Johnson. Výsledky nicméně překonaly očekávání analytiků. Bez mimořádných položek totiž zisk na akcii činil 1,56 dolaru, zatímco analytici předpovídali zisk 1,54 dolaru na akcii. Celkové příjmy se snížily o 4,1 % na 17,37 miliardy dolarů. Příjmy v USA se zvýšily o 5,9 % na 8,69 miliardy dolarů, zatímco příjmy ze zahraničí o 12,4 % klesly a činily 8,67 miliardy USD. Bez zahrnutí vlivu změn směnných kurzů zahraniční příjmy o 1 % vzrostly. Na celý letošní rok Johnson & Johnson zhoršil odhad zisku na 6,04 až 6,19 dolaru na akcii z dřívějších 6,12 až 6,27 dolaru na akcii.

- Americký farmaceutický koncern **Pfizer** vytvořil v prvním čtvrtletí díky silné poptávce po očkovacích látkách a onkologických léčivách vyšší zisk, než se čekalo. Tržby ovšem vlivem silného dolaru klesly, kvůli čemuž firma snížila i celoroční výhled – na 44 až 46 miliard USD z dosavadní předpovědi 44,5 až 46,5 miliardy dolarů. Čistý zisk Pfizeru se meziročně zvýšil o 2 % na 2,38 miliardy dolarů (asi 60 miliard Kč). Zisk na akcii očištěný od jednorázových položek pak dosáhl 51 centů a o 2 centy před-

čil průměrný odhad analytiků. Tržby společnosti klesly o 4 % na 10,9 miliardy USD, což je také více, než se čekalo. Výnosy z prodeje vakcín se o 44 % zvýšily a dosáhly 1,33 miliardy dolarů.

- Skupina **Linet** letos plánuje ve Španělsku utřít 7 milionů eur (více než 190 milionů korun). Dosáhnout by toho měla prodejem 3000 lůžek. V uplynulém obchodním roce španělské pobočky Linetu utřžily 5,2 milionu eur. Letos společnost pobočky spojuje. Linet Group od 1. dubna 2015 působí ve Španělsku pod hlavičkou nové pobočky Linet Iberia. Vznikla sloučením zastoupení Desana a wissner-bosserhoff España. Cílem tohoto kroku je sjednocení a optimalizace obchodních a marketingových aktivit. „Dosud jsme ve Španělsku působili v klíčových segmentech sociální a nemocniční péče odděleně, což nebylo efektivní ani dobře čitelné pro zákazníky a obchodní partnery. To se nyní změní,“ uvedl člen představenstva Linet Iberia Pavel Chýňava. Linet Group je největším evropským dodavatelem zdravotnických lůžek, matrací bránících proležením, nábytku i kompletních řešení pro nemocnice a pečovatelská zařízení.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

„Průvodce léčbou diabetu 2. typu pro internisty“ pokřtěn v Luhačovicích

Slavnostní křest monografie proběhl 17. dubna na 51. diabetologických dnech v rámci odborného sympozia společnosti AstraZeneca.

Přípitkem popřáli knize mnoho úspěchů u odborné veřejnosti její kmož prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D., i další z významných hostů prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc., který je mimo jiné hlavním autorem československého Diabetologického programu.

Druhé a aktuálně rozšířené vydání úspěšně publikace „Průvodce léčbou diabetu 2. typu pro internisty“, jejímž autorem je prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc., připravilo vydavatelství Mladá fronta v edici Aeskulap.

Kniha stručně a přehledně shrnuje aktuální přístupy k léčbě

a sledování pacientů s diabetem 2. typu. Stěžejní část se věnuje možnostem a indikacím léků nové generace.

Další kapitoly se pak týkají rovněž prevence diabetických komplikací a léčby nejčastějších přídružených onemocnění, především obezity, arteriální hypertenze a dyslipidemie.

Samostatně je též pojednáno o inzulinoterapii a bariatrické chirurgii u diabetiků 2. typu. V závěru knihy pak autor nastiňuje perspektivy prevence a léčby diabetu 2. typu.

(red)

Vydavatelství Mladá fronta slavnostně představilo knihu „Dušnost“

V rámci XIX. ročníku Hradeckých pneumologických dní proběhl 25. dubna v aule Univerzity Hradec Králové slavnostní křest monografie „Dušnost – problém mnoha oborů“.

Publikaci, kterou připravil autorský kolektiv pod vedením prof. MUDr. Vladimíra Vondry, DrSc., vydalo vydavatelství Mladá fronta v edici Aeskulap.

Monografie nabízí komplexní mezioborový pohled na problematiku dušnosti u akutních, chronických a exacerbovaných stadií různých onemocnění. Úvodní kapitoly se zabývají fyziologickými a patofyziologickými mechanismy dušnosti, jejími příčinami a hodnocením včetně anamnestických rozborů a diferenciálně diagnostických algoritmů. Samostatná kapitola je věnována dušnosti u dětí.

Dále se autoři věnují problematice akutní dušnosti, dušnosti u chorob oběhového ústrojí a nemocí dýcha-



Vladimír Vondra a jeden z hostů slavnostního křtu prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc. | Foto: Hanzo Production

cích cest, při obezitě a na metabolické jednotce, u endokrinních onemocnění a dušnosti z pohledu hematologického konziliáře. Nechybí ani dokumentace psychiatra o vnímání

pocitu dušnosti a jeho dopad na psychiku nemocných. Role kmožra knihy se ujal prof. MUDr. Viktor Kašák.

Knihu můžete zakoupit na: www.kniha.cz.

(red)

Discovery Award

Cenu DISCOVERY každoročně uděluje společnost Novartis s cílem podpořit zejména mladou generaci výzkumníků v oblasti medicíny a farmacie a motivovat je k další práci v České republice. Hovoříme s předsedou poroty letošního ročníku přednostou Onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Bohuslavem Melicharem, Ph.D.

Je letošní, již 4. ročník Discovery Award něčím jiný než ty předchozí?

Ano, došlo k rozšíření počtu členů hodnotitelské komise, která má nyní oproti původním sed-

mi jedenáct členů, což díky zaměření nových členů přispěje ke komplexnějšímu posouzení kvality a přínosů prací.

Zároveň došlo ke sloučení dvou kategorií hodnocení, kdy jsme spo-

jili kategorie inovativní klinické, diagnostické a preventivní přístupy a prototypy nástrojů a přístrojů včetně ICT řešení. Tedy oproti třem kategoriím jsou letos kategorie dvě („Inovativní klinické, diagnostické

ké a preventivní přístupy vč. prototypů nástrojů či přístrojů včetně ICT řešení“ a „Základní výzkum v oblasti biomedicíny“).

O jaká nová jména se letos obohatila odborná porota?

Novými členy se stali prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., PharmDr. Jiří Skalický, Ph.D., PharmDr. Zdeněk Blahuta a já.

Jaké jsou soutěžní oblasti a kritéria hodnocení?

Hodnotitelé pracují se čtyřmi kritérii, kterými jsou origina-

lita, aplikovatelnost do praxe, společenský přínos a ekonomický dopad.

Kde je možné se přihlásit?

Doporučuji vstoupit na stránky www.discoveryaward.eu, kde zájemci mohou nalézt kritéria a výše uvedené parametry hodnocení včetně on-line formuláře, který stačí odeslat do termínu 15. 6. 2015. Na úvodním zasedání hodnotitelská komise rozhodla, že každé oslovené pracoviště bude mít právo nominovat minimálně jednu práci splňující kritéria soutěže.

(eta)

Inzerce M151000393

Discovery AWARD 2014

INOVATIVNÍ POČIN V OBLASTI MEDICÍNY

SPOLEČNOST NOVARTIS VYHLAŠUJE JIŽ 3. ROČNÍK CENY PRO MLADÉ VÝZKUMNÍKY DO 40 LET, KTERÍ SE ZASLOUŽILI O VÝZNAMNÝ POSUN V OBLASTI MEDICÍNY A FARMACIE.

UZÁVĚRKA PŘIHLÁŠEK JE 15. 6. 2014.

VŠECHNY INFORMACE O PODMÍNKÁCH SOUTĚŽE NALEZNETE NA WWW.DISCOVERYAWARD.EU

ZE SPOLEČNOSTI

Zapsat se někomu do života

Nadace pro transplantace kostní dřeně a Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD) uspořádaly koncem dubna v pražském Obecním domě galavečer Poděkování dárcům.

Oceněno bylo 41 dárců, kteří v loňském roce darovali neznámému nemocnému člověku krvetvorné buňky z kostní dřeně. Ceny dárcům (křišťálový blok od společnosti Moser, grafický list od Oldřicha Kulhánka a diplom letos dárcům předali patroni programu dárcovství kostní dřeně biskup Václav Malý a herec Ondřej Vetchý.

Číslo 5 registru svědčí

Zvláštní cenu Adolfa Borna za mimořádný lidský čin ve prospěch nadace a ČNRDD z rukou pat-

ronů Nadace pro transplantace kostní dřeně Miloslava kardinála Vlka a Ing. Lívie Klausové letos obdržela Zdenka Wasserbauerová z Otrokovic. Již 17 let pomáhá se zajišťováním nových potenciálních dárců z jižní a východní Moravy. Celkem jich sehnala již 5000 a jen za loňský rok více než 1500. Zástupci společnosti Novartis Česká republika převzali ocenění (křišťálový blok od společnosti Moser) za nejvýznamnější finanční pomoc v roce 2014. Za nejvýznamnější nemateriální pomoc v minulém roce byla křišťá-

lovým blokem oceněna Policie ČR. Ocenění v podobě křišťálového bloku za nejvýznamnější mediální pomoc obdrželi Jitka a Richard Langerovi.

Novinkou letošního ročníku Poděkování dárcům bylo předání stipendia zakladatele Nadace pro transplantace kostní dřeně a ČNRDD Vladimíra Kozy. MUDr. Adamu Kubovi z Hemato-onkologické kliniky FN Olomouc je předaly dcery primáře Kozy Mgr. Naděžda Lasotová a MUDr. Markéta Sobotová za účasti patronů Nadace.



Livia Klausová, Miloslav kardinál Vlk a Zdenka Wasserbauerová

Foto: Archiv ČNRDD

Závěrem slavnostního večera jako již tradičně pořadatelé umožnili, aby se poprvé osobně setkala dnes dvanáctiletá vyléčená paci-

entka Kateřina Šulcová z Hradce Králové se svým dárcem kostní dřeně Jiřím Palečkem z Liberce.

(eta)

Stipendium Cochlear získala česká studentka

Vítězkou stipendia Cochlear Graema Clarka pro rok 2015 se z regionu střední a východní Evropy stala Jana Havlová. Úspěšná vysokoškolačka má kochleární implantát od svých čtyř let.

Česká pobočka společnosti Cochlear, globálního inovativního lídra v oblasti implantabilních sluchových řešení, u nás poskytla implantáty již více než 1000 pacientům, z toho 600 dětem. Jana byla jedním z nich. Studentka magisterského studia práva na Masarykově univerzitě se zajímá i o prosazování lidských práv pro osoby se zdravotním postižením, zejména neslyšících. Vopero-rováním kochleárního implantátu ve Fakultní nemocnici v Motole se Jana ve svých čtyřech letech stala prvním dítětem v České republice, jež se narodilo neslyšícím rodičům a podstoupilo zákrok tohoto typu.

Šance, která se naplnila

Ocenění Jany stipendiem Graema Clarka společně s částkou

5 000 EUR představuje obrovský úspěch pro celý region. Je mi ctí, že mi bylo uděleno toto stipendium. Kochleární implantát mně a spoustě mých přátel otevřel dveře k akademickým úspěchům a dal nám skvělé příležitosti pro realizaci našich snů. Přála bych si, aby více dětí dostalo takovou šanci. Byla bych hrdá, kdybych byla jednou považována za živoucí důkaz toho, že moji rodiče udělali správně rozhodnutí," řekla Jana. Slavnostní ceremoniál se konal 29. dubna v klubu Violino za účasti známého českého houslisty Jaroslava Svěčeného, zástupkyně australského konzulátu a Henryka Paciorka, Business Development Managera pro Českou republiku a Slovensko.

(11)



Jana Havlová, vítězka stipendia, s maminkou a babičkou

Foto: Best Communications

Zlatý záchranářský kříž pro lékaře záchranné služby

16. dubna uděloval prezident České republiky nejvyšší záchranářská ocenění. Mezi laureáty byli i profesionální zdravotníci.

Cenu z rukou prezidenta republiky převzal dlouholetý pracovník středočeské záchrany MUDr. Jiří Knor, Ph.D., který získal Zlatý záchranářský kříž v kategorii Výjimečný přínos pro záchranářství. Čestné uznání v této kategorii získala Komora záchranářů ČR. Cenu za nejlepší záchranářský čin v roce 2014 dostal *in memoriam* student Petr Vejvoda, který loni zahynul, když bránil spolužačku před psychicky nemocnou ženou ve Žďáru nad Sázavou, policejní vyjednávač Petr Gruber, který při žďárském útoku zasahoval, nebo učitelka Martina Zbytková, jež zachránila dva chlapce spadlé do studny. Za Petra Vejvodu převzali ocenění rodi-



Foto: Rescue report

če. Čestné uznání získali velitel zásahu při výbuchu muničního skladu ve Vrbětčích Jiří Ovesný a pracovník Věžeňské služby Jan Andrš, který zachránil pětiletou dívku, jež se topila v Úpě. Mezi profesionálními

mi týmy byli oceněni policejní pyrotechnici za vyjmutí granátu ze střechy muničního skladu při druhém výbuchu ve Vrbětčích.

Pořadatelem soutěže je časopis pro záchranáře *Rescue report*. (red)

Salzburšské lékařské semináře

Lékaři a lékařky se opět mohou hlásit na prestižní Salzburšské lékařské semináře, které se budou konat v roce 2015. Ještě do 31. května je možné podat přihlášku.

Semináře probíhají v rámci mezinárodního vzdělávacího programu Open Medical Institute, který realizuje American Austrian Foundation. Na seminářích přednášejí špičkoví odborníci z amerických a rakouských univerzit a odborných institucí a zúčastňují se jich lékaři z více než 30 zemí. Seminářů se již zúčastnilo téměř 800 lékařů z České republiky. Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové koordinuje program v ČR. Do 31. května probíhá přihlašování na tyto semináře: Family Medi-

cine, ME; Neurosurgery; International Atherosclerosis Society/Weill Cornell Seminar in Lipid Metabolism; Diagnostic Imaging; Medical Education, CME; Cardiology; Psychiatry; Cardiac Surgery; Oncology B : Soft Tissue, Bone and Skin Malignancies, CME; Diabetes. Všechny uvedené semináře proběhnou ve 2. pololetí letošního roku.

Podmínky účasti na seminářích jsou lékařské vzdělání a praxe v oboru, dobrá znalost angličti-

ny, ochota šířit získané informace dále a dodání povinných dokumentů (CV v AJ, fotografie, kopie diplomu). Přihlašování probíhá pouze *on-line* na: platform.aaf-online.org.

Organizátoři hradí účastníkům veškeré náklady, účastník si hradí sám pouze cestu do a ze Salzburgu. Výběr účastníků probíhá v Salzburgu a realizuje ho Open Medical Institute. Absolventi seminářů se mohou hlásit na stáže v nemocnicích v Rakousku. (red)

Porodnice oslavila 140 let

Budova Zemské porodnice u Apolináře slouží nepřetržitě od roku 1875, nejprve jako porodnice a později jako gynekologicko-porodnická klinika se všemi subspecializacemi ženského lékařství. První dítě, holčička, tu přišlo na svět v dubnu 1875.

Na místě domu „U Herodese“

Předchůdkyní Zemské porodnice byla od roku 1789 veřejná porodnice, která stávala také v Apolinářské ulici, v barokní budově bývalého kanovnictví při chrámu sv. Apolináře. Byla určena i pro anonymní porody a pamatováno zde bylo i na naleznice. Roku 1862 rozhodl hrabě Thun-Hohenstein o vybudování moderní Královské české zemské porodnice. Pro stavbu bylo zvoleno místo Na Větrově, částečně v tehdejší Herzogově zahradě a paradoxně i tam, kde kdysi stával dům „U Herodese“.

Architektonické zadání obsahovalo řadu hygienicko-preventivních opatření, aby se zamezilo šíření infekcí a jejich smrtelným následkům.

Budovu Zemské porodnice navrhl a v letech 1865–1875 i postavil přední český architekt a stavitel Josef Hlávka (1831–1908). Inspirací pro budovu porodnice čerpal ve významných evropských porodnicích v Bruselu, Paříži a Vídní. Prostudoval i dostupnou lékařskou literaturu o porodnictví, aby projekt a jeho realizace co nejlépe vyhovovaly svému účelu. Pro vnější vzhled Josef Hlávka zvolil severoněmecký novogotický sloh a navrhl stavbu tvořenou soustavou šesti pavilonů s jedenácti trakty a s vnitřním obdélníkovým nádvořím. Pavilonový systém umožňoval v případě potřeby uzavřít jednotlivé části budovy a zamezit tak šíření infekce. Zřízena byla i dvě luxusní tajná oddělení se zvláštními vchody přímo z ulice.

Matka její jest Barbora Koutná

V roce 1875 byla budova Zemské porodnice slavnostně uvedena do provozu. Informaci o prvním zde narozeném dítěti se dozvídáme z Národních listů, které přinesly 28. dubna 1875 stručnou zprávu: „Nová porodnice již odevzdána jest svému účelu. Především večer přijala prvního novorozence, holčičku. Matka její jest Barbora Koutná z Rožmitálu.“

Architektonicky nejzajímavější částí celé stavby je kaple sv. Kříže umístěná v prvním patře. Kaple má bohatou hvězdicovou skřípkovou klenbu svedenou ve střední



U příležitosti letošního výročí byla slavnostně odhalena pamětní deska Josefu Hlávce, architektu, staviteli a velkému českému mecenáši.

Foto: archiv Gynekologicko-porodnické kliniky I. LF UK a VFN

sloup. Od 50. let 20. století přestala kaple sloužit svému původnímu účelu. Vstupní dveře byly vyplněny bedněním a prostory kaple sloužily jako skladiště. V roce 1997 byla kaple pod dohledem Státního ústavu památkové péče zrestaurována a byla zde slavnostně odhalena socha Josefa Hlávky od akademického sochaře Josefa Mařatky.

Od 90. let 20. století probíhá v budově po etapách přestavba interiéru, při níž se daří skloubit moderní lékařské standardy s hodnotami historické architektury.

Pro svoji mimořádnou architektonickou hodnotu a význam v dějinách lékařství je areál Hlávkovy porodnice prohlášen za chráněnou kulturní památku.

DOKTORFEST již potřetí

Již 3. ročník multižánrového festivalu lékařů s uměleckou duší Doktorfest proběhne v pátek 29. a v sobotu 30. května v areálu Písecké brány v Praze 6.

Lékaři často milují umění a dokonce je sami provozují jako muzikanti, malíři, spisovatelé či fotografové. Umění jim přináší relaxaci od stresuplné práce a vhodně se s medicínou doplňuje. Festival bude slavnostně zahájen v pátek 29. 5. v 18 hodin klavírním koncertem v podání MUDr. Jiřího Gilíka a vernisáží obrazů MUDr. Zorky Vašíčkové-Dubské a MUDr. Evy Vaculíkové. Sobotní program začíná



ve 12 hodin soutěžní přehlídkou známých lékařských kapel. Pozvání přijaly skupiny Tupá kudla, Esence, Onset, First Choice,

Elektrický oslík, Dick O'Brass, Tó Viš, českolipský punk-rockový Pupíček a další. Závěrem večera vystoupí vítězové minulých ročníků Doktorfestu, skupiny Bílá nemoc a Bratři v rytmu. Hudební výkony posoudí odborná porota v čele s hudebním publicistou Petrem Korálem.

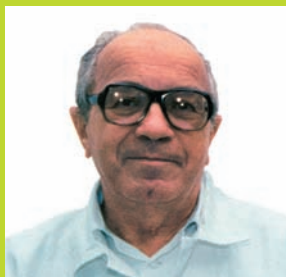
Více informací najdete na: www.doktorfest.cz

(red)

Profesor Novotný slaví významné jubileum

Přední český dermatovenerolog prof. MUDr. František Novotný, DrSc., oslaví 13. června 90. narozeniny.

Celý svůj odborný život zasvětil profesor Novotný výzkumu, prevenci a terapii psoriázy a atopického ekzému. Prosazoval vždy nové metody a postupy a kladl důraz na komplexní léčebný přístup u kožních chorob. Zavedl řadu nových léčebných metod a postupů. Jako první zavedl v České republice metodu synchronní balneofototerapie, napodobení léčebného pobytu u Mrtvého moře.



Pro své pacienty vytvořil řadu receptur různých kosmetických přípravků a bylinných čajů s léčebným efektem. Kromě toho napsal mnoho edukačních publikací. Podílem na zřízení a chodu denního centra realizoval svůj celoživotní sen aktivního ošetřování pacientů s psoriázou a atopickým ekzémem v ambulantním režimu pod plnou odbornou kontrolou, bez potřeby pracovní neschopnosti a často komplikované a pacienta i jeho rodinu zatěžující domácí péče. Práce patřila až do odchodu na zasloužený odpočinek mezi jeho velké koníčky. Přes své značné vytížení si nacházel čas i na další záliby – malování obrazů i s dermatologickou tematikou, sochaření, numismatiku a houbaření. Největší

potěšením mu však dělá psaní knih, jak sám říká „dávání myšlenek na papír“. Je autorem 226 vědeckých prací publikovaných v našem i zahraničním odborném tisku, vydal 12 monografií, proslavil nesčetně přednášek a vědeckých sdělení. Byl pedagogem, který své rozsáhlé znalosti rád předával jak svým spolupracovníkům, tak i studentům lékařských fakult.

V osobě profesora Novotného se naplnil ideál lékaře, který celý svůj život zasvětil svým pacientům. K jejich uzdravení napomáhal nejen svými novými léčebnými metodami, ale i svým trvalým optimismem a pozitivním přístupem k životu. Protože, jak sám říká, „dobrý psychický stav pacienta a jeho důvěra jsou pro léčení kožních chorob důležité“.

(red)

Úspěšná benefice Nadačního fondu IMPULS na roztroušenou sklerózu

Více než 481 tisíc korun se podařilo vybrat v divadle La Fabrika při dubnové benefici taneční inscenace „Korekce“. Výtěžek putoval na registr pacientů ReMuS a medicínský výzkum.

Vysoce ceněnou taneční inscenaci „Korekce“ v podání souboru VerTeDance a hudebníků Clarinet Factory si nenechaly ujít přes dvě stovky diváků, kterých se závažná diagnóza jakkoli týká. Představení totiž pracuje s motivem neschopnosti pohybu, tématem blízkým právě lidem trpícím roztroušenou sklerózou. „Je to nemoc mnoha tváří, má mnohé projevy, které mohou být u každého pacienta jiné. Částečná či celková imobilita bohužel patří mezi ně,“ vysvětlila vedoucí lékařka RS centra Neurologické kliniky VFN v Praze prof. Eva Havrdová. Výtě-



žek z darů a dobrovolného vstupného nadační fond věnuje na financování registru ReMuS, který od roku 2013 celorepublikově monitoruje léčbu roztroušené sklerózy. „Dlouhodobý centrální monitoring je velmi důležitý, a to jak pro medicínský výzkum, tak i pro zlepšení přístupu pacientů k nejmodernější léčbě,“ uvedla profesorka Havrdová.

(red)

Ing. Ludvík Macháček, finanční ředitel Unimex Group, a. s., předal během večera finanční šek ve výši 350 000 Kč zakladateli NF IMPULS prof. Evě Havrdové.

Foto: Hana Brožková

SERVIS

Jan Bureš, Jiří Horáček, Jaroslav Malý a kolektiv Vnitřní lékařství

2., přepracované a rozšířené vydání



Rozsah: 1215 stran
Cena: 2900 Kč
ISBN: 978-80-7492-145-2
Vydavatel: Galén

Po deseti letech od vydání učebnice Základy vnitřního lékařství vychází vydání nové, kompletně přepracované a výrazně rozšířené. S rozšířením dosavadního textu a tematického záběru došlo i k úpravě názvu.

Jiří Ferda, Hynek Mírka, Jan Baxa, Alexander Malán Základy zobrazovacích metod



Rozsah: 390 stran
Cena: 148 Kč
ISBN: 978-80-7492-164-3
Vydavatel: Galén

Publikace plzeňských autorů nabízí základní poznatky o současných zobrazovacích metodách v medicíně. Je koncipována jako učební text.

Jiří Beneš, Jaroslava Kymplová, František Vítek Základy fyziky pro lékařské a zdravotnické obory



Rozsah: 236 stran
Cena: 360 Kč
ISBN: 978-80-247-4712-5
Vydavatel: Grada

Kniha autorského kolektivu z Ústavu biofyziky a informatiky 1. LF UK, určená k přípravě na zkoušky pro studenty lékařských i nelékařských oborů.

Věra Melicherčíková Sterilizace a dezinfekce

2., doplněné a přepracované vydání

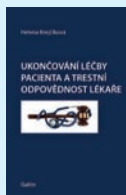
Rozsah: 174 stran
Cena: 290 Kč
ISBN: 978-80-7492-139-1
Vydavatel: Galén



Nové vydání publikace slouží k získání odborných znalostí v postgraduálním vzdělávání a je určeno profesionálním

pracovníkům různých odborností, kteří při výkonu své práce provádějí sterilizaci, vyšší stupeň dezinfekce, dezinfekci, úklid, popřípadě dezinfekci a deratizaci.

Helena Krejčíková Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře



Rozsah: 143 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-7492-167-4
Vydavatel: Galén

Rozhodování na konci života pacienta představuje jedno z velkých témat zdravotnického práva, multidisciplinárního oboru čerpajícího zejména z práva trestního, občanského a správního, medicíny a bioetiky. Smyslem této práce je poukázat z trestněprávního pohledu právě na léčebné a ekonomické hranice medicíny. V některých případech symptomatická léčba umožní pacientovi vést život ve standardní kvalitě a déle, jindy po určité době selhává a další vývoj onemocnění již není léčebně ovlivnitelný. Pokračovat v invazivní zatěžující léčbě, která nemůže infaustní průběh jakkoli zvrátit, jednoznačně není správné ani z pohledu medicíny, ani z pohledu bioetiky. Právo však tuto oblast neupravuje jednoznačně.

O to více je nutné zdůrazňovat, že nadměrná hrozba trestního postihu při poskytování zdravotní péče pacientům v závěru života je nežádoucí a navíc vede k tzv. defenzivní medicíně, kdy lékaři, nikoli pro blaho pacienta, nýbrž z obav před vlastním postižením, mnohdy indikují a provádějí nadbytečné výkony, které nemohou ani zlepšit diagnostiku, ani pozitivně ovlivnit zdravotní stav a jen pacienta neúměrně zatěžují. Tento jev je do jisté míry paradoxem, neboť tíže lékařů každodenně narůstá z nedostatku financí ve zdravotnictví, kdy z veřejného pojištění je hrazena jen určitá část všech výkonů, které by mohly být ve prospěch pacienta indikovány.

NOVÉ KNIHY

Eva Kašáková, Martin Vokurka, Jan Hugo Výkladový slovník pro zdravotní sestry



Rozsah: 430 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-7345-424-1
Vydavatel: Maxdorf

Současná etapa rozvoje medicíny se vyznačuje mimořádně rychlým nárůstem nových informací; ročně přibývají stovky nových pojmů, z čehož nemalá část přechází do každodenní komunikace a stává se rovněž součástí běžného života středních zdravotnických pracovníků. Zvýšený tlak nových poznatků a slov tak orientuje zdravotnickou komunitu, sestry nevyjímaje, k publikacím slovníkového typu.

Tatána Šrámková Sexuologie pro zdravotníky



Rozsah: 237 stran
Cena: 190 Kč
ISBN: 978-80-7492-162-9
Vydavatel: Galén

V populaci narůstá výskyt sexuálních poruch, a přestože odborné znalosti zdravotníků rostou, v oblasti sexuality jsou i nadále limitovány, protože zůstává částečně tabuizována. Lékaři se rovněž čím dál častěji setkávají s dotazy diabetiků, onkologicky či kardiologicky nemocných nebo lidí ochrnutých po úraze na možnosti sexuálního života. Monografie je určena k doplnění znalostí v oblasti představující důležitou součást života ve zdraví i nemoci.

Luděk Daneš Opožděná ejakulace



Rozsah: 104 stran
Cena: 169 Kč
ISBN: 978-80-247-5368-3
Vydavatel: Grada

Opožděná ejakulace dopadá nejen na kvalitu života muže, ale postihuje také jeho sexuální život a vztahy uvnitř páru. Jestliže se tato porucha

projevuje méně výrazně, řada mužů ji dokonce považuje za svoji přednost. Přístup lékařů k diagnóze bývá často velmi opatrný až rozpačitý, a to proto, že ve světě dosud nebyl schválen žádný lék s indikací pro léčbu tohoto problému. Autor se proto jako jeden z mála pokusil o souhrnné zpracování poznatků o etiologii, projevech a léčbě této poruchy. Text je doplněn několika kazuistikami.

Verena Kastová Truchlení

Fáze a šance psychologického procesu



Rozsah: 144 stran
Cena: 235 Kč
ISBN: 978-80-262-0789-4
Vydavatel: Portál

Naše sebevědomí a sebeobraz vycházejí podstatnou měrou z našich vztahů k druhým lidem. Smrti blízkého člověka proto dochází k oteřování našeho sebeobrazu i obrazu okolního světa. Truchlení představuje emoční proces, díky němuž se můžeme se zemřelým rozloučit, zpracovat problémy zaniklého vztahu a integrovat tolik z jedinečných vlastností protějšku, jež nám umožní žít s novým porozuměním sobě i okolnímu světu. Autorka vychází z klinické zkušenosti z práce s depresivními klienty, kteří až příliš nedostatečně prožili okamžiky ztráty.

Erik H. Erikson Životní cyklus rozšířený a dokončený Devět věků člověka



Rozsah: 152 stran
Cena: 269 Kč
ISBN: 978-80-262-0786-3
Vydavatel: Portál

Koncept vývojových stadií Erika Eriksona je dnes nedílnou součástí vývojové psychologie. Erikson vychází z Freudova pojetí, ale obohacuje jeho myšlenky o sociální rozměr a prodlužuje popis stadií na celý život. Každý věk se vyznačuje určitým vývojovým úkolem, který je třeba splnit, aby člověk získal potřebnou zkušenost a postoupil dále. Eriksonových „osm věků člověka“ rozšířila jeho žena Joan o deváté, závěrečné stadium. Kniha vychází v novém, přepracovaném vydání.

Robert Moore, Douglas Gillette Král, Válečník, Kouzelník, Milovník

Čtyři mužské archetypy



Rozsah: 184 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-262-0781-8
Vydavatel: Portál

Kniha jungiánského analytického psychologa Roberta Moora a mytologa a pastoračního poradce Douglase Gilletteho se snaží znovuobjevit, posílit a podpořit mužnost v mužích. Podle autorů je mužství tvořeno čtyřmi archetypickými mužskými energiemi, které jsou všem mužům vrozené a slouží různým účelům. Aby se muž stal opravdovým, musí projít iniciací chlapce v muže a rozvinout všechny tyto síly: Krále, Válečníka, Kouzelníka i Milovníka. Zralá mužnost není mocichtivá ani násilnická, ale mocná a tvořivá.

Radkin Honzák Svépomocná příručka sestry

(Psychotriller)



Rozsah: 257 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-7492-142-1
Vydavatel: Galén

„Průvodce pro přežití sestry“ v jejím náročném povolání. Text poskytuje rady a doporučení, jak – řečeno tenisovou hantýrkou – odvracet vyčerpávající „nudné údery“ a co neúčinněji se bránit krizovým situacím a vlastnímu vyhoření.

Marie Retková Křeslo pro Fausta 2014

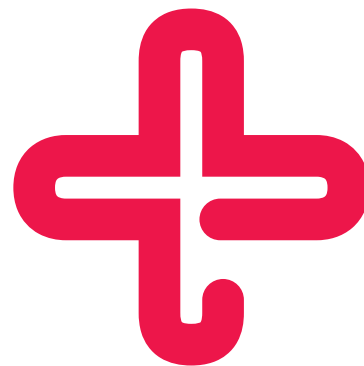


Rozsah: 122 stran
Cena: 150 Kč
ISBN: 978-80-7492-160-5
Vydavatel: Galén

V roce 2014 usedlo do „křesla pro Fausta“ dalších devět významných hostů, mezi nimi herec Luděk Munzar, profesoři Tomáš Zima a Jan Kvasnička nebo bývalý pražský primátor Tomáš Hudeček. Rozhovory vedla a 13. svazek k vydání připravila Marie Retková.

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



21 / Vzdělávání

Psychologické aspekty profese sestry



24 / Fantomová bolest

Terapeutická opatření po amputaci končetiny



26 / Kazuistika

Závažné onemocnění urogenitálního systému

Zdravotnická dokumentace – 4. část

Ošetřovatelská dokumentace

V článku se snažíme specifikovat ošetřovatelskou dokumentaci a určujeme její význam pro dokumentaci práce sestry.

V minulých dvou dílech jsme se věnovali zdravotnické dokumentaci všeobecně a nyní si konkrétně vysvětlíme pojem ošetřovatelská dokumentace. Prvně byl tento pojem zakotven do právního systému České republiky v roce 2006 zákonem č. 385/2006 Sb. Pokud bychom chtěli ošetřovatelskou dokumentaci definovat, platí, že je součástí dokumentace zdravotnické a řídí se výše citovaným zákonem. Dále platí, že ošetřovatelská dokumentace systematicky zaznamenává plánovanou péči, která je poskytnuta klientovi řádně kvalifikovanou osobou. „Je nedílnou součástí práce sester, porodních asistentek, sester komunitní péče a nástrojem profesionální praxe, který by měl podporovat proces péče.“ (Kotásková, 2007)

Charakteristika ošetřovatelské dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace má obsahovat nejen klasifikaci potřeb klienta, individuální plán péče, realizaci procesu, denní záznamy, překladovou či propouštěcí zprávu, ale předně by měla odrážet úroveň péče, být produktem dobré týmové spolupráce všech zúčastněných pracovníků v multidisciplinárním týmu a zcela jistě i nástrojem na zvyšování kvality poskytované péče. Pokud se bavíme o ošetřovatelské dokumentaci, je těžko by mohla existovat

bez ošetřovatelského procesu. A jelikož sestra pracuje metodou ošetřovatelského procesu (zakotveno ve Věstníku MZ č. 9/2004 – Koncepce ošetřovatelství), je nezbytné řádně tento proces dokumentovat. Stručně by se tedy ošetřovatelská dokumentace dala charakterizovat třemi body:

- veškeré písemné, grafické a jiné záznamy, které provádí sestra a které se týkají nejen klientů, ale souvisí s poskytováním ošetřovatelské péče,
- systematicky shromažďuje informace o stavu a vývoji potřeb a ošetřovatelských problémů klienta (rodiny, komunity),
- systematicky zaznamenává poskytovanou ošetřovatelskou péči.

Význam ošetřovatelské dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace má několik významů. Jednak dochází k prezentaci výkonů ošetřovatelské péče, která by měla být podkladem pro financování. Dále tato dokumentace slouží k dohledání dokumentovaných výstupů z činností jednotlivých fází ošetřovatelského procesu a je podkladem k řádnému předávání informací mezi všemi členy multidisciplinárního ošetřovatelského týmu. Dalším důležitým významem vedení ošetřovatelské dokumentace je schopnost získání statistických dat, podkladů k vědecko-výzkumné činnosti, economic-

kým ukazatelům a v neposlední řadě se jedná o možnost vykonat u řádně vedené ošetřovatelské dokumentace kontrolní a důkazní činnost pro případ možných forenzních řízení a pro potřeby kontrolních auditů.

Ošetřovatelská dokumentace je vedena pouze tam, kde probíhá ošetřovatelská péče, a za kvalitu provedeného zápisu zodpovídá sestra, která zápis do ošetřovatelské dokumentace provedla. Z výše citovaného vyplývá, že kompetentní osobou k provedení zápisu do ošetřovatelské dokumentace je pouze NLZP, který získal oprávnění dle platných právních předpisů k výkonu povolání.

Nepochopení ošetřovatelské dokumentace

Vývoj ošetřovatelské dokumentace v ČR nebyl jednoduchý a ani v dnešní době není její vedení zcela vždy správně chápáno, jak můžeme dokladovat odborným článkem z roku 2004, kde nacházíme stanovisko České pediatrické společnosti (ČPS) k problematice ošetřovatelské dokumentace: „V současnosti propagovaná ošetřovatelská dokumentace má minimální členy multidisciplinárního ošetřovatelského týmu. Další důležitým významem vedení ošetřovatelské dokumentace je schopnost získání statistických dat, podkladů k vědecko-výzkumné činnosti, economic-

připustit vznik dvou zdravotnických dokumentací – lékařské a ošetřovatelské“.

Náležitosti ošetřovatelské dokumentace

Náležitosti ošetřovatelské dokumentace upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

„Záznam o ošetřovatelské péči“ obsahuje:

1. Ošetřovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta.
2. Ošetřovatelský plán, ve kterém se uvede: popis ošetřovatelského problému pacienta nebo stanovení ošetřovatelských diagnóz, stanovení předpokládaných ošetřovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta, podle povahy ošetřovatelského výkonu se uvede též časový údaj o jeho provedení, hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče a průběžné změny v ošetřovatelském plánu.
3. Průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta.
4. Ošetřovatelskou propouštěcí nebo překladovou zprávu s doporučením k další ošetřovatelské péči, v níž se zejména uvedou souhrnné údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů: může obsahovat doporučení k dalším ošetřovatelským postupům. Ošetřovatelská překla-



Ilustrační foto: Shutterstock

dová zpráva se zpracuje pouze tehdy, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb.

V této vyhlášce se dále můžeme dočíst o rozsahu jednotlivých obsahových součástí záznamu o ošetřovatelské péči. V podstatě je stanoveno, že poskytovatel zdravotních služeb může dokumentaci přizpůsobit charakteru poskytované ošetřovatelské péče, zpravidla pokud celková doba jejího trvání u téhož pacienta nepřesahuje 3 dny. V dalším dílu se budeme věnovat dokumentaci na zdravotnických záchranných službách.

Literatura u autorky

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

Inzerce M151000335



ANGLIČTINA S ROBOTEM

metila
lingua global

SPECIÁLNÍ VÝUKA ANGLIČTINY, NEJEN PRO SESTRY
tel: 774 456 633, více na internetu: anglickysrobotem.cz

PROMO KÓD
platí do 30.9.15

Objednejte se s tímto
PROMO KÓDEM
a získáte slevu na podzimní kurzy

PROMO KÓD
AJ ROBO

Psychologické aspekty profese sestry

Osobní i odborné kompetence sester z hlediska psychologických hledisek jejich práce byly hlavním tématem konference, která proběhla v březnu v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

Pořadatelem konference bylo sdružení Gaudia proti rakovině, v němž pracují lékaři, psychologové a sociální pracovníci s psychoterapeutickým vzděláním. Pracovníci Gaudia zde byli nejen pořadateli, ale i přednášejícími. Na úvod promluvila předsedkyně sdružení MUDr. Olga Kunertová. Přiblížila poslání Gaudia, jímž je především zpřístupňovat lidem s těžkými, zejména onkologickým onemocněním a jejich příbuzným a blízkým osobám psychoterapii a sociální poradenství. Pomoc však poskytují i lidem na „druhé straně fronty“ – zdravotníkům nabízí konzultace psychického stavu pacienta, supervize, mediaci kontaktu s pacientem a jeho příbuznými, asistenci při sdělování diagnózy a v neposlední řadě i vzdělávání v komunikačních dovednostech a psychosomatických souvislostech nemocí.

O duševní hygieně a supervizi, tedy metodě, jejíž pomocí revidujeme svůj vlastní postup s odborníkem, promluví Mgr. Věra Dufková. Syndrom vyhoření se z různých úhlů pohledu věnovala Mgr. Kateřina Rangotis Benešová. Praktickou lekci jak s *burn out* bojovat a předcházet mu i pomocí práce s vlastním tělem předvedla Mirka Havrdová. Ve své přednášce o vedení rozhovoru jako součásti profese sestry MUDr. Kunertová objasňovala, jakou roli v profesi sestry zaujímá komunikace s pacientem a jak správně komunikovat. Na konferenci zazněly i příspěvky o psychosomatické a na téma asertivity v komunikaci s pacientem.

Jak komunikovat s pacientem v krizi

I další z přednášek, které auditorium velice zaujaly, byla o komunikaci. Psycholožka Mgr. Lenka Tichotová se v ní věnovala základním technikám pro zvládnutí rozhovoru s pacientem či jeho příbuzným v situaci psychické krize. Krizi můžeme chápat jako situaci, která je subjektivně prožívána jako ohrožující, která v sobě proto nese punc naléhavosti a která je zpravidla spojená se silnými emocemi a neobvyklým (extrémním)

chováním. Většinou jde o situaci krátkodobou, může se však protražovat nebo opakovat, nedojde-li k vyřešení spouštěcích okolností. Sestra se při své práci nejčastěji může setkat s krizemi vyvolanými u pacientů bolestí či nevolností, ale i neradostnou diagnózou či zhoršením stavu, nečekanou konfrontací s onemocněním, maladaptací na pobyt v nemocnici, případně tragickou událostí v rodině.

Krize vede obvykle i ke změně regulativních způsobů chování jedince, který se v ní ocitá. Nese možnost zásadní změny ať v pozitivním nebo v negativním smyslu. Z toho vyplývá, že krize je zároveň nebezpečím i příležitostí. Při komunikaci s pacientem v krizi je nutné počítat s možností jeho změněného vnímání. Někdy také může, z našeho pohledu, reagovat nepřiměřeně (agresivně, hystericky, teatrálně, příliš tiše, příliš nezaujatě...) a jeho reakce může mít i různé fyzické projevy. K základům krizové intervence patří uvědomit si rizika, jímž se při jejím poskytování máme vyhnout. Naléhavost situace nás může svádět ke spěchu, nepozornosti, netrpělivosti, udílení nevyžádaných rad, ale i ke zneschopňování klienta, utěšování a planým slibům. Není třeba vyřešit situaci (klient ví, že nejste banka ani právník...). Co naopak pomoci může, je „oslovit naději“ a najít možná přání (zamyslet se nad tím, proč mi říká právě toto). Klientův problém nerozebíráme a nehledáme viníky.

Krizovou intervencí krok za krokem

Prvním krokem krizové intervence je vytvoření bezpečného prostoru, a to pro klienta i pro sebe. Jde nejen o vhodnou místnost a soukromí, ale i dohodu s kolegy ohledně aranžmá a zajištění podpory zvenčí. Podstatná je i příprava sebe sama včetně ujasnění si, co nabízíme a co už ne. Druhý krok spočívá v „připojení se“, jehož součástí je aktivní naslouchání. Smyslem aktivního naslouchání je vzbudit v klientovi důvěru, přesvědčit jej, že jsme na jeho straně, že mu rozumíme a jeho problém bereme váž-

ně. „I kdyby klient hovořil o tom, že je pronásledován zlými zelenými mužíky, musí od nás slyšet pochopení toho, jak to musí být strašné,“ s jistotou nadsázkou shrnula Lenka Tichotová. Ve třetím kroku je třeba dávat jasně najevo, co mohu nabídnout a za jakých podmínek. Posledním, čtvrtým, krokem je domluvit se s klientem na společné práci (společném postupu) – a udělat ji.

Poskytnout krizovou intervenci je mimořádně náročné, proto je zcela legitimní, ba dokonce nutné, položit si na závěr otázku, co pak udělat sám se sebou. „V takovýchto situacích je nutné myslet na psychohygienu. Jsme lidé, nikoli stroje a nevydržíme vše. Snaha přecházet nepřijemnosti a potlačování emocí vede k brzkému vyhoření. Pomáhá *debriefing*, třeba si po službě popovídat s kolegy, co se mi dnes stalo. Dobrou možností je i supervize,“ uzavřela magistra Tichotová.

Doprovázení umírajících

O specifických psychologických potřebách pacientů v paliativní péči a o možnostech psychoterapeutické práce s nimi hovořila psycholožka Mgr. Blanka Petrošová, která řadu let působí na paliativním oddělení Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (NMKSb). I díky ní zde mají všichni nevléčitelní a umírající, ale i jejich příbuzní a blízcí lidé nabídku terapeutické podpory. Za hospitalizovanými pacienty psychologové přicházejí na pokoje, s těmi, kteří mají možnost někam docházet, a jejich blízkými hovoří ambulantně v NMKSb nebo v terapeutických prostorách, jež má Gaudia na Žižkově. Terapeutická podpora je poskytována i v domácím prostředí a prostřednictvím Skype. Práce sestry a klinického psychologa má i v paliativě řadu styčných bodů. Oba pracují v přímé péči a setkávají se s pacienty, kteří se kvůli onemocnění dostávají do náročné životní situace. Jejich zájmem také je, aby se pacient/klient cítil lépe. Umění vést rozhovor je přirozenou součástí profese sestry, rozhovor s pacientem je důležitou částí její práce, kdežto pro psychologa je právě rozhovor jeho hlavním terapeutickým nástrojem.

Pacienti často potřebují o svém prožívání nemoci a jejích důsledků mluvit, ale zatímco se jim zpravidla dostává kvalitní medicínské péče, někdy strádají nedostatkem komunikace. Lékaři a sestry nejsou vedeni k tomu, aby se zabývali prožíváním pacientů, ale i kdyby k tomu vedeni byli, nezbyvá jim na takovou komunikaci dostatečný prostor. Pravdou však je, že právě sestra je pro pacienta člověkem, ke kterému má v daném okamžiku nejblíže. Sestra s ním tráví nejvíce času a má nejvíce příležitosti s ním komunikovat.

Jde především o jeho cestu...

Z hlediska psychologa pro práci s umírajícími a jejich příbuznými vlastně ani nejsou nějaká speciální pravidla, pracují s nimi stejně jako s ostatními klienty. I v práci s umírajícími se osvědčují obecné principy terapeutické práce. Mezi ně patří rovněž respektování klienta – jeho schopností, stavu, názorů, přání, reakcí, jeho tempa.

„Věříme v klientovy schopnosti a zdroje, vycházíme z toho, že klient ví, co je pro něj dobré, o čem chce mluvit, v čem se chce orientovat a k čemu chce dojít, čeho chce dosáhnout. My mu k tomu jen poskytujeme prostor a podmínky. V psychoterapeutickém rozhovoru tu nejsme od toho, abychom klientovi poradili nebo vysvětlili, co my si myslíme, že by pro něj bylo nejlepší, nebo mu předali nějaký univerzální vyzkoušený návod. Jednak nevěříme, že něco takového existuje, a pak považujeme za účinnější, když pomůžeme klientovi, aby sám došel k tomu, co chce a potřebuje a jak toho dosáhne. Nesoudíme jeho postoje, názory a nepotřebujeme, aby dospěl ke stanoviskům podobným těm našim,“ říká Blanka Petrošová.

Při rozhovoru se pokud možno snažíme o hledání zdrojů, zdůrazňování péče o sebe a možnosti, které v péči o sebe má, a co dalšího může využít. Pomáhá i vyptat se klienta, jak doposud řešil náročné situace, co mu obvykle pomáhá, kdo je mu oporou, v čem on sám je dobrý. Vždy je možné také vyzdvihnout, jak

klient náročnou situaci zvládá, ocenit ho za to, že chce o umírání mluvit, že se tomu věnuje. Takový přístup umožňuje pokusit se být užitečný každému konkrétnímu klientovi a hlavně zabývat se klientovými přáními a žádostmi, ne posuzováním jeho životní cesty. Důležité je uvědomování si jedinečnosti každého klienta i jedinečnosti jeho obtíží.

...ale i naše cesta je důležitá

Při doprovázení je třeba vytvořit dostatečně bezpečný prostor, aby klient mohl otevřeně mluvit o všem, aby se nemusel obávat nesouhlasu nebo odmítnutí. Dáváme mu najevo zájem o něj a respekt vůči němu. K vytvoření takové atmosféry se ovšem i my sami potřebujeme cítit dobře, v bezpečí. Během rozhovoru bychom neměli cítit bezradě, frustraci, že nemůžeme pacientovi pomoci (soustředím se na to, co mohu udělat – ne na to, co udělat nemohu). V rozhovoru, který má pomoci, se nesmíme sami bát například nechat klienta otevřít nepříjemné téma. Chybou je soucítit příliš (nenecháme se paralyzovat) nebo se na klienta zlobit, pokud dělá něco, s čím nesouhlasíme.

Zvládnout to všechno dohromady klade na pomáhajícího, ať už jde o sestru nebo profesionálního psychologa, velké nároky. Na otázku, jak tohle v sobě „ošetřovat“, není jednoduchá odpověď. Pomáhá především znát se, mít téma umírání „osahané“, uvědomit si, co já si o klientem otevřeném tématu myslím, jak jsou pro mě přístupné a srozumitelné „jiné“ názory. Uvědomit si musíme, o čem je těžké mluvit, co neradi slyšíme, co je těžko stravitelné, co je pro mě nepřijatelné – a s tím vším v sobě pracovat průběžně.

Ještě něco velmi důležitého si musíme uvědomit: existuje oprávněný předpoklad, že to, čím se člověk trápí, nejsou fakta, ale představy a očekávání s těmito fakty spojené.

Více informací o sdružení najdete na: www.gaudiaprotirakovine.cz

Bariéry sester při vykonávání ošetřovatelského procesu na ZZS

Článek nastiňuje bariéry při aplikaci ošetřovatelského procesu sestrou pracující na zdravotnických záchranných službách (ZZS). Zmiňuje se i o platné legislativě, již se toto téma dotýká.

Problematika ošetřovatelského procesu na zdravotnických záchranných službách zcela jistě není tématem novým. Pokusím se nastínit zásadní body tohoto problému. V prvé řadě vycházíme z klauzule v Konceptu ošetřovatelství, kde se praví, že sestra je POVINNA pracovat metodou ošetřovatelského procesu. Toto bylo stanoveno již v roce 1994 ve Věstníku MZ ČR č. 9. Na druhé straně se v praxi objevuje mnoho bariér, které do držení této klauzule minimálně znesnadňují, ne-li znemožňují.

„Ošetřovatelský proces“

Pokud si ve stručnosti připomeneme, co chápeme pod pojmem „ošetřovatelský proces“ najdeme zde určitou paralelu a vztah k ošetřovatelské dokumentaci, která je rovněž na záchranných službách opomíjena. Stručně by se dalo vyjádřit, že ošetřovatelská dokumentace je vedena tam, kde probíhá ošetřovatelský proces, kterým rozumíme určitý logický a systematický přístup k péči o pacienta, která by měla být maximálně komplexní.

Ošetřovatelský proces je hlavní pracovní metodou ošetřovatelského týmu. Jedná se o individualizovaný a systematický přístup k ošetřovatelské péči o klienta, který se orientuje na řešení veškerých problémů klienta. Cílem ošetřovatelského procesu je odstranění nebo zmírnění problémů (či jejich prevence) v oblasti individuálních potřeb klienta. Tento proces vychází z holistického pojetí klienta jako celku, který se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb zdravého či nemocného člověka v péči o jeho zdraví, prevenci a léčbu komplikací či důstojné umírání. Ošetřovatelský proces se skládá z pěti fází myšlenkových algoritmů a plánovaných činností (ošetřovatelské posouzení, ošetřovatelská diagnostika, plánování, realizace, hodnocení).

Je nezbytné, aby jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu a výsledky jejich činností byly řádně dokumentovány v ošetřovatelské dokumentaci. Pro to, aby ošetřova-

vatelská dokumentace plnila svoji roli a nebyla jen přítěží pro personál, je nezbytné, aby se opírala o aktuální potřeby daného zdravotnického zařízení a pochopitelně i o ošetřovatelský proces. I když víme, že samotný proces má pět fází nezbytných k jeho úspěšnému průběhu, lze některé fáze modifikovat pro potřeby daného oddělení (stanovit diagnózy vyskytující se, resp. nikdy se nevyskytující, na konkrétní ošetřovatelské jednotce).

Myšlenka zavést ošetřovatelský proces v podmínkách ZZS není ničím novým a diskutují na toto téma najdeme mnoho. Někteří se přiklánějí k radikálnímu prohlášení, že něco takového není možné, známe i názory opačné, že se jedná o jednoduchou nenáročnou modifikaci (Tom Jack Illés). Pokusíme se vyjmenovat několik problémů, které jsou pravděpodobně hlavním důvodem, proč není ošetřovatelský proces standardně zaveden na všechna výjezdová pracoviště záchranných služeb.

Bariéry ošetřovatelského procesu na ZZS

Mezi bariéry ošetřovatelského procesu v záchranném prostředí řadíme:

1. Sestra pracuje metodou ošetřovatelského procesu (Koncept ošetřovatelství), záchranář nikoli

Již v úvodu jsme se zmiňovali, že ve výjezdových složkách ZZS jsou jak všeobecné sestry se specializací, tak zdravotničtí záchranáři. Byť vykonávají oba totožnou činnost při svém výkonu péče, nalezneme u obou profesí rozdíly. Koncepte ošetřovatelství je dána, Koncepte zdravotnického záchranáře nikoli. Ano, mohli bychom říci, že sestra vykonává při své práci činnosti úzce související s ošetřovatelstvím, a tudíž je i pro záchranáře Koncepte ošetřovatelství závazná. Zároveň však sestra vykonává mnoho činností, které přímo nesouvisí s ošetřovatelstvím. V podstatě bychom mohli říci, že sestra v záchranné službě se pohybuje ve svých činnostech na jedné straně na hraně

NLZP a na straně druhé na hraně lékaře.

V rámci výzkumného šetření na jednotlivých ZZS v ČR zazněl i dotaz z oblasti personalistiky, kdy nás zajímalo, kolik procent ve výjezdových složkách v profesích NLZP tvoří všeobecné sestry se specializací a kolik procent v této kategorii zaměstnanců tvoří profese zdravotnického záchranáře. Výsledek byl překvapující. Převahu, tedy plných 65 %, tvoří všeobecné sestry, přestože studijní obor zdravotnický záchranář je možno v ČR studovat již přes dvacet let. V době, kdy odborné školy chrlí každý rok další a další profesionály v této oblasti, má převahu profese, která prvotně není určena pro práci na ZZS. Statistická data z roku 2012 dokonce udávají, že na jedno místo zdravotnického záchranáře připadá 241 absolventů, vystudovaných v oboru zdravotnický záchranář. Říkali jsme si, že současný stav je odrazem historie ve vývoji záchranných služeb. Sestry specialistiky pracující v minulosti na vysoce specializovaných pracovištích (ARO, JIP) měly několik služeb v měsíci nejen na svém kmenovém pracovišti, ale právě i na místních operačních střediscích a výjezdových stanovištích záchranných služeb. Tyto zaměstnankyně plynule přešly v roce 2004 v rámci restrukturalizace záchranných služeb pod kraje a od té doby na záchranných službách zůstaly. Až na výjimky nemá zaměstnavatel potřebu měnit zaměstnance z řad sester, které mají nejen bohaté praktické zkušenosti při výjezdech či v minulosti z místních operačních středisek, ale i zkušenosti jako vysoce erudované odbornice na pracovištích ARO (nejčastěji) či JIP.

2. Faktor času

Bezesporu velmi významný faktor, proč NEPRACOVAT metodou ošetřovatelského procesu. Pokud sestra či záchranář nepracují v horské oblasti, kde je nemocnice vzdálená více než dvacet či třicet kilometrů, navíc v těžce přístupném terénu a např. v zimním období, mají minimum ča-

su na osobní setkání s klientem, které se počítá na minuty. Určitý prostor by zde byl při sekundárních transportech z jednoho ZZ do druhého, ale těžko říci, zda nezůstáváme pouze v oblasti teorie.

3. Různorodost a nevyhraněnost profesní pozice - kompetencí

Charakteristika současného systému záchranných služeb přiděluje sestře dvě role. Některé směny se stává vedoucí výjezdové posádky (v posádkách RZP) s vysokou zodpovědností a všemi možnými následky a důsledky svých činů (např. forenzními) a jiné směny zastává funkci asistentní v týmu výjezdové posádky RLP, kdy je podřízena lékaři. V tomto bodě se nezabýváme možnou nadbytečností v týmu, ale spíše řešíme fakt, že některé směny (v posádkách RLP) se sestra k dokumentaci v podstatě nedostane (výjezdovou dokumentaci vyplňuje vedoucí posádky, tedy lékař). Na tomto místě musíme podotknout, že zápis sestry do dokumentace lékaře, stejně tak zadávání dat do PC sestrou, z vypsané dokumentace lékařem, je rovněž nepřijatelné a následné možné forenzní dopady značné. Často ovšem tento chybný model na některých ZZS přetrvává. Otázkou však je, zda se jedná pouze o neznalost.

4. Vzdělanost sester - nové trendy v ošetřovatelství

Pokud jsme se výše zmiňovali o určitém historickém vývoji v pozici sester na záchranných službách, musíme zde zapakovat fakt, že současným sestrám, které na ZZS pracují, je čtyřicet a více let. Je to věková skupina zaměstnanců, kteří v některých případech nemají vyšší odborné vzdělání, ale vzdělání středněškolské (čtyřleté) a následně si dostudovali určitou specializaci, ve většině případů pomaturitní specializační studium ARIP (anestezie, resuscitace, intenzivní péče). V této věkové kategorii je relativně málo sester s vysokoškolským vzděláním a dá se předpokládat, že ten, kdo nezačal studovat v nedávné minulosti



Ilustrační foto: Shutterstock

ti vysokoškolské studium, již nezačne. Zcela jistě ošetřovatelský proces patří k novým trendům v ošetřovatelství, byť Koncepte ošetřovatelství vznikla v roce 1994. Proto si troufáme předpokládat, že sestry, jež v současné době pracují na záchranných službách a byly vzdělávány dle osnov z 80. a 90. let minulého století, nejsou nakloněny a nemají zájem a potřebu metodou ošetřovatelského procesu pracovat.

5. Neexistující standardy

ZZS nemají v současné době stanoveny standardy kvality, podle kterých by bylo možné realizovat akreditační řízení, byť tu určité snahy jsou, jak nás informoval zástupce ředitele SAK MUDr. František Vlček. S tím pochopitelně úzce souvisí standard týkající se nejen dokumentace, ale i standard vykonávat péči metodou ošetřovatelského procesu. Z výše uvedených výčtů je patrné, že otázka ošetřovatelského procesu skutečně není jednoduchá a bude třeba do budoucna vyřešit, zda záchranná služba má nějakým způsobem modifikovat ošetřovatelský proces na specifické pracovní podmínky sester. Druhou z možností by mohlo být zbavení sester povinnosti pracovat touto metodou na ZZS.

Ve výše uvedeném přehledu jsme se pokusili si nastínit různá úskalí práce sester na záchranné službě a určité problémové oblasti v souvislosti s povinností vykonávat ošetřovatelský proces. Neradi bychom pojali tento článek jako diskusi o tom, zda sestry své místo na záchranných službách mají, či nikoli. Spíše se snažíme o upozornění kompetentních orgánů na danou problematiku. Ať se již jedná o koncepci záchranáře či o upřesnění povinnosti sester pracovat metodou ošetřovatelského procesu.

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

Radkin Honzák: Svépomocná příručka sestry (psychothriller)

Je mi ctí představit tuto novou publikaci, která nastiňuje návod jak se s náročnou profesí sestry vypořádat.

Dovolte však, abych nejprve představila autora referované knihy. MUDr. Radkin Honzák, CSc., je především český lékař-psychiatri a pedagog z Ústavu všeobecného lékařství I. LF UK v Praze a katedry psychiatrie IPVZ. Znájí jej hlavně lékaři, pro které publikoval řadu knih. Méně znám, ale nikoli neznám,

je u zástupců středního zdravotnického personálu – některé jeho knihy jsou určeny především jim. Jedno však je oběma skupinám společné: všechny knihy byly vždy velmi úspěšné.

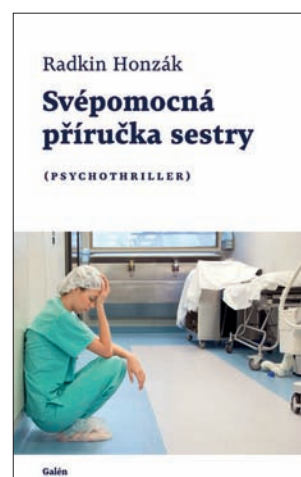
Obsah knihy

Knihy je rozdělena do 11 samostatných kapitol různého obsa-

hu i rozsahu, řazených v tomto pořadí: 1. *Kdo jsem, odkud přicházím a kam jdu (psychologie osobnosti)*, 2. *Kanárdas aneb každý začátek je těžký*, 3. *Já ti také přišel přát sladký spánek*, 4. *Co opravdu potřebujeme*, 5. *Zpátky do školy, doporučení pro další studium při zaměstnání*, 6. *Komunikace s pacientem (agresivní, závislý, depresivní až suicidální pacient)*, 7. *Komunikace a etické problémy s VIP pacienty*, 8. *Asertivita: každý o ní mluví a málokdo ví, co to opravdu je*, 9. *Sebezníčující postupy – nesmyslné příkazy, které nám kazí život*, 10. *Minimum z psychoterapie; základní psychoterapeutické směry* a 11. *Některé psychologické prvky edukace*. V závěru publikace najdete rejstřík a stručný medailonek autora.

Komu knihu doporučit?

Publikace je velmi přínosná především svými radami, ve všech



kapitolách sestry najdou téma významná pro jejich práci. Kniha je napsaná výbornou, vtipnou češtinou, takže se velmi dobře čte. Kritické postře-

hy cílené jak na společnost, tak na zdravotnictví, jichž se autor vůbec nebojí, činí text význačným.

Komu knihu doporučit? Především sestřím, ale užitek z ní mohou mít i ostatní střední zdravotničtí pracovníci. Některé kapitoly by si mohli přečíst i lékaři – třeba by lépe porozuměli některým problémům či stanoviskům nejbližších spolupracovníků.

A moje negativní názory na tuto publikaci? Žádné. Jako sestry jsem ji přečetla „jedním dechem“. MUDr. Radkin Honzák opět dokazuje, že je nejen zkušený autor, který má o čem psát, ale i ví jak to napsat.

PhDr. Zuzana Karmetová, DIS.,
3. interní klinika I. LF UK a VFN Praha,
zuzanakarmetova@seznam.cz

Inzerce M151000448

Pompeho choroba v těhotenství

Retrospektivní studie se 66 těhotnými ženami s Pompeho chorobou ukázala, že toto onemocnění nezvyšuje riziko těhotenských ani porodních komplikací. U malé části žen ale může během gravidity dojít ke zhoršení nebo manifestaci svalové slabosti a respiračních komplikací.



Rizika spojená s těhotenstvím u žen s Pompeho chorobou nebyla dosud známá. Cílem nedávno publikované studie bylo analyzovat klinický průběh a výsledek těhotenství u žen s tímto onemocněním a vliv gravidity na projevy choroby. Ženy byly zařazeny prostřednictvím německé a britské sekce Mezinárodní společnosti pro Pompeho chorobu a center sdružených v německé Skupině pro Pompeho chorobu. Údaje byly získány retrospektivně pomocí dotazníků a byly porovnány s daty z německého statistického almanachu, registru porodů a průzkumu kvality perinatální péče.

Na dotazník odpovědělo 66 ze 136 oslovených žen. Jejich průměrný věk byl 47 let s rozmezím 18–74 let. Těhotenství prodělalo 52 z nich. Příznaky Pompeho choroby byly v těhotenství přítomny u 10 žen (celkem 17 těhoten-

ství, 88,2 %, skončilo porodem a 11,8 % spontánním potratem). Objevily se 7× v první, 1× ve druhé a 1× ve třetí graviditě. U 3 žen došlo v těhotenství ke zhoršení svalové slabosti a u dalších 3 žen se svalová slabost objevila poprvé při první graviditě. Dvě ženy uvedly zhoršení respiračních problémů. Zbývajících 42 žen prodělalo těhotenství bez příznaků Pompeho choroby. Z těchto těhotenství skončilo 72,4 % porodem, 19,3 % spontánním potratem a 7,3 % bylo přerušeno. Přítomnost symptomů Pompeho choroby v těhotenství nebyla spojena s významnými rozdíly v průměrné délce gravidity, průměrné porodní hmotnosti dítěte ani ve výskytu těhotenských nebo porodních komplikací (včetně císařského řezu), a to v porovnání s asymptomatickými ženami s Pompeho chorobou i s obecnou populací.

(Zdroj: prolekare.cz)

(red)

lékaři, terapeuti a poradci v oblasti zdraví

NÁMI

podnikajte s

ordinace k pronájmu

Brno - Hrálovo Pole 724 055 830

Lékaři a sestry jsou partnery Jen jim dát možnost, jsou skvělé

Pražský Ústav pro péči o matku a dítě (ÚPMD) má prvorepublikovou tradici v porodnictví i typickou architekturu. O rodičky se tu pod vedením doc. MUDr. Jaroslava Feyereisla, CSc., lékaři starají mnoho let.

V poslední době tu odborníci urogynekologického centra dokončili dlouhodobou studii, která sledovala funkční a morfologické změny pánevního dna u žen po prvním vaginálním porodu. Ukázalo se, že v těchto případech došlo u více než čtvrtiny sledovaných žen k poškození pánevního dna, zatímco po porodu císařským řezem k těmto problémům nedošlo. A 32 % žen po vaginálním porodu mělo příznaky stresové inkontinence.

Kvalifikovaná pomoc

Neznamená to, že lékaři z ÚPMD chtějí tímto výzkumem propagovat přednosti porodu císařským řezem; z důvodů stále rostoucího věku prvoroďčiek (v Praze je jejich průměrný věk 31 let, což je o 5 až 7 let více než ještě nedávno, a výjimkou nejsou ani čtyřicetileté matky) a rizika větších komplikací z důvodu vyššího věku logicky znamená pro porodníky větší obezřetnost. Prvoroďčikám vyššího věku hrozí daleko větší možnosti změn

na pochvě, sestup poševních stěn a děložního hrdla i inkontinence. Výzkum vedl zástupce ředitele ÚPMD doc. MUDr. Ladislav Krofta, CSc., a při této práci velmi oceňoval pomoc sester.

„I tento projekt nám jednoznačně ukázal, že sestry jsou po zaškolení s to vykonávat vysoce specializovanou práci. Tu spousta lékařů u nás není schopna dělat, protože nemá znalosti tohoto typu. Po zaškolení jsou naše sestry schopny provádět i některé lékařské úko-

ny, což je pro nás mimořádně důležité a hodně nám to pomáhá. Dokonce uvažujeme o tom, že umožníme sestřím vykonávat i další, odbornější činnosti. V péči o těhotné a o ženy s gynekologickými problémy plánujeme, že by sestry po vyškolení mohly samy dělat například ultrazvuková vyšetření pánevního dna. Velmi dobře pracují v těhotenských ambulancích. Jen jim dát možnost, jsou výborné... Obecně si práce sester velmi vážím. Na našem ty-



Docent Ladislav Krofta

Foto: archiv ÚPMD

pu pracoviště je navíc unikátní především to, že uplatňují jiný pohled na rodičky, než my muži, a to – zjednodušeně řečeno – jako žena na ženu. Asi je to i logické, že ženy se ženám svěrují i tady u nás. Umějí se do stavu pacientky vcítit, a když k tomu ještě mají patřičné znalosti, tak mi sdělí poznatky a důležité informace, které já svým vyšetřením nemohu získat.“

Ako môže človeka bolieť niečo, čo už neexistuje?

Strata končatiny je pre pacienta jednou z najťažších životných situácií. Pri nasledujúcej liečbe treba brať do úvahy nielen súčasný stav, ale na základe poznania osobnosti postihnutého pacienta predvídať ďalšie terapeutické opatrenia. Okrem somatických a sociálnych aspektov je dôležité stanoviť, akým spôsobom telesný defekt pôsobí na problematiku pracovného, spoločenského, manželského uplatnenia a sebarealizácie.

Úvod

Mnohé úrazy či nádorové ochorenia si vyžadujú radikálny krok v podobe chirurgického odstránenia určitej časti tela. Často je to jediná šanca, ako postihnutej osobe zachrániť život. Amputácia je častá u diabetikov v situácii, kedy sa rany nehoja a v snahe zabrániť šíriacej sa infekcii je amputácia jedinou možnosťou. Ak človek príde o končatinu, logicky vyvodíme záver, že po chirurgickom výkone ho už nebude nič bolieť, pretože tento orgán už nemá. Nie je to ale pravda, väčšina ľudí po amputácii udáva bolesť totožnú ako v čase, keď danú končatinu ešte mali. Je to pozoruhodné, že človek, ktorý prišiel o niektorú časť svojho tela, cíti bolesť práve v tejto časti, ktorá už neexistuje. Ani najúčinnnejšie lieky na cievne choroby, diabetes, ani rekonštrukčné operačné výkony

nezabránia vo všetkých prípadoch komplikáciám, ktoré vedú v konečnom dôsledku k amputácii končatín.

Charakteristika a klinické prejavy

Klinicky sa rozlišujú tieto symptómy, ktoré pacient po amputácii prežíva:

1. Vnímanie amputovanej končatiny – pacienti ho udávajú najmä prvé dni po amputácii. Uvádzajú strnulú polohu, stlačenie, vykrúcanie končatín a bolesť takú, aká bola pocitovaná pred operáciou. Ďalej udávajú pichanie, štipanie, svrbenie a brnenie.
2. Fantómové pocity – sú nebolestivé, dochádza k pocitovaniu teploty a dotykov. Končatina sa často pociťuje aj ako zmenená (zväčšená, zmenšená, pretočená).
3. Bolesť v kýpti – môže mať rôz-

ne príčiny. Lokalizujú sa priamo v kýpti amputovanej časti. Podľa priebehu sa rozlišujú akútne a chronické bolesti v kýpti:

- Akútne bolesti – objavujú sa krátky čas po operácii. Príčinou je v prvom rade pooperačná bolesť rany, infekcia alebo hematóm.

- Chronické bolesti – môžu byť následkom poruchy prerušenia alebo nervového poškodenia.

Ďalšími príčinami sú bolesti jaziev, kostné ostrohy, nedostatočné napasovanie protézy, chronické infekcie alebo sympatická reflexná dystrofia (morbus Sudeck). Významnú úlohu zohrávajú aj tzv. amputačné neurómy. Prerušenie periférneho nervu vedie k tomu, že voľný koniec opäť hľadá nové miesto pripojenia. Ak takéto miesto po amputácii nenájde, dochádza k bezcielemu obnoveniu nervových vlákien a vznikajú neurómy, ktoré bývajú východiskom prudkých bolestí.

4. Fantómová bolesť – je charakterizovaná ako bolesť pocitovaná v amputovanej končatine, lokalizovaná na distálnych častiach tela (ru-



Ilustrácia foto: Shutterstock

ka, noha). Môže vyžarovať aj do iných oblastí tela, napr. do chrta, brucha, bedrovej oblasti alebo do hlavy. Je opísaná ako bolesť prenikavého, páliaceho, bodavého alebo kŕčovitého charakteru. Objavuje sa už bezprostredne po operácii, hneď ako doznieva anestézia. Intenzita fantómovej bolesti sa postupom času zmierňuje, až úplne vymizne. U časti pacientov sa môže zhoršiť alebo pretrváva aj desiatky rokov.

Liečba fantómovej bolesti

Terapia fantómovej bolesti sa riadi podľa intenzity a podľa dĺžky trvania. Je určená individuálne pre každého pacienta. Lieky musia byť predpísané lekárom, niekedy v spolupráci s ambulanciou zameranou na chronické bolesti.

- Profylaxia – najlepším profylaktickým opatrením na zabránenie fantómovej bolesti je dostatočne dávkovaná a včasne začatá liečba proti bolestiam už pred amputáciou. Epidurálna predoperačná analgésia znižuje incidenciu fantómovej bolesti. Preventívny účinok má peri- a postoperačne podávaný ketamín.
- Farmakoterapia – predstavuje základ liečby postamputačnej a fantómovej bolesti.
 - nesteroidné antireumatiká, NSAR, prípravky proti bolesti v kombinácii s vitamínovým B-komplexom a kyselínou listovou
 - opiáty – podľa intenzity bolesti sa predpisujú slabé (oxycodon, tilidín) alebo silné (morfín) pôsobiace opiáty
 - kapsaicínová masť pomáha pri precitlivenosti
 - psychofarmaká – priamo brzdia nervové bolesti (antiepileptiká, antidepresíva)
- Neurálna liečba – liečba bolesti „obstrekom“ lokálnym anestetikom. Následne potláča prenos vzruchov a znižuje bolesť.
 - punkčná infiltrácia – pri nej sú ošetrované bolestivé body vo svalstve
 - blokády nervov – pri ktorých sa ošetrojú veľké nervy, ktoré zásobujú bolestivú oblasť, napr. blokády sympatika
- Fyzikálna liečba
 - masáže, kúpele, liečebná gymnastika
 - prispôbenie protézy
 - TENS (transkutánná elektrická nervová stimulácia) – nastáva pri nej zabránenie vedenia bolesti nervo-

vo stimuláciou pomocou elektrického prúdu

- Komplementárne metódy
 - akupunktúra, hypnóza, biofeedback
- Psychologická liečba – môže viesť k redukcii bolesti na viacerých úrovniach.
 - uvolňovacie techniky – autogénny tréning, progresívna svalová relaxácia podľa Jacobsona
 - terapeutické metódy – zameriavajúce sa na vyrovnanie sa so stratou končatiny

Po amputácii končatiny sa pacient ocitne v novej situácii, pričádzajú problémy, ktoré často nevie riešiť sám, je odkázaný na príbuzných, či iný ošetrovateľský personál. Človek vtedy bojuje nielen so samotnou stratou končatiny, ale aj s problémami, ktoré mu táto strata spôsobuje. Trpí nielen fyzicky, ale aj psychicky. Psychika pacienta výrazne vplýva na priebeh ochorenia. Je závislá na jeho veku, spoločenskom postavení a tiež i na tom, aký význam pripisoval pacient svojmu imidžu. Strata končatiny je väčšinou vnímaná ako ohrozenie vlastného bytia. A práve tu hrá dôležitú úlohu prístup ošetrovateľského tímu, ktorý môže psychiku pacienta výrazne ovplyvniť, ale tiež nevhodným prístupom a správnym zhoršiť.

Pooperačná starostlivosť o pacienta po amputácii končatiny

Po operácii býva psychika amputovaných pacientov často veľmi zaťažená posttraumatickým syndrómom z trvalých následkov amputácie. Bezmocnosť a smútok nad stratou končatiny vyžadujú, aby lekár i sestra svojim citlivým prístupom a opakovaným povzbudzovaním dodávali pacientovi stratenú sebadôveru. Menej intenzívne psychologické reakcie sa objavujú u pacientov s dlhodobým ochorením končatín, ktorým amputácia prináša úľavu. Anticipačný smútok z možnej očakávanej straty druhej končatiny vyžaduje od sestry naučiť pacienta sa o končatinu starať. Pri poruchách kožnej integrity je však ošetrovanie drobných defektov zo strany pacientov značne podceňované. Majú síce strach, že prídu o druhú končatinu, ale pritom často nedodržujú základnú hygienu, naďalej zostávajú fajčiarmi, nerespektujú diétny režim, atď. Je teda dôležité viesť pacienta k zmene životného štýlu, a tým k predchádzaniu ďalším možným následkom aterosklerózy.

Tvar pahýľa (kýpta)

Pahýľ sa začína formovať už pri operácii v závislosti od správnej operačnej techniky. Jeho tvar je mierne kužeľovitý, s drobným svalovým a kožným krytom, nebolestivou pohyblivou jazvou pri plnej pohyblivosti priľahlého kĺbu. V prvých pooperačných dňoch je opuchnutý. Tvarovaniu pahýľa treba venovať dôležitú pozornosť, pretože od definitívneho výsledku závisí ďalší osud pacienta. Tvarovanie sa realizuje bandážou, masážami, otožovaním, zaťažovaním. Podoba pahýľa sa postupne mení od operácie až do dosiahnutia definitívneho tvaru. Tieto zmeny prebiehajú asi 4 – 6 mesiacov. Pahýľ mení svoj objem, silu, dozrieva operačná rana. Opuch, ktorý zo začiatku trval, sa postupne znižuje, pretože vytvorením nových ciev sa obnovuje porušený krvný obeh, ako aj cirkulácia v tepno-žilovom a lymfatickom systéme. Najväčšie zmeny prebiehajú vo svalstve, pretože prestáva plniť svoju predchádzajúcu funkciu. Stráca sa svalová masa, vzniká atrofia svalstva a obvod pahýľa sa znižuje.

Bandáž pahýľa

Po operácii sa realizuje bandáž pahýľa. Podľa veľkosti, sily a hrúbky pahýľa sa používajú elastické ovínadlá šírky 8 – 14 cm. Aby splnili svoju úlohu, musia sa ovíňať podľa určitých princípov. O bandáži je dôležité edukovať pacienta i rodinných príslušníkov, ktorí sa budú o pacienta starať.

- Bandáž predkolenného pahýľa – prvá otáčka musí smerovať z vonkajšej strany na vnútornú okolo dolnej časti pahýľa a nesmie sa silno stiahnuť. Najsilnejšie má byť stiahnutý hrot pahýľa. Používame osmičkový alebo špirálový systém uloženia otáčok.
- Bandáž stehenného pahýľa – prvá otáčka má kryť koniec pahýľa, ďalšie smerujú tak, aby vytvorili klasovitý obväz, ktorý je ukončený na páse (pri krátkom stehennom pahýle), tzv. spikový obväz. Pahýľ nesmie byť ťahom obväzu ohnutý, musí zostať vystretý.

Po prevezení pacienta z operačnej sály je dôležité správne končatinu položiť. Pacient nesmie podkladať pahýľ podložkami, dekou alebo ohýbať koleno či bedrovú kĺb. Umožňuje tým vznik kontraktúry, ktorá neskôr zhoršuje chôdzu a sťažuje nosenie protézy. Je vhodné, aby bol pahýľ v ležiacej po-

lohe zaťažený vreckom piesku. Podľa zdravotného stavu pacienta sa odporúča polohovanie na bruchu, čím sa udržiava ohýbače bedrového kĺbu pod ťahom. S cvičením začíname na 2. pooperačný deň, konkrétne s kondičným cvičením na lôžku, po odstránení drénu potom pacienta mobilizujeme. Rehabilitácia sa líši podľa výšky amputácie končatiny. Pri amputáciách predkolenia je dôležité udržiavať čo najväčší rozsah pohybu v kolene a zabrániť vzniku kontraktúry. U pacienta je dôležitejšie plné vystretie než plné ohnutie. Pri amputácii na stehne musíme venovať pozornosť stavu bedrového kĺbu a schopnosti aktívne ovládať svalstvo stehna. Pacient musí vedieť napnúť sval, a tým zväčšiť objem pahýľa. Pri nesprávnom cvičení a polohovaní pahýľa sa pahýľ dostáva pôsobením svalov do nepriaznivého postavenia v ohnutí a odnožení. Každá amputácia vedie k rôznym stupňom poruchy statiky, preto je pri cvičení dôležité zamerať sa na posilňovanie chrbtového svalstva, brušného svalstva a na dychové cvičenia. Rehabilitačný pracovník vedie pacienta k tomu, aby si všetky cviky osvojil tak, aby ich mohol doma vykonávať sám.

Aktuálne sesterské diagnózy u pacienta po amputácii končatiny:

- Akútna bolesť (00132) v súvislosti s nesprávnym ošetrením nervového pahýľa, prejavujúca sa opuchom.
- Beznádej (00124) v súvislosti s obmedzením aktivity, prejavujúca sa pocitmi menejcennosti.
- Bezmocnosť (00125) v súvislosti s ochorením, prejavujúca sa uzavretosťou.
- Posttraumatický syndróm (00141) v súvislosti s trvalými následkami amputácie, prejavujúci sa pocitom viny.
- Úzkosť (00146) v súvislosti so zmenou zdravotného stavu, prejavujúca sa zameraním na vlastnú osobu.
- Strach (00148) v súvislosti s neschopnosťou vyrovnat sa so svojím stavom, prejavujúci sa vyjadrením obáv a neistoty.
- Anticipačný smútok (00136) v súvislosti so stratou časti tela, prejavujúci sa izolovaním od spoločnosti.
- Narušený obraz tela (00118) v súvislosti so stratou časti končatiny, prejavujúci sa negatívnymi pocitmi nad vlastným telom.

- Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene (00108) v súvislosti s obmedzenou pohyblivosťou, prejavujúci sa neschopnosťou vykonávať bežné denné aktivity samostatne.
- Deficit vedomostí (00126) v súvislosti s bandážou pahýľa, prejavujúci sa žiadosťou o informácie.
- Sociálna izolácia (00053) v súvislosti so zmenou telesného vzhľadu, prejavujúca sa pocitmi osamelosti a odmietaním podpory blízkych osôb.
- Narušené procesy v rodine (00060) v súvislosti s ochorením člena rodiny a zmenou jeho roly, prejavujúce sa neschopnosťou rodiny naplniť potreby svojich členov.

Pacienti sa často zaoberajú otázkami: ako budú rodinní príslušníci reagovať na ich zmenený zdravotný stav, ako ich prijímú späť do rodinného kruhu, do akej miery ovplyvní ich zdravotný stav manželský život, vrátane rodičovskej starostlivosti i materiálneho zabezpečenia rodiny. Riešenie tejto problematiky si vyžaduje komunikáciu s rodinou pacienta. Rodinu je nutné informovať o charaktere ochorenia a zmene psychologického stavu ich člena. Dôležitým problémom je, aby pacient po amputácii napriek svojej ťažkej situácii našiel životné hodnoty, ktoré je schopný zvládnuť, v ktorých nájde uspokojenie a zmysel svojho zmeneného života. Rozhodujúcu úlohu pri tom má aj pacient sám.

Záver

Človek sa s amputáciou môže vyrovnávať rôzne. Problémy s pohybom a dostupnosťou všetkého, čo dovtedy dostupné bolo, sú len jednou častou komplikácií. Psychické problémy stupňujú i okolie. Netolerantná spoločnosť, odvracajúci zrak a pohľady ľudí... Z človeka sa stáva invalid, odkázaný na invalidný dôchodok a často, ak človeku chýba zázemie a rodina, je odkázaný na žobranie. Pokiaľ človeku hrozí zo zdravotných dôvodov amputácia a zároveň má pevné, chápaté rodinné zázemie a priateľov, psychológovia odporúčajú sa na amputáciu psychicky pripraviť. Ale povedzme si pravdu, aj ten najsilnejší človek nemusí byť úplne pripravený. Na stratu končatiny sa pripraviť nedá.

Hematurie

Hematurie neboli přítomnost červených krvinek v moči často signalizuje závažné onemocnění urogenitálního systému. Jde vůbec o jeden z nejčastějších problémů, se kterými se na urologii setkáváme.

Na začátku pátrání po příčině je třeba si uvědomit, že spektrum příčin červeného zbarvení moči je poměrně široké a nemusí vždy souviset právě s přítomností krve v moči. Obdobně zabarvená způsobí i některé potraviny (např. červená řepa, ostružiny), potravinářská barviva, intoxikace (např. olovo, rtuť) nebo léky, které neovlivňují srážlivost krve (např. Pyrinium – léčba infekce roupem dětským). V drtivé většině případů má přímý vliv na přítomnost červených krvinek v moči právě užívání antikoagulancií (např. Warfarin, Apopyrin). Je nutné na tuto skutečnost pamatovat a již při prvním kontaktu s pacientem tuto možnost vyloučit.

Rozdělení hematurie

Základní rozdělení hematurie je podle intenzity zbarvení. Rozlišujeme hematurii **mikroskopickou**, kterou lze diagnostikovat pouze mikroskopickým vyšetřením močového sedimentu, a **makroskopickou**, kdy je přítomnost krve v moči rozpoznatelná pouhým okem a signalizuje závažnější onemocnění urogenitálního traktu. Přítomnost nádorového onemocnění u pacientů s makrohaturií je udávána až ve čtvrtině případů, u mikroskopické hematurie jde řádově o procenta.

Důležitou výpovědní hodnotu má přítomnost krevních sraženin. Jsou-li přítomna koagula, zvyšuje se pravděpodobnost nálezů významné urologické patologie. Koagula červovitého tvaru mohou naznačit zdroj krvácení v horních močových cestách. Hematurie z horních močových cest má zpravidla tmavou hnědočervenou barvu (nezaměňovat s hnědým vzhledem moči, který může být způsoben přítomností žlučových barviv). Z dolních močových cest bývá hematurie sytě červená.

Podle vztahu k jednotlivým fázím mikce dělíme hematurii na **iniciální** (zdroj v přední močové trubici), **terminální** (zdroj v zadní močové trubici, prostatě nebo hrdle močového měchýře) a **totální** (krvácení z horních nebo dolních močových cest).

Podle subjektivních potíží pacienta je hematurie **symptomatická**, nebo **asymptomatická**.

Etiologii členíme na:

- **prerenální** – mimo ledviny (leukemie, srpkovitá anémie); poruchy srážlivosti krve: a) vrozené – hemofilie, b) získané – antikoagulanty;
- **renální** – poruchy funkce glomerulů, záněty glomerulů;
- **postrenální** můžeme rozdělit na: a) primární – infekce močových cest, lithiáza močového traktu, traumata, tumory

močového ústrojí a prostaty; b) sekundární – pooperační stavy či iatrogenní poškození.

Diagnostika hematurie

Už při odběru anamnézy můžeme vyzorovat určité predispozice k urologickému onemocnění – dřívější nemoci, operace, traumata, vrozené vývojové vady, výskyt v rodině. Způsobů jak diagnostikovat nebo vyslovit podezření na hematurii je více. Od nejjednodušších diagnostických proužků až k chemickému vyšetření moči. Vyšetření se vždy musí provádět z čerstvého vzorku moči, nejpozději však 2 hodiny od samotného odběru. Dále můžeme pacienta vyšetřit pomocí ultrazvuku ledvin a močového ústrojí, Rtg břicha, CT nefrográmu a CT břicha s kontrastní látkou. Mezi endoskopické vyšetřovací metody řadíme cystoskopii (vyšetření dolních močových cest), ureterorenoskopii (vyšetření horních močových cest).

Léčba

Po stanovení zdroje krvácení zahájíme léčbu ordinovanou ošetřujícím lékařem. Při infekci močového traktu aplikujeme antibiotika. Jsou-li zdrojem krvácení traumata či tumory, volíme operační řešení. Při hematurii u warfarinizovaných pacientů nasazujeme nízkomolekulární heparin za kontroly srážlivosti krve, popřípadě podáme krevní deriváty pro snížení hodnot srážlivosti krve (plasma, Antitrombin III). Při akutních stavech a masivní hematurii může nastat hemoragická tamponáda močového měchýře, kdy je měchýř vyplněn krví a koaguly. Projevuje se velkými bolestmi nad stydkou sponou, přeplněným močovým měchýřem, nucením na močení a neschopností mikce. V závislosti na velikosti krevních ztrát se může rozvíjet hemoragický šok. Při tomto stavu je nezbytné provést ultrazvuk močového měchýře pro zjištění přítomnosti koagul v něm a následně zavést trojcestný močový katétr, který slouží k proplachu močového měchýře. Krevní ztráty případně hradit transfuzemi. Úlohou sestry je sledovat celkový stav pacien-



Extrahovaný konkrément po cystolitotomii | Foto: archiv autorek

ta (fyziologické funkce, bolest, barva moči, barva kůže a ostatní příznaky vedoucí k podezření na šokový stav). Zajištění periferní kanyly, popř. centrálního venózního katétru, infuzní terapie, koloidy při hypovolemii, hemostatika, udržení průchodnosti a funkčnosti močového katétru.

Kazuistika

Žena, 78 let

- RA: matka † 71 let IM, otec † stáří v 83 letech
- OA: DM II. typ na dietě, hypertenze, polyartróza, hyperurikemie, st p HYE + AE, biliární pankreatitida, st p CHCE
- FA: Monopril 20 mg, Lomir SRO 5 mg, Atenolol AL 25
- PSA: SD, dříve dělnice, vdova, žije se synem, nekuřačka, alkohol nepije

1. den hospitalizace: Pacientka vyšetřena v urologické ambulanci pro makroskopickou hematurii, dysurii, strangurii. Objektivně je moč výrazně hematurická s koaguly. Proveden ultrazvuk obou ledvin bez zjevné patologie. Odeslána k přijetí na urologické oddělení k následnému došetření hematurie. Zaveden trojcestný močový katétr, manuální proplach koagul, irigace dle stupně hematurie. Nasazen Biseptol tbl., výhledově k cystoskopii. Odběry krve (srážlivost, krevní obraz, biochemie), moč + sediment.

2. den: Hematurie s koaguly – kape svízně proplachová laváž. Aplikace analgetik pro tupou bolest v podbřišku.

3. den: Hematurie postupně odeznívá, na následující den plánovaná diagnostická cystoskopie v lokální anestezii.

4. den: Dle cystoskopie je na spodině močového měchýře obdenný cystolit, ponechána bez močového katétru. Vzhledem

k velikosti konkrémentu je indikována otevřená cystolitotomie. Provedeno předoperační vyšetření, premedikace nezajištěna, je potřeba doplnit ECHO vyšetření.

5. den: Provedeno ECHO vyšetření – významná plicní hypertenze, lehká systolická dysfunkce levé komory s ejekční frakcí 50 %, středně významná trikuspidální insuficience, malá mitrální insuficience. Doporučeno provést CT angio plicnice pro vyloučení plicní embolie. Pacientka pro zjištěnou interní zátěž přeložena na interní oddělení k došetření plicní hypertenze. Katetrizace močového měchýře Foley Ch 16 k zajištění kontinuální derivace moče.

6. den: Na interním oddělení diagnostikována hypothyreóza, nasazena substituční terapie Letrox 25 tbl 1-0-0. Provedeno CT angio vyšetření plic s negativním nálezem. S dalším invazivním vyšetřováním plicní hypertenze pacientka nesouhlasí a po dohodě preferuje urologickou operaci. Atenolol AL 25 vysazen pro fibrilaci síní. Příklad zpět na urologické oddělení k operačnímu výkonu.

7. den: Doplnění anesteziologického konzilia – výkon v subarachnoidální anestezii s rizikem ASA III. Předoperační příprava.

8. den: Před operací kontrola fyziologických funkcí, odběr glykemie, podána premedikace, Letrox 25 tbl, přiložení bandáží na DKK pro prevenci TEN, oholení operačního pole. Provedena klasická cystolitotomie – extrahován obrovský oválný konkrément o velikosti 8 x 4 x 5 cm. Zaveden břišní drén, močový katétr (moč čirá). Obvyklá pooperační péče na urologickém oddělení, analgetizace pro tupou bolest v podbřišku. Dieta 0s.

9. den: Vertikalizace bez potíží, nauzea – po aplikaci antiemetik úleva. Operační rána s krvavou



Ilustrace Foto: Shutterstock

otiskovou sekrecí – převaz dle potřeby. Břišní drén pouze krvavě pošpiněn. Močový katétr odvádí čirou moč. Započata rehabilitace a zátěž stravou (dieta č. 9/S). Analgetizace dle potřeby.

10. den: Pacientka se cítí lépe. Přebaz operační rány. Břišní drén ponechán. Močový katétr odvádí čirou moč. Analgetizace dle potřeby.

11. den: Pacientka je již plně soběstačná, břišní drén bez další sekrece, proto extrahován. Bolesť mírně v okolí operační rány, analgetizaci odmítá. Močový katétr odvádí čirou moč.

12. den: Pacientka trpí obštipací, do medikace přidána Lactulosa sirup 5 ml 3x denně. Operační rána se hojí *per primam*, pooperační průběh uspokojivý. Močový katétr odvádí čirou moč.

13. den: Pacientka se vyprázdnila, pociťuje úlevu. Extrakce močového katétru, pacientka močí volně. Doplnění interního konzilia se závěrem: výrazná plicní hypertenze a permanentní fibrilace síní jsou dvojití indikací k antikoagulační terapii, do medikace nasazena Pradaxa 110 mg tbl 1-0-1. Dále kontrola v kardiologické ambulanci v místě bydliště.

14. den: Močí volně bez známek inkontinence či hematurie. Operační rána zhojena *per primam*. Propuštění pacientky do domácí péče. Odvoz zajištěn sanitním vozem. Poučena o nutnosti užívání nově přidávaných léků do medikace. Praktický lékař zajistí kontrolní odběry TSH a T4V.

Ošetřovatelské diagnózy

- bolest z důvodu základního onemocnění, operačního výkonu
- strach z důvodu operačního výkonu, nově zjištěného onemocnění srdce
- porucha sebezpečí v souvislosti s pooperačním stavem
- porucha kožní integrity z důvodu vzniku operační rány
- porucha vyprazdňování moči z důvodu základního onemocnění
- porucha vyprazdňování stolice v souvislosti s pooperačním sníženou mobilitou
- potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy
- potenciální riziko pádu v souvislosti s pooperačním stavem
- potenciální riziko vzniku krvácivých stavů z důvodu antikoagulační léčby

Literatura u autorek

Lucie Hrochová, Mgr. Barbora Špačková, urologické oddělení, Šumperská nemocnice, a. s., barboraspachova@centrum.cz

Příbuzenská transplantace – multidisciplinární spolupráce

Článek popisuje ošetřovatelskou péči před a po transplantaci ledviny u příjemce i u dárce. Obsahuje dvě kazuistiky zaměřené na péči o pacienta po transplantaci (příjemce), která probíhala na transplantční JIP ve FNO, a kazuistiku dárkyně, jež byla hospitalizována na chirurgickém oddělení ve FNO.

První úspěšná transplantace byla provedena v roce 1966 v tehdejší Ústavu klinické a experimentální chirurgie (předchůdci dnešního IKEM). V tomto období se jednalo o příbuzenskou transplantaci. Do konce 60. let 20. století bylo provedeno 32 transplantací, mezi nimi i první transplantace kadeverózní ledviny. Příjemci užívali vysoké dávky imunopresiv, při rejekcích se podávalo antilymfocytární sérum.

Vzhledem k nedostatku ledvin od dárců zemřelých došlo v posledních letech k velkému rozvoji transplantací ledvin od žijících dárců. Předností transplantací ledvin od žijících dárců jsou podstatně lepší výsledky v přežívání příjemců i štěpů a dále fakt, že takovou transplantaci lze provést preemptivně, tzn. ještě před zahájením dialyzační léčby.

Je všeobecně známo, že nejvhodnějším žijícím dárce ledviny je některý z nejbližších pokrevních členů rodiny nemocného. V některých rodinách může být potenciálních dárců hned několik. Tehdy rozhodují nejen medicínské, ale i tzv. sociální faktory. Shoda v HLA antigenech není absolutně rozhodující. Obvykle se konečné rozhodnutí nechává na vůli rodiny. Není-li mezi příbuznými žádný vhodný či souhlasící dárce, většina transplantáčních center nyní akceptuje i dárce, kteří jsou s příjemcem emotivně spřízněni (manžel/manželka, adoptivní příbuzní, druh/družka, blízcí přátelé). U transplantací od nepříbuzných dárců se musí pečlivě zkoumat, zda dárce není k darování ledviny motivován jinak než svým altruismem. Transplantační zákon na toto pamatuje, a proto jsou zřízeny speciální etické komise, které mají za cíl eliminovat dárcovství ledviny pod nátlakem, nejčastěji finančním.

Kazuistika příjemce

Na interní kliniku na transplantční JIP byl přijat 49letý pacient



Ilustrační foto: Shutterstock

se základní diagnózou chronická glomerulonefritida CKD 5 (kdy funkce ledvin klesá pod 15 %, tj. GFR pod 15 ml/min) k příbuzenské transplantaci preemptivně. Při poslední kontrole byl pacient informován nefrologem o závažnosti onemocnění. Subjektivně se cítil bez potíží, ale laboratorní testy ukazovaly na selhání ledvin. Nefrolog pacienta a jeho rodinu informoval o možnosti příbuzenské transplantace ještě dřív, než bude nutná hemodialyzační léčba. Nabízelo se hned několik dárců, ale nejvhodnějším byla manželka. Jedná se o příbuzenskou „emotivní“ transplantaci. V HLA antigenech byla 1x shoda dárce a příjemce. Nefrolog kontaktoval naše transplantační centrum, kde byla provedena veškerá nezbytně nutná vyšetření dárce i příjemce a byl domluven termín transplantace.

Pacient přijat k transplantaci ledviny – *living donor* (žijící dárce). Při příjmu na transplantční JIP byl pacient při vědomí, klidný, orientovaný, spolupracující, subjektivně bez potíží. Pacient léčen pro hypertenzi, dnu, prodělal vředovou chorobu gastroduodena, v roce 2009 stp. krvácení z duodenálního vředu, mnoho

let onemocnění ledvin, zatím nebyl dialyzován. Výška 182 cm, hmotnost 100 kg, BMI 30,18, tělesná teplota 36,5 °C, krevní tlak 170/80 a puls 80. Bez dušnosti, bez otoků.

Výživa

Nutriční screening byl pozitivní – 3.b. Při výšce 182 cm a hmotnosti 100 kg při BMI 30,18 jde o obezitu. Při příjmu dieta racionální. V den operace dieta NPO, tekutiny hrazeny parenterálně. První pooperační den začínáme s příjmem tekutin a sippingem. Druhý pooperační den opět racionální výživa, kterou toleroval. Bez nauzey či zvracení. Pacient přijímal stravu bez potíží po celou dobu hospitalizace.

Vylučování

Vedena bilance tekutin od počátku hospitalizace, po výkonu hodinová bilance tekutin. V den transplantace a v den následující převládala polyurie, hematurie. Postupně normalizace stavu. Při propuštění moč čirá. Peristaltika slyšitelná. Stolica fyziologická, frekvence pravidelná, bez potíží.

Aktivita a pohyb

Pacient soběstačný, orientovaný, chodící. Skóre Barthelova

testu základních všedních činností (*activities of daily living*, ADL) 100 bodů – nezávislý; hodnocení rizika vzniku dekubitu dle Marjorie Norton 34 bodů – žádné riziko. Dle Hodnocení rizika pádu – 4 body. V den operace a 1. pooperační den pacient dodržoval klidový režim, postupnou vertikalizaci zvládl bez potíží. Po zbytek hospitalizace byl zcela soběstačný.

Sociální situace

Pacient je zaměstnan v manažerské pozici. V současné době vystavena pracovní neschopnost z důvodu plánované transplantace ledvin. Je šťastně ženatý, má syna a dceru, 1 vnučku. Ve své rodině má silnou oporu, o čemž vypovídaly časté návštěvy během hospitalizace.

Bolest

Bezprostředně po přivezení pacienta ze sálu bolest v oblasti operační rány, sledována vizuálně analogová škála (VAS 5), v prvních dvou hodinách sledována intenzita bolesti každých 15 minut, dále každou 1 hodinu. Nasazena kontinuální analgetizace (Dipidolor 30 mg ve 30 ml fyziologického roztoku – rozmezí 1-5 ml/hod). Zpočátku rychlost analgetické směsi

3 ml/hod, postupné snižování až do vymizení bolesti. Analgetika vysazena 2. pooperační den. Sledováno Ramsayho skóre, jeho hodnota po celou dobu analgetizace opiáty byla 2.

Předoperační příprava

Při příjmu byly provedeny „transplantační předoperační“ odběry krve na křížovou zkoušku (objednáváme 2x 300 ERD do rezervy), krevní obraz s diferenciací, biochemie (Na, K, Cl, urea, kreatinin, kyselina močová, jaterní testy, cholesterol, TGD, glukóza, CRP, venózní ABR, imunokomplexy C3 a C4) a krev na vyšetření BWR a EBV.

Statimově odebíráme aktuální *cross-match* (křížová zkouška) do HLA laboratoře. *Cross-match* je mikrolymfocytární test, základní sérologická metoda k testování histokompatibility. Účelem je detekovat v séru příjemce protilátky namířené proti HLA antigenům dárce, významem této zkoušky je výběr optimálního páru dárce – příjemce, minimalizace rizika vzniku rejekce (odmítnutí) transplantovaného orgánu. Pozitivní výsledek znamená kontrindikaci transplantace. Aktuální *cross-match* hlásily tentýž den negativní.

Lékař s asistencí sestry zavedl trojcestný Quintonův katétr (QK) do v. *jugularis l. dx.* Následoval RTC snímek plic. Dle aktuálních odběrů pro uremii lékař naordinoval dvouhodinovou akutní hemodialýzu s minimální ultrafiltrací večer před plánovanou transplantací. HD proběhla bez komplikací. Následně byly provedeny kontrolní odběry venózního ABR, K, urey a kreatininu. Následovalo anesteziologické a chirurgické konzilium. V operační den byla provedena bezprostřední příprava k operaci, která zahrnuje celkovou hygienu, oholení operačního pole (od pupku do půlky stehna), bandáž DKK, aplikaci infuzní a injekční terapie dle ordinace lékaře, premedikace. Na operační sál chystáme tzv. transplantační balíček, který obsahuje Furosemid Forte 250 mg i. v., Manitol 250 ml, 500 ml Fl/1 s Gentamicinem 20 mg (pro proplach PMK), první dávka ATB dle ordinace (nejčastěji Zinacef 750 mg i. v.).

Bezprostřední pooperační péče
Pacient se po 2,5 hodinách vrací zpět na JIP, kde monitorujeme TK, TF, SpO₂, DF 2 hodiny bezprostředně po Tx každých 15 minut, poté každou hodinu. Náš pacient byl hypertenzní, na mo-

nituru sinusový rytmus, dechová frekvence v normě, SpO₂ s podporou kyslíkové terapie 100 %. Ramsayho skóre 2. Bolest VAS 5, po analgetizaci opiáty (30 mg Dipidolor v Fl/1 30 ml) bolest postupně ustupuje. Vedeme hodinovou bilanci tekutin. Zpočátku polyurická fáze, hematurie, bez nutnosti proplachu Gentamicinem. Operační rána s minimálním prosáknutím, bez nutnosti převazu. Oba Redonovy drény (RD) funkční, odváděly sangvinózní sekret, z jednoho 40 ml a z druhého 100 ml. Dieta NPO, tekutiny hrazeny parenterálně dle hodinové diurézy. Již na sále byl aplikován Thymoglobuline 100 mg v 5% glukóze 500 ml, jeho aplikace probíhala do vykapání na JIP. Pacient afebrilní, bez nauzey či zvracení při antirejkeční terapii. První pooperační den již zatížen stravou, bez jakýchkoli potíží, peristaltika slyšitelná, stolice fyziologická. Bolesti téměř žádné. Pacient subjektivně bez potíží, spokojen po celý zbytek hospitalizace. Operační rána hojící se *per primam*. Jeden RD vytažen 3. pooperační den, PMK 4. pooperační den, druhý RD ex 5. pooperační den a QK 6. pooperační den. Sedmý pooperační den byl pacient přeložen na standardní oddělení na interní kliniku.

Medikace

Antibiotika, opiáty, kortikoidy, antirejkeční terapie, antipyretika, imunosupresiva, antiulcerotika, antihypertenziva, betablokátory, antiagregancia, infuzní terapie (Ringerfundin, glukóza 10%) v prvních dvou pooperačních dnech pro hrazení tekutin.

Ošetřovatelské diagnózy stanovené u pacienta

● Akutní bolest

Cíl: Pacient bez bolesti, bolest pacienta neomezuje v denních aktivitách.

Intervence: Sleduj intenzitu, lokalizaci a charakter bolesti, podávej analgetizaci dle ordinace, sleduj účinek aplikované analgetizace, veď záznam hodnocení bolesti.

Zhodnocení: Pacient analgetizován s efektem.

● Riziko infekce

Cíl: Pacient nemá známky infekce.

Intervence: Dodržuj aseptický přístup, kontroluj místa zavedení invazivních vstupů, sleduj TT a laboratorní zánětlivé ukazatele, podávej medikaci dle ordinace a sleduj její efekt.

Zhodnocení: Afebrilní, invazivní vstupy bez známek infekce.

● Riziko pádu

Cíl: Zabránit pádu pacienta, zajistit bezpečné prostředí.

Intervence: Edukuj pacienta o prostředí, umístění vypínačů a signalizačního zařízení, pouč pacienta o opatrnosti při podávání analgetizace opiátového typu, pouč pacienta o vhodné obuvi.

Zhodnocení: Pacient neupadl.

● Riziko časných komplikací z důvodu anestezie, operačního výkonu a invazivního výkonu

Cíl: Včasné odhalení komplikací.
Intervence: Monitoruj základní životní funkce včetně stavu vědomí, kontroluj operační ránu, sleduj funkčnost drénů, močení, průchodnost cévních invazivních vstupů, sleduj příjem a výdej tekutin, krvácení a obvod DK, barvu kůže a prokrvení končetin, laboratorní hodnoty a bolest.

Zhodnocení: Po zavedení Quintonova katétru ve v. *jugularis l. dx.*, po anestezii i po operačním výkonu bez komplikací. Rána se zhojila *per primam*.

● Neefektivní tkáňová perfuze (kardiopulmonální, gastrointestinální, renální - antirejkeční terapie)

Cíl: Včasné odhalení nedostatečného tkáňového prokrvení, omezit faktory vzniku komplikací.

Intervence: Monitoruj vitální funkce, sleduj dušnost, arytmie, bolesti na hrudi, sleduj peristaltiku, nauzeu, zvracení, sleduj bilanci tekutin, sleduj porce moči po diureticích, zajisti odběr urey, kreatininu dle ordinace lékaře, sleduj zbarvení moči.

Zhodnocení: Kardiopulmonální - bez stenokardií, bez arytmii, sinusový rytmus, hypertenzní. GIT - bez nauzey, nezvracel, peristaltika slyšitelná, stolice fyziologická.

Renální - pooperační polyurická fáze, postupná úprava renálních funkcí, zpočátku hematurie, s postupem času bez hematurie.

Průběh hospitalizace

Celková doba hospitalizace byla 11 dní, z toho 4 dny pacient ležel na standardním oddělení interní kliniky. Po celou dobu hospitalizace byl plně soběstačný a orientovaný. Příbuzenská transplantace ledviny proběhla bez komplikací, operační rána se zhojila *per primam*. Postupná úprava laboratorních hodnot ledvinových funkcí (kreatinin, urea), v době propuštění hodnoty lehce nad normou. Subjektivně je naprosto bez potíží. Pacient pravidelně navštěvuje nefrologickou ambulanci. Po propuštění se začlenil zpět do svého běž-

ného života a navrátil se ke svým zvyklostem.

Kazuistika dárce

Žena, 49 let, přijata na standardní oddělení chirurgické kliniky jako dárkyně ledviny pro manžela. Z okruhu příbuzných se jeví jako nejvhodnější dárce. Pacientka je profesí ekonomka. S manželem mají společně dvě dospělé děti, dceru a syna a očekávají narození druhého vnoučete. Oba partneři jsou aktivními sportovci. Dárkyně se neléčí s žádným onemocněním ani neuzívá žádná farmaka. V minulosti prodělala apendektomii a cholecystektomii. Při výšce 158 cm váží 63 kg. Její index tělesné hmotnosti je 25,2, tedy tělesně na hranici nadváhy. Bez dietního omezení. Při příjmu na chirurgické standardní oddělení je dárkyně při vědomí, orientovaná, spolupracující a klidná. Pacientka je afebrilní, normotenzní a bez akutních zdravotních potíží.

Výživa

Před výkonem lačná, po výkonu po odeznění anestezie opatrně tekutiny a následně postupně zatížena stravou, toleruje.

Vylučování

Na sále zaveden PMK, sledována pečlivě bilance tekutin. V den operace bilance tekutin pozitivní: +2050 ml. Další dva dny bilance tekutin negativní: -850 ml a -150 ml. Třetí pooperační den PMK zrušen pro febrilie. Pasáž obnovena.

Aktivita a pohyb

Před výkonem bez omezení, těsně po výkonu klidový režim. Následně časná mobilizace. Bandáže DKK do plné mobility.

Sociální situace

Pacientka je vdaná, s manželem mají společně dvě děti a jedno vnouče. Pacientka pracuje v pozici ekonomky. V kruhu rodiny má velkou oporu.

Bolest

Před výkonem bez bolesti, po výkonu na JIP analgetizována kontinuálně opiátovými analgetiky. Analgetizace s efektem, sledována škála VAS, udržována na stupni 2 a méně. Při překladu na standardní oddělení převedena na bolusovou analgetizaci, která byla také postačující.

Předoperační příprava

Dárkyně absolvovala předoperační vyšetření před přijetím do nemocnice. Po provedeném

anesteziologickém konziliu byla stanovena premedikace. Ta byla aplikována třicet minut před odjezdem na sál. Před výkonem pacientka lačná, provedena bandáž dolních končetin a příprava operačního pole. Proveden bezpečnostní proces.

Výkon

Pacientka byla provedena *nefrectomia l. sin. retroperitoneoscopica* a byly jí zavedeny dva Redonovy drény. Jeden do retroperitonea, druhý do podkoží. Krevní ztráty během výkonu byly do 150 ml. Zhruba půl hodiny před koncem operace se volá na transplantační JIP, aby byl připraven na sál příjemce ledviny. Po operaci byla pacientka půl hodiny na dospívacím pokoji, poté byla přijata na lůžko anesteziologicko-resuscitačního oddělení k pooperačnímu sledování.

Pooperační péče

Po výkonu byla pacientka uložena na JIP, kde byly sledovány vitální funkce, bilance tekutin, parenterálně byla podávána infuzní terapie a také kontinuální analgetizace. Během monitoringu bez potíží, následující den byla přeložena zpět na standardní oddělení chirurgie. Zde již bez infuzní terapie, analgetizace změněna na bolusovou, tolerovala. Druhý pooperační den se objevily subfebrilie až febrilie, byly vytaženy Redonovy drény, podána antipyretika - s efektem. Třetí pooperační den byl vytažen i močový katétr. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování 5. pooperační den, poučena.

Léčba

Infuzní terapie (Ringerfundin), premedikace (Atropin 0,5 mg i. m. a Dipidolor 7,5 mg i. m.), ATB ve třech dávkách (Vulmizolin), miniheparinizace (Frixiparine), analgetizace (Dipidolor, Novalgin), antiulcerotika, antipyretika.

Ošetřovatelské diagnózy stanovené na standardním chirurgickém oddělení po překladu z ARK

● Akutní bolest

Cíl: Pacient bez bolesti, bolest pacienta neomezuje v denních aktivitách.

Intervence: Sleduj intenzitu, lokalizaci a charakter bolesti, podávej analgetizaci dle ordinace, sleduj účinek aplikované analgetizace, veď záznam hodnocení bolesti.

Zhodnocení: Pacientka analgetizována dostatečně, bolesti pouze minimální.

• **Riziko infekce**

Cíl: Pacientka nemá známky infekce.

Intervence: Dodržuj aseptický přístup, kontroluj místa zavedení invazivních vstupů, sleduj TT a laboratorní zánětlivé ukazatele, podávej medikaci dle ordinace a sleduj její efekt.

Zhodnocení: Druhý pooperační den se objevily febrilie, informován lékař, dle ordinace vytaženy Redonovy drény, podána antipyretika – s efektem, následující den již byla pacientka afebrilní.

• **Porucha termoregulace**

Cíl: Pacientka je afebrilní.

Intervence: Sleduj tělesnou teplotu, podávej medikaci dle ordi-

nace a sleduj její účinek, prováděj pečlivou hygienu, udržuj lůžko a prádlo pacientky suché.

Zhodnocení: Podaná medikace byla efektivní, teplota klesla k normálním hodnotám.

• **Riziko pádu**

Cíl: Zabránit pádu pacientky, zajistit bezpečné prostředí.

Intervence: Edukuj pacientku o prostředí, umístění vypínačů a signalizačního zařízení, pouč pacientku o opatrnosti při podávání analgetizace opiátového typu, pouč pacientku o vhodné obuvi.

Zhodnocení: Pacientka neupadla.

• Na jednotkách JIP/ARO se v bezprostředním pooperačním období

žadávají i další diagnózy, nejčastěji **deficit sebekpéče v hygieně a vyprazdňování, riziko časných pooperačních komplikací, riziko TEN, riziko krvácení, riziko dekubitů** aj.

Průběh hospitalizace

Pacientka byla hospitalizována celkem 7 dní. Přijata byla na standardní oddělení chirurgie, po výkonu byla jeden den sledována na ARO a následně přeložena zpět na chirurgické standardní oddělení. Kromě zvýšené teploty až krátké febrilie v pooperačním období proběhl výkon bez komplikací. Rána se hojila *per primam*, drény odváděly minimál-

ní množství serosanguinolentní sekrece.

Závěr

Ke zdárnému provedení příbuzenské transplantace ledviny je nutná, kromě jiného, i perfektní souhra pracovníků několika oborů. Celý proces začíná v ambulanci nefrologa, kde je poprvé vysloven návrh na její zvážení. Po nalezení dobrovolného potenciálního dárce se rozbíhá kolotoč vyšetření. Splnil-li dárce všechny podmínky, aby mohl ledvinu darovat, objednávali se dárce i příjemce k hospitalizaci. Jelikož je každý z nich hospitalizován na jiném oddělení, je nutná nepřetržitá komunikace mezi obě-

ma pracovišti. Je nutné sladit operační program tak, aby vše probíhalo podle plánu a bez prodlev. Nejdříve se na sál dostává dárce a zhruba půl hodiny před dokončením výkonu se na druhý sál sváží příjemce. V pooperačním období je snahou umožnit rodině co nejčastější kontakt s oběma příbuznými, neboť často mívají největší obavu jeden o druhého.

Literatura u autorek

Bc. Zuzana Morčínková,
transplantační JIP, Interní klinika, FN Ostrava,
Bc. Gabriela Oslizlková
chirurgická JIP, Chirurgická klinika, FN Ostrava,
zuzana.morcinkova@seznam.cz

Kladruby se nebojí zveřejňovat výsledky spokojenosti pacientů

Rehabilitační ústav Kladruby (RÚK) poskytuje komplexní rehabilitační péči osobám po operacích, úrazech, nemocech pohybového a nervového ústrojí. Cílem léčby je zlepšení jejich zdravotního stavu, obnova pracovních schopností, soběstačnosti a úspěšný návrat do domácího prostředí a k běžnému způsobu života.

Management RÚK se systematicky snaží zlepšovat kvalitu péče a zvyšovat důvěru veřejnosti v zařízení. Velký důraz klade na spokojenost a bezpečnost pacientů. Je si vědom, že nejen moderní zdravotnické postupy zlepšují zdravotní stav pacientů. Důležitý je lidský přístup, komunikace, informace, pochopení změny životní situace pacientů. Při plánování strategie zvyšování kvality proto potřebuje mít k dispozici údaje o spokojenosti pacientů. K jejich získání je však třeba zvolit správný standardizovaný nástroj. Prokázat odvahu a otevřenost ukázat veřejnosti nejen přednosti, ale i nedostatky zařízení.

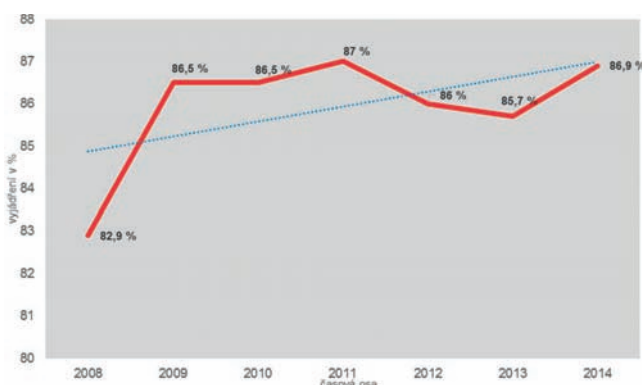
Důraz na práva pacientů

RÚK se v roce 2008 připojil k zařízením, která systematicky pracují na zlepšování kvality a využívají výzkum založený na metodice měření osmi základních dimenzí kvality zdravotní péče (viz graf 2), používaný ve vyspělých zdravotnických systémech ve světě. Spolehlivé a objektivní srovnání výsledků musí být získáno za použití shodné výzkumné metody, musí splnit náročné metodické požadavky, což projekt Kvalita očima pacientů (KOP) používaný v RÚK splňuje. Právě při sledování výsledků na časové ose mezi rokem 2008 a 2014 je patrné zlepšení (viz graf 1 a graf 2). V celkové spokojenosti ústav překonal hra-

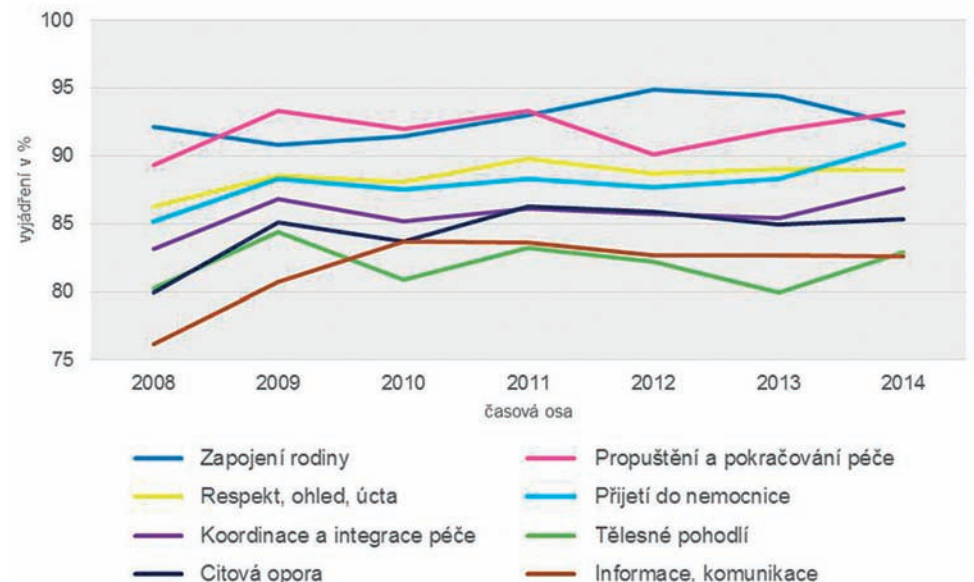
nici standardu dobré péče (80 %) již poosmé. Management zdravotních služeb se stává v současné době aktuálním tématem. Právem pacientů a zvyšování kvality péče se věnuje velká pozornost. Po mnoho století neměli pacienti žádná práva. Byli plně závislí na lékařích. Asymetrie jejich vztahu byla obrovská a lze ji přirovnat k paternalistickému modelu. O právech pacientů se začíná hovořit

teprve na začátku 70. let minulého století. V této oblasti byly přijaty významné dokumenty. V roce 2001 přistoupila ČR k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. V ČR je zakotveno právo pacienta na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení. Aby si pacient mohl vybrat, musí mít k dispozici validní veřejně dostupné informace o zdravotnických zařízeních, což RÚK splňuje. Jedním z požadavků externího auditu,

kterým RÚK prošel, je i splnění standardu sledování spokojenosti pacientů. Významným dokumentem specifikujícím práva pacientů je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Mimo jiné ukládá poskytovateli zdravotních služeb v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Jedním z požadavků hodnocení je i standard vztahující se ke sledování spokojenosti pacientů. Jak je patrné, požadavky na hodnocení kvality a bezpečí pacientů se začínají rozšiřovat do legislativních norem a musí je akceptovat všechna zdravotnická zařízení. V Kladruzech jsme na to připraveni. Podrobné informace za jednotlivé roky jsou k dispozici na: <http://rehabilitace.cz/czech/index.php?page=projekt-kvalita-ocima-pacienta>
Mgr. Eva Talpová, MBA,
náměstkyně pro kvalitu a ošetrovatelskou péči,
Rehabilitační ústav Kladruby



Graf 1 Celková spokojenost v letech 2008–2014



Graf 2 Výsledky podle dimenzí v letech 2008–2014

Péče o seniory v nizozemském Hoornu

Jsem studentkou 3. ročníku oboru diplomovaná všeobecná sestra na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické. V rámci Projektu Leonardo da Vinci jsem byla vybrána na odbornou pracovní stáž Mobility beyond the Horizon – Hoorn 2014. Díky tomu jsem měla možnost navštívit nizozemské město Hoorn, kde jsem strávila čtyři přínosné týdny.

Moje stáž probíhala v zařízení sociální péče Avondlicht. Objekt se nachází uprostřed parku. Celkem je zde 293 bytů pro seniory, z nichž 169 jsou byty s chráněným bydlením. Zařízení poskytuje ošetrovatelskou péči, skupinovou péči, péči o demenční klienty, paliativní péči, léčebné pobyty, péči v domácím prostředí klienta a nabízí nespočet denních aktivit. Najdete tu také obchod s potravinami, kavárnu, restauraci, kadeřnictví, pedikúru, knihovnu a kapli.

Co jsem se naučila

V rámci praxe a exkurzí jsme poznali a navštívili celé spektrum pobytových zařízení, která vždy odpovídala potřebám klientů. Jednalo se o místa, kde byla respektována autonomie seniora (vlastní pokoj vybavený vlastním nábytkem, osobní věci klienta) a jeho důstojnost. Klienti – i ti méně mobilní – byli vždy kompletně oblečení (včetně napří-

klad šperků) a vždy jedli společně s personálem u prostřeného stolu. Je zde respektován případný stud klienta, vždy je mu dán prostor pro vyjádření, nikdy se nespěchá, personál nepoužívá rukavice, aby se klienta osobně nedotkl. Mnoho aktivit realizují sami klienti (módní přehlídky, tanec, bingo). Klientům s demencí dobře poslouží kruhové chodby, aby v zařízení nebloudili.

Seznámili jsme se s aktivizačním programem pro seniory, díky němuž jsme si osvojili animáční techniky – vedení klientů nenásilnou formou k aktivnímu využití dne prostřednictvím pozitivních prožitků (jídlo, hry, procházky, ruční práce, čtení, povídání). Také jsou využívány reminiscenční techniky, jež pracují se staropaměť, která je u seniorů zachována nejdéle a přes níž se lze napojit na klienta a vrátit ho do reality (stará videa, fotografie, na chodbách se promíta-

jí videa z historie, například jak se stavěly hráze).

Co mě překvapilo

Překvapil mě počet povinných přestávek v práci, které sestřím slouží jako prevence syndromu vyhoření. Každé sestře je ráno přidělen mobilní telefon, kterým komunikují mezi sebou a s klienty. Na telefonu se zaznamenává vykonaná práce v rámci péče o pacienty a také čas povinných přestávek. Velmi mě zaujal systém podávání léků. Každý týden sestry dostanou z centrály zatavené sáčky s již připravenými léky stočené do role. Každý klient má ve svém pokoji dávkovač, do něhož sestra vloží roli s léky a klient si odtrhává jednotlivé pytlíčky s dávkou (viz obrázek).

Ve zdravotnickém zařízení v Holandsku nenastávají situace, kdy by sestra musela vynakládat fyzickou námahu při manipulaci s klientem. Každý klient má na pokoji zvedák, který personál



Foto: 2x archiv autorky

musí používat. Při přestýlání lůžka se sestry nemusejí ohýbat, s lůžkem si vyjedou do úrovně rukou a teprve v této pozici je začnou upravovat.

Jak jsem také postřehla, úroveň života klientů v holandském zařízení je ve srovnání s Českou republikou značně odlišná. V Holandsku

tato zařízení bývají rozsáhlá, takže pro všechny aktivity jsou k dispozici velké prostory. Zařízení jsou také luxusní. Klienti si ve svých pokojích mohou sami vařit, mohou tam mít své mazlíčky a smějí dokonce i kouřit. Zařízení intenzivně spolupracuje s rodinou. Zemře-li klient, může zůstat ještě 7 dní ve svém pokoji, aby se s ním rodina mohla dostatečně rozloučit. Tuto výsadu umožňuje speciální chladicí podložka.

A celkový dojem? Sestry v Holandsku mi připadaly velmi pozitivní, odpočaté, nejsou přepracované a za svou práci jsou adekvátně ohodnocené.

Barbora Kopáčková,

studentka VOŠ zdravotnické v Příbrami I.,
bajca55@email.cz



Na odborné stáži v Bavorsku

V článku bych se rád podělil o zkušenosti tří odborných učitelů ze Střední zdravotnické školy Ruská, Praha 10, se vzděláváním v ošetrovatelství v Německu a výukou odborných předmětů na Berufsfachschulen für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege v bavorském Řezně.

Berufsfachschulen je škola s dlouholetou tradicí, jejíž počátky sahají až do roku 1932. V současné době lze na škole studovat 2 obory: zdravotní sestra (Gesundheits- und Krankenpfleger) a dětská zdravotní sestra (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger). Studium trvá 3 roky. Absolventi se uplatní v soukromých i státních zdravotnických zařízeních. Po ukončení studia mohou pokračovat ve vzdělávání na vysoké škole.

Průběh výuky

Nemocnice se nachází poblíž centra města při zastávce městské hromadné dopravy. Škola je součástí areálu nemocnice Milosrdných bratří (Barmherzige Brüder). Tento řád spravuje nejen nemocnici, ale i školu. Jejím

zřizovatelem je tedy současně stát a prostřednictvím Milosrdných bratří i církev. Budova školy představuje dvoupatrový mo-

noblok situovaný uvnitř areálu nemocnice, který byl otevřen v roce 1991. Ve dvou patrech jsou umístěny 4 odborné učebny, ka-

binety, sborovna, ředitelna. Studuje zde celkem 200 studentů a vyučuje tu 17 stálých vyučujících. Všichni jsou sestry a mají bakalářský stupeň vzdělání, což je dostačující minimum pro výuku v Bavorsku (v jiných spolkových zemích je situace značně odlišná a je potřeba mít magisterské vzdělání). Výuka probíhá blokově; obsahuje teoretickou přípravu ve škole, praxi ve zdejší nemocnici, zkouškové období a prázdniny. Teoretická výuka představuje 2100 hodin a praktická 2500 hodin. Za praxe, které probíhají převážně bez dohledu vyučujícího, dostávají studenti plat, a to již od prvního ročníku. Výše platu se pohybuje od 915 do 1078 eur hrubého. Studenti i učitelé nosí na praxích uniformy bílé barvy. Používané učeb-



Společné foto | Foto: 2x archiv autora



Výuka ošetrovatelství

ní metody jsou zejména frontální výuka, přednáška, skupinová práce, diskuse. Součástí studia není výuka cizích jazyků ani všeobecných předmětů, tyto předměty studenti absolvují na nižším stupni systému vzdělávání v SRN.

Mgr. David Bartoň, R. S.,

odborný učitel sociálních a zdravotních předmětů,
SZŠ Praha 10,
barton@szs-ruska.cz

Postoj studentů medicíny k eutanazii s ohledem na otázku víry

O možnosti legalizace eutanazie se dnes zcela otevřeně hovoří ve většině vyspělých států, včetně České republiky. Průkopníky moderního pojetí eutanazie jsou státy Beneluxu, zejména Nizozemsko. Právě zde vznikla první definice tohoto pojmu, právní úpravy a také tzv. „Rotterdamská kritéria“, která ustanovují, za jakých podmínek lze eutanazii akceptovat.

Unás se zatím eutanazie žádné právní úpravy nedočkala, a je na ni tudíž nahlíženo jako na vraždu nebo zabití. Je tomu tak navzdory všeobecnému veřejnému mínění, ve kterém na eutanazii převažuje spíše kladný pohled, a to stabilně již několik let (minimálně od roku 2007), jak vyplývá z tiskové zprávy CVVM Sociologického ústavu AV ČR z roku 2014.

Podle výsledků z výše uvedeného zdroje by:

- až 22 % obyvatel bylo zcela určité pro legalizaci eutanazie a dalších 42 % spíše ano,
- pouze 11 % lidí tuto možnost rezolutně zamítlo,
- 16 % bylo spíše proti,
- 9 % respondentů si nebylo jistých odpovědí.

Postoj věřících

Nejvíce záporný postoj vůči možnosti legalizace eutanazie mají u nás lidé starší 60 let a římskokatoličtí věřící. Otázka náboženství je obecně v této problematice dosti zásadní. Katolická církev se staví proti zásahům tohoto druhu vesměs striktně a její členové jsou také možná nejčastějšími iniciátory vzniku různých aktivních hnutí snažících se zabránit tolerantnímu postoji k eutanazii (obvykle je součástí programu



ilustrační foto: Shutterstock

také boj proti interrupcím, někdy i homosexuálním svazkům apod.). Příkladem takového organizovaného hnutí může být Hnutí Pro život ČR.

Ve svém průzkumu jsem se proto zaměřila také na otázku víry a náboženství. Dotazník jsem však zacílila výhradně na studenty medicíny, abych zjistila, nakolik se budou lišit postoje respondentů, kteří by měli mít k problematice nejen více informací, ale kteří jsou v ní – jak se domnívám – také více osobně zainteresováni než většinová populace.

Podmínky pro provedení eutanazie

Ze 117 respondentů se téměř 78 % vyjádřilo, že eutanazii považují za pomoc trpícímu. Pouze 8 % ji odsoudilo jako vraždu. Jednoznačně pro legalizaci bylo 35 % studentů (tedy o 13 % více než ve výše uvedeném výzkumu), 15 % bylo naopak proti (o 4 % víc než ve zprávě CVVM).

V další otázce byli respondenti vyzváni, aby uvedli nejdůležitější podmínky či kritéria pro provedení eutanazie. Nejčastěji studenti zmiňovali „nesne-

sitelnou bolest“ a „nevléčitelnou chorobu“ (obě odpovědi po 28 %), 19 % z nich považuje za zásadní opakovanou žádost klienta. Ve 14 % případů se vyskytl požadavek na nezávislý posudek alespoň dvou lékařů a v 11 % žádost pacienta sepsaná dříve za plného zdraví. Poměrně zajímavé je, že v jedné z otázek 44 % studentů uvedlo, že by byli schopni sami aktivní eutanazii vykonat, pokud by byla legální. Pouze 11 % provedení úkonu odmítlo (zbývající podíl respondentů si nebyl jist).

Věřící vs. ateisté

Závěrem se vraťme k již nastižené otázce vztahu víry a vyznání k eutanazii. Proti provádění eutanazie se v průzkumu vyjádřilo „pouze“ 31 % respondentů, kteří sami sebe označili za věřící. 61 % procent z nich by naopak bylo schopno tuto alternativu akceptovat (odpovědi „ano“ nebo „spíše ano“). Rozdíl mezi věřícími a ateisty byl však velmi patrný. Z respondentů, kteří uvedli, že nejsou věřící, by jich až 94 % dokázalo tolerovat legalizaci eutanazie. Pouze 4 % vyjádřila s eutanazií nesouhlas.

Nutno podotknout, že ve výzkumu nebylo rozlišováno, k jaké konkrétní víře či církvi se respondenti hlásí, přesto se zjištěné údaje dají považovat za zajímavé. Zdá se, že populace naší země je legalizaci a myšlence eutanazie obecně nakloněna spíše příznivě. Od jejího právního ukotvení však možná zákonodárce odstraňuje komplikovanost celé záležitosti a velké riziko zneužívání nebo nadužívání, které se naplnilo zejména v Nizozemsku (tzv. „kluzký svah“) před pozdějšími úpravami zákonů. Jen pro zajímavost na závěr – v Belgii se v roce 2012 eutanazie podílela na všech úmrtích z 2 % a tuto možnost odchodu ze života zvolilo celých 25 % pacientů trpících vážnými formami rakoviny.

Barbora Vašková,
studentka 3. ročníku Vysší odborné školy
zdravotnické Zlín,
oboru diplomovaná všeobecná zdravotní sestra,
výstup závěrečné práce,
barbora.vaskova@seznam.cz

Inzerce M151000345



POŠTOVNÉ ZDARMA!

Ke každé objednávce přes náš e-shop www.cadenza.cz získáte v termínu od 25.5. do 31.5.2015 poštovné zdarma. Pro získání slevy zadejte do poznámky v objednávce „zdravnictví 05“.

PROFESIONALITA A PRESTIŽ
WWW.CADENZA.CZ

NOVÁ GENERACE MYCÍCH A DEZINFEKČNÍCH AUTOMATŮ MIELE

Potřebujete nový mycí a dezinfekční automat, který by byl výkonnější, účinnější a bezpečnější?
Řešením je nová generace mycích a dezinfekčních automatů Miele PG 85xx.



- 1. VYŠŠÍ VÝKON**
Nová generace se může pochlubit vynikajícími mycími vlastnostmi s novým patentovaným oběhovým čerpadlem, novými mycími rameny, optimalizovaným vedením vody a silnějším tlakem v ostříkovacích tryskách, které velmi důkladně a spolehlivě umyjí duté nádoby. Díky chytré kombinaci těchto technických složek může být v jedné šarži připraveno až 6 DIN sít.
- 2. VYŠŠÍ ÚČINNOST MYTÍ**
Nové modely spotřebují méně vody a energie a přesvědčují krátkými programovými časy při zachování vysoké účinnosti mytí. To je umožněno díky novým programům pro specifické využití, čerpadlu s variabilními otáčkami – které nastavuje perfektní tlak vody v každé fázi programu – stejně jako díky novému centrálnímu filtračnímu systému, který zajišťuje spolehlivou přípravu i těch nejjemnějších dutých nádob.
- 3. VYŠŠÍ SPOLEHLIVOST**
Nové mycí a dezinfekční přístroje představují vysokou úroveň hygieny a spolehlivosti: vícestupňový filtrační systém efektivně odstraňuje nečistoty z mycí lázně; velkoplošný centrální filtr v horním nebo v zavázacím koši zaručuje optimální ochranu proti zanesení úzkých oftalmologických nástrojů a laserovou technologií bezespárově svařený mycí prostor nabízí maximální hygienu bez možnosti usazování nečistot nebo zbytků krve. Systém monitorující vodivost navíc zajišťuje perfektní kvalitu oplachové vody.
- 4. POHODLÍ A ERGONOMIE**
Díky svému modernímu designu a intuitivnímu vedení uživatele jsou nové modely snadno použitelné v běžné klinické praxi. Exkluzivně u Miele naleznete nové ovládání. Je ústředním designovým prvkem a inteligentně kombinuje madlo přístroje a ovládání, které funguje na principu dotekového ovládání na nerezové oceli.
- 5. INOVATIVNÍ PROGRAMY**
Nové mycí a dezinfekční automaty Miele jsou vybaveny velkým množstvím speciálních programů. Pro větší účinnost a vyšší kapacitu Miele nabízí programy Vario TD pro 4 nebo 6 DIN sít. V nabídce jsou také speciální programy pro oblasti jako např. mikrochirurgie, MIC chirurgie, stomatologie, ORL, optické instrumentarium či programy přizpůsobené znečištění, druhu a množství laboratorního skla.
- 6. AUTOMATICKÁ KONTROLA**
Nové mycí a dezinfekční přístroje jsou vybaveny elektronickým systémem kontroly rotace ostříkovacích ramen, kontroly mycího tlaku nebo vodivosti oplachových vod. Tato pokročilá technologie kontroly procesu mytí snímáče významně přispívá ke spolehlivé úspěšnosti přípravy.

Nová řada mycích a dezinfekčních automatů Miele PG 85xx spojuje nově navržené technické prvky s novými programy přizpůsobenými na míru a rozsáhlými monitorovacími funkcemi. To umožňuje obzvláště efektivní, ekonomické a šetrné mytí a dezinfekci lékařských nástrojů, OP instrumentária či laboratorního skla na každodenní bázi.

Vyšší kapacita. Vyšší bezpečnost. Vyšší efektivita.

Nová generace mycích a dezinfekčních automatů PG 85xx
pro nemocnice a laboratoře



DURAN GROUP recommends **Miele** PROFESSIONAL



Nová řada mycích a dezinfekčních automatů Miele přesvědčí díky vyšší kapacitě, vyšší bezpečnosti a vyšší efektivitě:

- vynikající čistící výkon díky čerpadlu s variabilními otáčkami a optimalizovanému košovému systému
- nové programy pro specifické aplikace s nízkou spotřebou energie, vody a médií
- vysoká procesní spolehlivost díky několikanásobným kontrolním systémům mycího procesu

Miele, spol. s r.o.
Holandská 4
639 00 Brno
tel.: 543 553 146-7
fax: 543 553 149
e-mail: info@miele.cz
www.miele-professional.cz

Made in
Germany

Můj život s epilepsií

Můj život se změnil 16. srpna 1998, kdy mě ve spánku postihl epileptický záchvat. Já si to nepamatuji, ale z vyprávění vím, že jsem prý měla oči v sloup a nedýchala. Táta mi poskytoval první pomoc, zatímco mamka volala sanitku.

Kvůli epilepsii se léčím od sedmi let. Toto onemocnění mělo do značné míry vliv na můj život a postoj k němu. Naštěstí průběh mé nemoci není tak závažný jako u některých pacientů a už několik let jsem bez potíží. Epilepsie ovlivnila i mé studium oboru návrhářství skla a šperku na fakultě textilní. Studia jsem zakončila bakalářskou prací rovněž s tématem epilepsie. Zvolením tohoto tématu jsem chtěla symbolicky ukončit své trápení s nemocí a zavřít tak své umělecké studium.

První vzpomínky

Při prvním epileptickým záchvatu mi rodiče museli zavolat záchranku. Do nemocnice se mnou v sanitce jela mamka a další dva lidé ze záchranky. Chvilku jsem se dostávala k vědomí, ale neustále jsem kolem sebe kovala a všechny odháněla. První vzpomínky mám až z nemocnice. Ležela jsem v posteli s ohrádkou napojená na kapačku. Ještě několikrát jsem ztratila vědomí, ale milé sestřičky u mě neustále byly a staraly se o mě. Byla jsem ráda, že nejsem na pokoji sama. V televizi právě dávali německý seriál z nemocničního prostředí „Sestra Stefanie“, ale sestra mi nedovolila seriál sledovat, protože se prý kvůli svému onemocnění na televizi nemám dívat. Bylo mi to líto. To už se nikdy nepodívám na své oblíbené pohádky? Dívavostem přišlo druhý den, kdy si pro mě přijeli rodiče. Přála jsem si, abych se už nikdy do nemocnice nevrátila. Přání se mi splnilo, ale čekalo mě několik let pravidelného docházení k neurologovi. První neurolog, který mě vyšetřoval, mě poslal na CT. Všude byli lidé v bílých pláštích, já jsem ležela na lehátku, které se posunulo pod kruhový rentgen. Za chvíli přišli dva muži a k mému zděšení mi do ruky píchli injekci s nějakou tekutinou, což mě vyděsilo. Hlava mi opět zajela pod rentgen a za chvíli bylo po všem. Přesně takhle si to pamatuji z dětství.

Blikající světla a kladívko

Pak na mé zdraví začal dohlížet MUDr. Petr Matek v Jablonci nad Nisou. Tam jsem podstoupila prv-

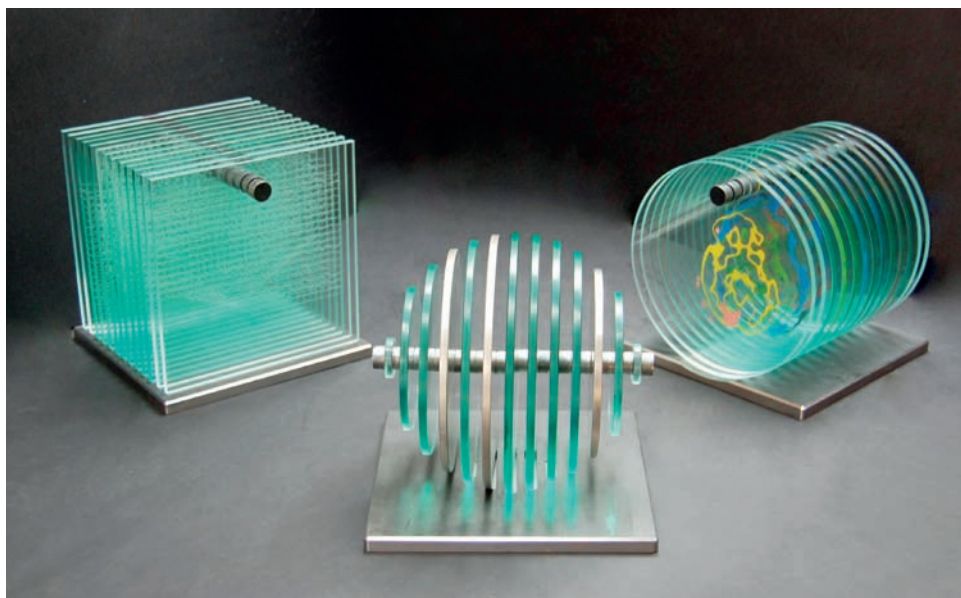


Foto: archiv autorky

ní vyšetření EEG. Bála jsem se, protože jsem nevěděla, co mě čeká. Sestra mi na hlavu dala podivnou čepici připomínající tu koupací, ale v téhle byly malé otvory. Lekla jsem se, když sestřička vzala do ruky injekční stříkačku, kterou naplnila divnou mastnou tekutinou. Nebyla však s jehlou. Namastila mi s ní otvory v čepici, připojila do zařízení počítače a vyšetření začalo. Po celou dobu jsem musela mít zavřené oči a nehybně ležet, což pro mě bylo opravdu těžké, vzhledem k tomu, že jsem byla dost neposedné dítě. Během vyšetření mi sestra dávala pokyny, ať zhluboka dýchám, poté ať dýchám klidně. Nakonec se nad mojí hlavou rozblíkala světla. Nejdříve blikala pomalu a postupně se zrychlovala. To mi bylo opravdu nepříjemné a měla jsem chuť z lehátka vyskočit a utéct. Potom jsem si mamkou šla k panu doktorovi. Něco povídal, ale já tomu nerozuměla a možná že mi to vlastně bylo jedno. Myslím, že ani moje mamka tomu nerozuměla. Ale pochopili jsme, že je tam epileptický nále, který se musí léčit. Nejdřív mi změřil obvod hlavy, pak jsem musela zavřít oči a ukazováčkem levé a pak pravé ruky se dotknout špičky svého nosu. Moc se mi to nepovedlo. Potom jsem si sedla na lehátko a pan doktor mi klepal lékařským kladívkem do kolen. Byla jsem ve stresu a nevěděla, co po mně vlastně chce, tak

jsem kolena držela pevně na místě. Asi se musel zděsit, že nemám v pořádku reflexy. Poté mi předepsal léky. Tentýž rok jsem opět v noci dostala další záchvat. Tentokrát byl ale slabší a sama jsem se z něj probrala.

Co se změnilo

Následovalo několik let prohlídek a hlavně změna životního režimu. Nikde jsem nesměla chodit sama, nesměla jsem cvičit namáhavé a pro mě nebezpečné cviky, jako je lezení po tyči, dělat kotrmelce nebo plavat či lyžovat. Musela jsem dodržovat spánkový režim a v pozdějším věku jsem se samozřejmě musela vyhýbat alkoholu. Přišla jsem o hodně zážitků i přátel, ale kdybych nedodržovala režimová opatření, mohla se má nemoc projevit hůř. Některé nemoci odezní s věkem a doufám, že já to štěstí mám. Moje poslední návštěva u doktora Matka byla v listopadu 2012. Navštívila jsem ho kvůli konzultaci své bakalářské práce. Nebyla jsem u něho asi 6 let, takže to bylo příjemné setkání. Poskytl mi brožury o epilepsii a doporučil literaturu, z níž bych mohla čerpat. Dokonce mi vytiskl část z mého zdravého EEG. Asi si ho nechám zarámovat. Také mi přepravěl průběh mé nemoci. Tam jsem se poprvé dozvěděla, že můj první záchvat trval patnáct minut, čímž se blížil k tzv. epilep-

tickému statu, který hraničí se smrtí. Uvědomila jsem si, že kdyby tenkrát mamka neslyšela, jak se dusím, a včas nezasáhli lékaři, mohla jsem dnes být připoutaná na vozíku nebo tu nebyť vůbec. Takže děkuji všem, kdo mi zachránili život a stále mi ho chrání. Jako dík jim patří i to, že si mohou přečíst moji bakalářskou práci, kterou bych bez nich napsat nemohla.

Nemoc opravdu můj život velmi ovlivnila a stále ovlivňuje. Jak už jsem se zmínila, přišla jsem o hodně zážitků, které měli moji vrstevníci. To kvůli strachu, že by se mi mohlo něco stát. Myslí si, že člověk trpící epilepsií by se neměl za svou nemoc stydět a hlavně by se neměl bát své okolí o ní informovat, aby nedocházelo k nepříjemným překvapením. Když mám s někým strávit delší čas, raději mu předem řeknu, že jsem se léčila s epilepsií, kdyby se náhodou něco stalo. Zatím jsem se vždy setkala s pochopením a přátelé byli rádi, že to o mně vědí.

Záznamy z nitra

Už jsem se zmínila o své bakalářské práci a ráda bych se na ni nyní zaměřila, protože díky ní jsem oslavila největší úspěch ve svém životě. Měla jsem možnost dělat rozhovor pro internetový liberecký deník a také pro regionální televizi. Největší odezvou však bylo, když mě kontaktovala

la paní Monika Kopřivíková ze Společnosti „E“ a nabídla mi, že bych mohla svou práci prezentovat v Praze u příležitosti Evropského dne epilepsie 2014. To se také uskutečnilo a měla jsem z toho velmi dobrý pocit. Pociťuji, že dělám něco prospěšného.

Jak vlastně má bakalářská práce vypadá a co popisuje?

Přesný název tématu, který jsem pro ni zvolila, je „Záznamy z nitra, objekty z plochého skla“. Pod tímto názvem se skrývají právě mé pocity a znalosti o epilepsii. Chtěla jsem se tímto způsobem trochu vyzpovídat, další lidi seznámit s touto problematikou a poukázat na to, že se sice jedná o závažné onemocnění, ale dá se s ním žít, a dokonce vystudovat vysokou školu.

Co se týká vizuální podoby mé práce, nechtěla jsem epilepsii znázorňovat jako šílené objekty, jak si velká část lidí může představovat. Pro mě epilepsie znamená klid, pomalé tempo, jednoduchost. Přesně tak se kvůli své nemoci chovám a tak to i cítím. Poslední dobou mě hodně zaujaly sklářské práce tvořené z plochého skla, a tak jsem chtěla vytvořit něco podobného. Vznikly tři objekty ze skleněných desek k sobě poskládaných, které v sobě nesou zobrazení epilepsie.

Krychle je lepená z desek, na nichž jsou laserem vytvořeny křivky z EEG vyšetření. Každá z křivek představuje určitou fázi nemoci a reakce mozku při vyšetření. Pojala jsem to jako začátek nemoci, její průběh a vyléčení. První a poslední snímek jsou z mého vlastního zdravého EEG, které mi poskytl můj neurolog. Válec je lepen z desek, na nichž jsou stříkáním sklářských barev přes šablonu znázorněny záznamy z vyšetření PET. Tento řez mozku bohužel není můj osobní, jelikož ten z CT už v nemocnici skartovali. Je zde tedy použit barevný obraz PET získaný z lékařské knihy.

Koule je opět lepená ze skleněných desek. Tři z nich jsou opatřeny zrcadlovou vrstvou nanesenou vakuovým napařováním. Není nositelem žádného záznamu, ale má být symbolem jakéhokoli vyvolavatele epilepsie či epileptických záchvatů. Může jít o blikající světlo, míhající se krajinu a další.

Hlavním cílem práce bylo mé vyzpovídání se a obeznámení okolí s problematikou epilepsie. A chtěla jsem tím tak nějak uzavřít své trápení s touto nemocí. Doufám, že už se nevrátí.

Bc. Marie Peerová,
Marie.Peerova@seznam.cz

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

mikrobiální rezistence představuje vážnou hrozbu zejména pro hospitalizované, chronicky nemocné pacienty a osoby s imunodeficiencí. Jednou z dlouhodobých výzev je pak infekce MRSA. V souvislosti s problematikou a snahou o zmírnění dopadů této rezistence se v aktuálním čísle dočtete o optimálním přístupu k pacientům v domácí i nemocniční péči. Neméně závažným problémem je celosvětový

nárůst onemocnění CNS zahrnujících nejrůznější duševní poruchy. Například poruchy příjmu potravy, na něž se zaměřila 10. mezinárodní interdisciplinární konference, zdaleka nejsou jen problémem topmodelek v teenagerské věku. Kromě mentální anorexie a mentální bulimie spadají totiž do této kategorie i psychogenní přejídání a obezita, přičemž výskyt uvedených poruch se týká všech věkových sku-

pin. Mnohé případy přitom zůstávají nerozpoznány a pacienti se zbytečně léčí na somatických odděleních.

Další zdravotnickou výzvou je klesající proočkovanost populace, související s narůstající nedůvěrou rodičů v systém povinného očkování. Z odborných a laických kruhů se tento problém dostal už i na pódium zákonodárců a byl tématem kulatého stolu, o jehož závěrech referujeme na dalších stránkách. Jednou z vakcinologických priorit je zřízení fondu pro odškodňo-

vání pacientů za újmy na zdraví způsobené nežádoucími účinky vakcinace.

V souvislosti se screeningem kolorektálního karcinomu jsme pro vás připravili rozhovor s profesorem Juliem Špičákem o tom, jak zlepšit kvalitu koloskopického vyšetření. Téma bylo součástí nedávného mezinárodního symposia ESGE/ESDO. Z dalších publikovaných témat zmiňme například zamyšlení nad tím, kam dospěla a dále kráčí současná sexuologie.

MUDr. Andrea Skálková

Infekce MRSA – přístup k pacientům v domácí i nemocniční péči

MRSA představuje vysoce rezistentní kmen zlatého stafylokoka, necitlivý k methicilinu a ostatním penicilináza-stabilním beta-laktamovým antibiotikům. Kromě rezistence vůči penicilinům a cefalosporinům jsou kmeny MRSA často rezistentní i vůči antibiotikům makrolidové řady a linkosamidům.

Kvůli této široké rezistenci je u MRSA výrazně znesnadněna léčba systémových infekcí; kmeny MRSA se snadno šíří a kolonizují oslabené pacienty.

Historie rozvoje rezistence na methicilin

Přes původní průkaz účinnosti Flemingova penicilinu na kmeny zlatého stafylokoka (SA) je na

konci 50. let minulého století zlatý stafylokok již vůči penicilinu rezistentní v rozsahu 80–95 % kmenů. V té době se rozšířily hypervirulentní kmeny, které byly potlačeny až v 60. letech, kdy se základem farmakoterapie infekcí způsobených zlatým stafylokokem stalo užití penicilináza-stabilních penicilinů, mezi něž patří i methicilin, americký analog našeho oxacilinu. V roce

1961, tedy zhruba po roce od zavedení methicilinu, je v Británii ohlášen první výskyt methicilin-rezistentního kmene. Přesto zůstávají penicilináza-stabilní peniciliny dalších 35 let hlavním terapeutikem infekcí způsobených SA.

Rezistence na methicilin

Rezistence k methicilinu je podmíněna změnou penicilin vázící

chých proteinů (PBP; *penicillin binding proteins*). Takto modifikovaný PBP představuje zejména PBP2A, jehož změna je kódovaná genem *mecA*. PBP2A pro svou nízkou afinitu k beta-laktamům může plnit funkci při vzniku bakteriální stěny i tehdy, když jsou standardní molekuly PBP těmito antibiotiky blokovány. Selektivní výhoda poskytovaná expresí PBP2A je však relativně vyvážená fragilitou té-

to komponenty produkce bakteriální stěny, protože pro jeho zapojení do procesu tvorby peptidoglykanu bakteriální stěny je zapotřebí velmi specifických molekulárních změn.

Především se zdá, že k zapojení PBP2A do tohoto procesu je třeba více než 14 drobných alterací v bakteriálním genomu, které ovlivňují produkci stěnových determinantů. Bez těchto genomových alterací je využití PBP2A pro bakterii buď nemožné, nebo dost omezené. Proto každé další (resp. následné) změny v těchto genech výrazně omezí reálnou rezistenci k methicilinu: přestože PBP2

INFEKTOLOGIE

může být přítomen, nebude plně efektivní.

Heterologní charakter vazby PBP2A je také zásadní pro výzkum antibiotik. PBP2A je totiž nutné pro chybějící transglykosidázovou doménu prakticky „naroubovat“ na preexistující strukturu – jmenovitě PBP2. Zdá se tedy, že zablokování PBP molekulou i staršího beta-laktamového antibiotika (ovšem s dobrou PBP afinitou) by mohlo být silně potencující v kombinaci léčbě s antibiotikem majícím afinitu k PBP2A.

Čím se reálně liší MRSA od běžného kmene SA

Podobně jako u methicilin-senzitivního kmene SA (MSSA) může i u MRSA dojít k přechodnému asymptomatickému nosičství i spontánní dekolonizaci. Nosičství představuje základní způsob šíření MRSA a není spojeno s klinickými známkami infekce. Infekční onemocnění způsobená MRSA se od infekcí MSSA běžně neliší ani v klinickém obraze, ani ve virulenci; relativně vyšší potenciál virulence jakéhokoli kmene zlatého stafylokoků oproti jiným kmenům SA je spojen především s produkcí toxinů, zejména Pantanova-Valentinova leukocidinu (PVL).

Pravdou ovšem je, že u epidemických (resp. komunitních) kmenů MRSA je produkce PVL poměrně často zjišťována, což se také zdá být jeden ze zajímavých rozdílů oproti nozokomiálním kmenům MRSA. V komunitním spektru infekcí MRSA výrazně převažují solitární kožní infekce s infekcemi měkkých tkání. V nemocničním prostředí, zvláště u imunokompromitovaných pacientů, může dojít k rozvoji systémové infekce odpovídající zejména infekci krevního řečiště, pneumonii nebo infekcím kostí a kloubů.

Vzhledem k široké antibiotické rezistenci kmenů MRSA a spektru pacientů postižených MRSA infekcemi je výskyt MRSA ve zdravotnických zařízeních sledován a podléhá zvláštnímu režimu. Účelem těchto opatření je zabránit dalšímu šíření kmenů MRSA v rámci prostředí zdravotnických zařízení.

Epidemiologie

Výskyt MRSA celosvětově narůstá v nemocničním i komunitním prostředí; děje se tak především v závislosti na rozdílech regionálně uplatňovaných při protiepidemických opatřeních a antibiotické politice. Jako silné selektory MRSA se uvádějí především ce-

falosporyny všech generací, chinolony a makrolidy, tedy antibiotika, jejichž užití je v empirické terapii velmi běžné.

V Evropě je výskyt MRSA od roku 2000 systematicky sledován a mezi jednotlivými zeměmi existují výrazné rozdíly: nejnižší frekvence MRSA mezi izolovanými kmeny SA připadá na Dánsko, Švédsko, Island a Nizozemsko (pod 5 %), situace v České republice odpovídá výskytu MRSA v Rakousku (6–15 % izolovaných kmenů SA); Španělsko, Portugalsko, Itálie a Řecko spolu s Velkou Británií a Irskem pak představují oblasti s vyšší frekvencí výskytu MRSA (16–25 %). Celkově se ale v tomto ohledu v řadě zemí EU situace během posledních let stabilizovala nebo zlepšila.

Kolonizace a nosičství MRSA

Přechodná kolonizace je významná především u zdravotnického personálu – pozitivní MRSA stěry odebrané na konci směny jsou často následovány negativitou MRSA ve stěrech provedených před začátkem směny další. Během tohoto intervalu ale může snadno dojít k přenosu MRSA na pacienty a pracovní pomůcky. Tím se pak udržuje koloběh MRSA na zdravotnickém pracovišti. Vyšetření nosičství MRSA má smysl provádět při převzetí do ambulantní péče u těch pacientů, kteří přicházejí z pracoviště s častým výskytem MRSA nebo kteří mají anamnestický údaj o předchozí MRSA pozitivitě.

Samotný výtěr z nosu je pozitivní u cca 79 % nosičů MRSA, výtěr z axily u cca 10 %, z třísel cca 16 %, z perinea cca 38 % a z krku cca 31 %. Při současném výtěru z nosu a krku je pravděpodobnost záchytu již vyšší, odpovídá asi 86 %, při kombinaci výtěru z nosu a z perinea je cca 93 % pravděpodobnost záchytu. Výtěry z nosu, krku a z oblasti perinea odebrané v jedné sérii pak odhalí MRSA pozitivitu u 98,3 % kolonizovaných pacientů. Screeningová série MRSA stěrů proto zahrnuje výtěry z nosu, krku a z oblasti perinea doplněné výtěry z potenciálně infekčních ložisek, pokud jsou tato přítomna (rány, kožní defekty, sekrety a tekutiny odváděné invazivními vstupy).

Chronické nosičství u pacientů přetrvává různě dlouhou dobu. Ačkoliv se běžně nejedná o permanentní status, dekolonizace bývá často úporným, dlouhotrvajícím procesem. V některých případech

je doživotní, u některých pacientů zase dojde ke spontánní dekolonizaci. Nejčastěji se chroničtí nosiči rekrutují z řad mírně imunokompromitovaných pacientů (diabetes mellitus, uremie, podvýživa, nádorové onemocnění, pacienti v intenzivní péči) a pacientů po kombinované antibiotické léčbě. Defekty kožního krytu, chronické invazivní vstupy a sliznice nosního vstupu jsou nejčastější lokalizace, kde je kultivačně zjišťována MRSA pozitivita. Kolonizaci těchto oblastí je proto i nejčastěji podmíněno nosičstvím MRSA.

K dekolonizaci nosního vchodu osídleného MRSA u pacienta bez jiných závažných komorbidit je základním opatřením lokální aplikace mupirocinu (Bactroban) do oblasti nostril.

Před plánovaným operačním výkonem u MRSA pozitivního pacienta, zvláště pokud bude navozována imunosuprese nebo implantován cizí materiál, jsou vhodná režimová opatření jako každodenní střídání ložního prádla a oděvu a používání antibakteriálního mydla.

Spolu s užitím chlorhexidinových koupelí nebo chlorových antibiotik by tak měla být provedena alespoň dočasná dekolonizace; samotný výkon je často vhodné provést pod antibiotickou clonou, nejčastěji podáním 1 g vancomycinu i. v.

Celková antibiotická léčba kolonizovaných pacientů není indikována.

Infekce MRSA

V rámci ambulantní praxe je nejčastějším (a ještě před několika lety prakticky jediným) představitelem problematiky MRSA pacient kolonizovaný ve zdravotnickém zařízení během protražované, invazivní nebo jinak komplikované léčby.

Trend komunitně získaných infekcí MRSA je v posledních letech nepochybně rostoucí, což je možné sledovat empiricky i v běžné ambulantní praxi. V naší ambulanci došlo také k posunu ve složení docházejících pacientů a asi třetinu ze všech ošetřovaných pacientů nyní tvoří případy komunitních infekcí MRSA.

Spektrum pacientů je u komunitních infekcí MRSA výrazně odlišné od výše popsaných nozokomiálně kolonizovaných pacientů. Většinou se jedná o mladší jedince s menším počtem komorbidit a běžně jsou i případy rodinného výskytu. Ve většině případů komunitních infekcí MRSA jde o infekce kůže a měkkých tkání s tendencí k recidi-

vám a zvyšování počtu lokálních ložisek.

Případů komunitních infekcí MRSA, které si vyžadají léčbu za hospitalizace, je dle amerických zdrojů kolem 16 %. Z toho asi třetina případů představuje invazivní infekce (nekrotizující fasciitidy, osteomyelitidy, pyomyozitidy, endokarditidy, nekrotizující pneumonie, plicní a renální abscesy, septické artritidy). Ve studiích z USA je populační mortalita komunitních infekcí MRSA uváděna jako relativně velmi nízká (0,5 na 100 000), týkající se především jedinců v pokročilém věku. Statisticky by taková mortalita nejlépe odpovídala smrti z živelných příčin (zásah bleskem, zemětřesení atp.) a zůstává v populaci řádově nižší než je mortalita z příčin autonehod nebo sebevražd. Laiky a často bohužel i zdravotníky běžně přijímaná představa MRSA jako mimořádně agresivního a pro jedince nebezpečného agens tedy nemá zcela opodstatněný podklad.

Léčba

U nekomplikované infekce charakteru furunklu či abscesu běžně postačuje incize a drenáž s debridementem nekrotické tkáně, pokud je přítomna.

Celková antibiotická léčba je nutná, když jsou přítomny známky komplikací těchto procesů. Mezi indikátory hospitalizace jako nutného postupu patří zejména horečka, lymfangoitida, resp. flegmona, nebo celulitida, rychlá progresse lokálního nálezu, závažné komorbidity, imunosuprese, nemožnost chirurgicky zcela sanovat ložisko, selhání chirurgické léčby ve smyslu recidivy nálezu po zároku a příslušnost ke krajním věkovým skupinám. Nejvhodnějšími antibiotiky k léčbě ambulantně zvladatelných infekcí MRSA jsou sulfonamidy, zastoupené alespoň v ambulantní praxi výhodně kombinací trimethoprimu se sulfamethoxazolem (cotrimoxazol). V případě příznivého profilu rezistence kmene MRSA lze pak (vzácně) použít i doxycyklin.

Clindamycin není v této indikaci vhodným lékem, protože byla prokázána inducibilní rezistence některých kmenů MRSA k tomuto antibiotiku – zejména v případě zjištěné rezistence kmene erytromycinu nemá smysl léčbu clindamycinem zahajovat. V případě komplikací a systémových infekcí nelze použít běžná antibiotika, při léčbě invazivní

infekce s předpokládanou etiologií MRSA je vždy vhodné pacienta hospitalizovat.

Vankomycin, daptomycin, ceftarolin, tigecyklin a linezolid jsou antibiotika, která jsou v léčbě MRSA účinná, ale jejichž užití je v ambulantní praxi silně omezeno z více různých důvodů: od nutnosti parenterálního podávání přes toxicitu s nutností laboratorní monitorace léčby až k farmakoekonomickým dopadům, jako je úhrada pojišťovnou vázaná na hospitalizaci.

U nitrožilního podání quinupristin-dalfopristinu nebo tigecyklinu zatím nebyla prokázána větší účinnost (při léčbě MRSA), než jakou má v současnosti užívaná terapie. Zajímavým faktem je v experimentálních datech zjištěná zvýšená baktericidní aktivita quinupristin-dalfopristinu proti MRSA, která se projevuje při podávání v kombinaci s jinak proti MRSA neúčinným beta-laktamem.

Nová antibiotika zvažovaná pro širší užití při stafylokokových infekcích včetně MRSA představují v současnosti již užívaný daptomycin, schválený v USA k užití při léčbě komplikovaných stafylokokových infekcí měkkých tkání a infekcí krevního řečiště zastoupených jmenovitě pravostannou infekční endokarditiidou. Dalším přírůstkem do terapeutického arzenálu proti MRSA se pak nejspíše stanou semisyntetické deriváty vankomycinu – dalbavancin a telavancin, schválené v květnu a červnu 2014 americkým FDA k léčbě stafylokokových infekcí včetně MRSA ve specifických indikacích: dalbavancin k léčbě bakteriálních infekcí kůže a podkoží, telavancin k užití při nozokomiálních, zejména ventilátorových pneumoniích způsobených zlatým stafylokokem.

Problematika MRSA je specifická především kvůli nutnosti odlišného epidemiologického a terapeutického přístupu ke komunitním a nozokomiálním infekcím v rámci „jednoho“ agens. Vždy je třeba rozlišit pacienty kolonizované a pacienty se známkami onemocnění způsobeného MRSA. MRSA etiologie by měla být v první linii diferenciální diagnostiky lokalizovaných hnisavých infekcí v komunitě, zejména pokud se jedná o recidivující nálezy v různých lokalizacích.

MUDr. Dan Veselý,

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce

Nová naděje pro nemocné s vysokým CH

Cholesterol (CH) je nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro onemocnění srdce a cév. V České republice připadá na kardiovaskulární onemocnění (KVO) 50 % všech úmrtí, více umírají ženy.



As. MUDr. Lukáš Zlatohlávek, prof. Richard Češka z Centra preventivní kardiologie VFN a pacient s familiární hypercholesterolemií Jiří Zelenka | Foto: Archiv VFN

Jak na tiskové konferenci upozornil předseda České internistické společnosti ČLS JEP a vedoucí Centra preventivní kardiologie VFN prof. MUDr. Richard Češka, DrSc., u velkého procenta nemocných není vysoký cholesterol pouze důsledkem nesprávné diety a životosprávy. Preventivní opatření sice mají zásadní význam, u 90 % pacientů ale hraje roli dědičnost.

První podkožní injekce

Léčba vysoké hladiny CH v krvi je celoživotní. V ČR se 800 tisíc až milion lidí léčí statiny, přesto mnozí pacienti nedosahují tzv. „cílových hodnot“, které jim zaručují relativní kardiovaskulární bezpečí. A právě proto vznikají ve výzkumných laboratořích nové molekuly schopné snižovat CH a LDL-CH o další desítky procent. V tomto roce lze očekávat uvedení nové generace léků snižujících CH, tzv. inhibitorů PCSK9.

Jedná se o první léčivo (protilátky proti cholesterolu) na ovlivnění hladin tuků v krvi, které se aplikuje cholesterolovým perem jako podkožní injekce. Pacient si ji aplikuje sám jedenkrát za dva týdny do břicha, stehna nebo paže. Podle studií hladinu CH

snížují o 50–60 %, jsou-li podávány samostatně, stejně i jsou-li přidány k léčbě statiny či jinými léčivými.

Nové léky budou určeny především pro nemocné v nejvyšším riziku KVO nebo s velmi vysokými hodnotami CH. Jedná se především o pacienty, kteří mají zvýšenou hladinu CH vrozenou (a bohužel také riziko infarktu a dalších KVO už okolo 30 let věku), tedy v důsledku genetické poruchy, tzv. familiární hypercholesterolemie. Výšší cholesterolu pouze režimovými opatřeními nemají šanci změnit. S tímto onemocněním u nás žije asi 20 tisíc lidí. V odhalování familiárního cholesterolu jsme v úspěšnosti na třetím místě po Holandsku a Norsku. Registrace nového léčiva proběhne letos v létě v USA, na podzim v EU. Nový lék zatím nemá prokázány žádné nežádoucí účinky.

V rámci akce byla slavnostně pokřtěna publikace Familiární hypercholesterolemie, kterou připravil prof. Richard Češka společně s kolegy z center v Praze, Brně a Hradci Králové. Publikace se věnuje problematice vyhledávání a léčby nemocných s vysokou hladinou cholesterolu.

(eta)



Talley

VENTURI®

KOMPLEXNÍ SYSTÉM
PODTLAKOVÉ LÉČBY RAN



pěnové i gázové krytí ran

tři typy přístrojů:
dva pro klinické použití
jeden minimalistický pro domácí použití

velmi tichý chod

MEDITECH®
prodej a servis lékařské techniky

Svatopetrská 7, 617 00 Brno
Česká republika
Telefon: +420 545 422 911
Fax: +420 545 422 916
sales@meditech.cz

www.meditech.cz

ODBORNÉ AKCE

Anorexie, bulimie a obezita – co mají společného?

10. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě proběhla koncem března v prostorách Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze.

Akce uvítala účastníky z řad psychiatrů, sociálních pracovníků, psychologů, nutričních terapeutů a dalších odborníků zaměřujících se na prevenci a léčbu mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenního přejídání a obezity – onemocněním řadí se do skupiny poruch příjmu potravy.

Přednášející se věnovali včasné prevenci poruch příjmu potravy, komorbiditám u dospívajících, vztahem emocí k poruchám příjmu potravy, souvislostem mezi poruchami chování a psychogenním přejídáním, mentální bulimii a obezitě, zobrazovacími metodám uplatňujícím se ve výzkumu emocí, možnostem kognitivní a rodinné terapie, otázkám stravovacích návyků a diet ve vztahu k mentální anorexii, potřebě edukace pedagogů, interní a paliativní péči u těžkých stavů mentální anorexie a dalším tématům. Představili také novinky týkající se vztahu mozku a gastrointestinálního traktu, možnosti ovlivnění cravingu pomocí transkraniální magnetické stimulace či zvládnání negativních emocí s využitím kognitivní remediacce.

Rozpoznat problém

Poruchy příjmu potravy patří mezi dlouhodobá a závažná onemocnění, která však lze úspěš-

ně léčit. Mezi základní podmínky úspěchu patří motivace pacienta k řešení problémů vztahujících se k narušenému příjmu potravy i ostatním životním oblastem. V léčbě mohou pacienti využívat specializovanou léčebnou péči, denní stacionář i specializované lůžkové oddělení, jež nabízí například Centrum pro léčbu poruch příjmu potravy při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Hlavní podmínkou úspěšné léčby je, aby se pacientovi dostalo příslušné péče. Překážkou toho může být neakceptování nebo nerozpoznání problému v individuální rovině či neadekvátní vnímání duševní poruchy společností a médií.

Polovina pacientů na špatných odděleních

„Média ráda prezentují svět černobíle. Buď je člověk hvězda, nebo se nachází na okraji společnosti. Platí to i v případě duševních onemocnění, kam poruchy příjmu potravy patří. Média často mění realitu tvůrčím způsobem, takže tatáž dívka, jež je dopoledne nafocena jako zajímavá modelka, může odpoledne přijít na naše oddělení jako pacientka s anorexií,“ popisuje vedoucí lékařka centra prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. Podle ní je třeba tuto komerčně-mediální realitu vyvážit (pravdivou) skutečností a edukovat o problému širokou veřejnost, rodinné příslušníky pacientů i odborníky mimo psychiatrii. „Musíme si uvědomit, že zdaleka ne všechny případy mentální anorexie jsou léčeny na psychiatrii. Asi polovina dětských a adolescentních pacientek se léčí na somatických odděleních. V případě dospělých pak jsou v nepsychiatrických ambulancích léčeni zejména pacienti s psychogenním přejídáním. To je totiž problém, který vede k obezitě,“ upozorňuje prof. Papežová. Statistiky uvádějí incidenci poruch příjmu potravy 36/100 000 obyvatel, avšak skutečná čísla jsou podle odborníků mnohem vyšší, zejména proto,



Zleva: MUDr. Jan Bríza, CSc., MBA, prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc., a MUDr. Petra Uhlíková | Foto: archiv pořadatele

že mnozí pacienti své onemocnění skrývají.

K dětskému psychiatrovi se pacienti s podezřením na poruchy příjmu potravy nejčastěji dostanou na doporučení pediatra, po zhodnocení celkového vývoje a vyloučení somatických příčin, jako je malabsorpce či jiné onemocnění. Důležité je, aby si praktický dětský lékař kromě váhového úbytku u dítěte všiml i dalších příznaků, jako je depresivita. Ta se v dětském a adolescentním věku projevuje často somaticky – například bolestmi břicha či nechutenstvím s možným neprospíváním až zastavením vývoje.

Zaměření na komorbidity

Výraznější pozornost věnují v současné době psychiatrii komorbiditám a atypickým případům poruch příjmu potravy. „Snažíme se zaměřovat na skryté případy nemoci. Mohou to být bulimické pacientky s normální váhou, které se dostávají s jinými obtížemi. Pacientka kupříkladu přijde s poruchou nálady a později se ukáže, že za tím stojí velká nespokojenost s vlastním tělem. Některé dívky mají v době diagnózy už za sebou různé diety, problémy se školní docházkou, a pokud by neměly přidruženou patologii, nebyly by u nich poruchy příjmu potravy vůbec diagnostikovány. Jiné pacientky přicházejí proto, že dlouhodobě drží dietu, například z důvodu celiakie nebo potravinové alergie, a vedle toho se rozvine porucha příjmu potravy,“ vysvětluje

vedoucí lékařka Denního stacionáře pro adolescenty těžké kliniky MUDr. Petra Uhlíková.

Vedle poruch nálady, které se vyskytují asi u poloviny pacientů s poruchami příjmu potravy, je častou komorbiditou také ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou). U obou poruch se vyskytuje impulzivita – pacientky s ADHD mají často sklon k impulzivnímu přejídání, bulimii a rozvoji obezity. Dalšími častými komorbiditami jsou poruchy spánku či obsedantně kompulzivní porucha, v anamnéze mnoha pacientek s poruchou příjmu potravy bývá sebepečkozování. „V léčbě je třeba se zaměřit na všechny patologické příznaky. Jinak se stane, že léčíme problém s jídlem a u pacientky roste třeba úzkost nebo depresivita. Léčba musí být komplexní, individuální a ideálně má zahrnovat kognitivně-behaviorální psychoterapii, rodinnou terapii, nutriční poradenství, sociální intervence, případně farmakoterapii,“ doplňuje MUDr. Uhlíková.

Prevence a projekt proyouth

Do léčby a neméně důležité prevence poruch příjmu potravy dnes zasahují také moderní technologie, zejména internet. Pacienti a zájemci o danou problematiku naleznou užitečné informace na stránkách evropského projektu internetové prevence a včasné intervence poruch příjmu potravy www.proyouth.eu. Do projektu je zapojeno 7 zemí včetně České republiky.

Webové stránky nabízejí chat, diskusní fóra s odborníky i individuální on-line konzultace. Rodiče mladých pacientů mohou využít také on-line poradnu na: www.pomocppp.cz. „Rozvíjíme i edukační preventivní projekt pro základní školy, v jehož rámci se žáci učí rozpoznávat a pojmenovávat vlastní pocity, kultivovat vztahy, identifikovat problémy tak, aby s nimi dokázali pracovat, zvládat ztrátu a životní zátěž. Dále usilujeme o průběžné interdisciplinární vzdělávání o problematice, protože naše zkušenost je, že praktičtí lékaři často poruchy příjmu potravy přehlédnou,“ vysvětluje profsorka Papežová.

Psychiatrická reforma

Snahou vedení Psychiatrické kliniky 1. LF UK je celkové zkvalitňování péče o psychiatrické pacienty v rámci psychiatrické reformy. „Díky norským fondům jsme získali investici, která povede k rekonstrukci a rozšíření rehabilitační péče o naše pacienty. Týká se to jak hospitalizovaných, tak ambulantních pacientů. Usilujeme též o prodloužení projektu rehabilitační dílny v klášterní zahradě a chceme vybudovat komunitní centrum, které by nabízelo i zdravotně sociální péči. Naším cílem je rovněž zlepšení akutní péče. K tomu je však třeba získat další finance na provozní účely, zejména personální rozšíření stacionární a komunitní péče,“ dodává přednosta kliniky prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

MUDr. Andrea Skálková



Prof. Hana Papežová | Foto: archiv pořadatele

Nové dárcovské centrum krevní plasmy na Černém Mostě

EUROPLASMA s. r. o. v Praze otevřela nové moderní plasmaferetické odběrové pracoviště. Přibývá tak další zdroj plasmy jako suroviny pro výrobu léků.

V Evropě jsou každý rok statisíce lidí odkázány na léčiva, která lze vyrobit jen z plasmy. Mnoho obětí nehod, chronicky nemocných a jiných pacientů lze tedy léčit jen tehdy, pokud bude k dispozici dostatek plasmy. Společnost EUROPLASMA nabízí možnost darování plasmy již v devíti dárcovských centrech v Rakousku a v České republice, a přispívá tak k tomu, aby těžce nemocní pacienti měli k dispozici léčiva

z bezpečné plasmy, která splňují nejvyšší mezinárodní požadavky na jakost.

V polovině roku 2014 vedení firmy EUROPLASMA schválilo záměr zřízení nového centra pro pražský a středočeský region. Vzhledem ke strategickému položení a výborné dopravní dostupnosti bylo zvoleno jeho umístění v obchodním centru na Černém Mostě. Podobná koncepce se osvědčila již na Chodově, kde dárce oceňují dostupnost hromadnou dopra-

vou či bezplatné parkování spojené s možností zábavy, nákupů nebo relaxace.

To samé nabízí svým dárcům i nové Dárcovské centrum Černý Most (DCČM), které bylo otevřeno 1. dubna letošního roku. Při jeho realizaci byly využity veškeré zkušenosti z pětiletého provozu chodovského centra, což se týká hlavně stavebního a prostorového uspořádání, vybavení interiéru, pracovních postupů i výrobních technologií.

Příjemné a vlnivé prostředí je pro dárcovská centra EUROPLASMA standardem. Celkově je prostředí DCČM řešeno velmi moderně s novými barevnými kombinacemi, odběrový sál je vybaven novou generací plasmaferetických přístrojů a připojení WiFi je již samozřejmostí. V průběhu každé návštěvy je zájemcům i dárcům k dispozici odborně vyškolený zdravotnický personál.

V současné době se centrum na Černém Mostě připravuje na cer-



tifikaci IQPP, jejímž držitelem je již centrum na Chodově a která potvrzuje vysokou kvalitu a bezpečnost jak pro dárce krevní plasmy, tak pro pacienty, kteří užívají léčiva z ní vyrobená.

Snad produkce obou center přispěje v České republice k rozšíření indikačního spektra a navýšení využití krevních derivátů, podobně jako v jiných vyspělých zemích. (akt)

Spotřeba léčiv z krevních derivátů u nás nedosahuje úrovně srovnatelné s vyspělými zeměmi, zvláště v některých indikačních oblastech

Odpovědi na několik aktuálních otázek vztahujících se ke komerčním plasmaferetickým centrům poskytl generální ředitel dárcovských center Chodov a Černý Most firmy EUROPLASMA s. r. o. **Mgr. Petr Suchan, MBA.**

Plasmu odebranou v Dárcovském centru Chodov (DCCH) odesíláte k dalšímu zpracování do Vídně, konkrétně společnosti Baxter. Poputuje tam i plasma odebraná na Černém Mostě?

Společnost EUROPLASMA vlastní francouzská státní firma LFB, která se zabývá zpracováváním plasmy a další plasmaferetická centra má i v Rakousku. LFB nyní bude rozšiřovat svoje výrobní ka-

pacitu. Plasmu odebranou DCČM budeme posílat na zpracování do Paříže, plasmu z DCCH nadále expedujeme do Vídně firmě Baxter.

Otevřením DCČM tedy vzniklo další místo odběru plasmy, která směřuje k zahraničním zpracovatelům. Není zvýšení exportu v rozporu se zájmy našeho vlastního zdravotnictví?

Jsem přesvědčen, že není. Do za-

hraničí plasmu vyvázejí pro potřeby výroby farmak nejen naše, ale i ostatní plasmaferetická centra v ČR. Vývozem plasmy se komerčně zabývají soukromé firmy i velké nemocnice. V České republice dosud žádná farmaceutická společnost plasmu nezpracovává.

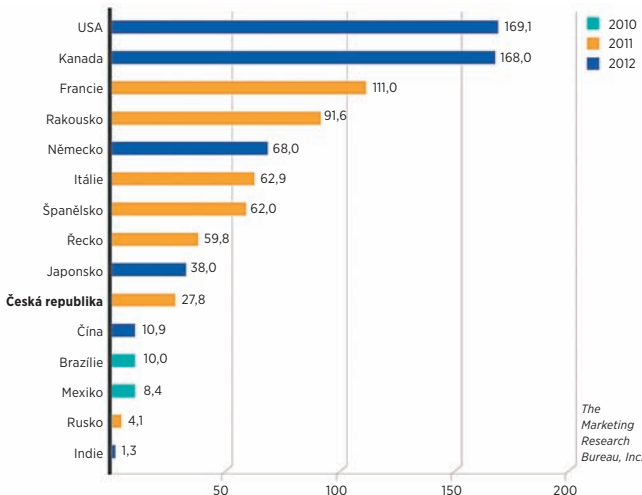
Jak na tom je Česká republika se spotřebou léků z krevní plasmy?

V podzimním čísle svého časopisu (*The Source, Fall 2014*) celosvětová organizace Plasma Protein Therapeutic Association uveřejnila docela zajímavá statistická zjištění. Jde o výsledky průměrné spotřeby dvou hlavních skupin derivátů vyrobených z plasmy. Konkrétně jde o IVIG/SCIG (viz graf 1) a o albumin (viz graf 2), v kilogramech přepočtených na obyvatele. Zachycena je situace v letech 2010–2012

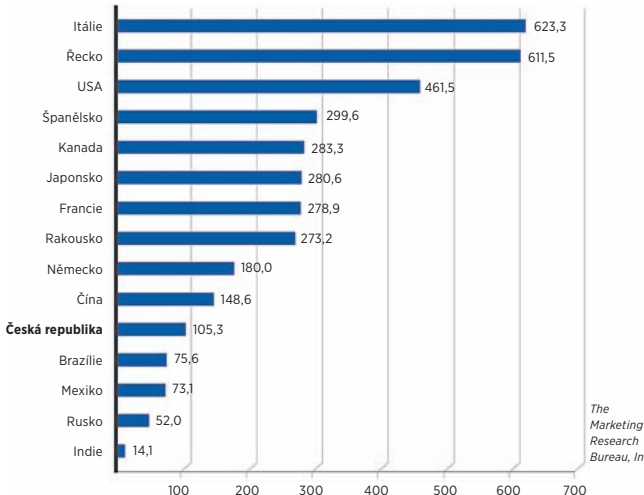
a jde o země Evropy, Severní a Jižní Ameriky a Asie. Tyto dva grafy vypovídají jednoznačně o tom, že ve využívání krevních derivátů mezi vyspělými zeměmi zaostáváme. Proto argument, že v České republice bezpečně pokrýváme spotřebu krevních derivátů i bez takových center, je zavádějící – sama spotřeba u nás je nízká. Také je třeba si uvědomit, že nežijeme v izolované zemi, kontext musíme chápat minimálně jako celoevropský. Platí i to, že stejně jako každý člověk nemůže být dárce plasmy, tak v každém státě, dokonce i Evropské unie, vůbec nemohou existovat komerční dárcovská centra krevní plasmy.

Jinde jejich vzniku brání legislativa?

Mimo jiné i ona, donedávna vznik soukromých plasmaferetických center nebyl možný ani v ČR. Ale legislativní otázky nejsou tím jediným důvodem, proč taková centra nejsou všude. V řadě zemí je vyšší výskyt infekčních chorob a určitou roli někde hraje i religiozita. Ale léčiva z krevních derivátů samozřejmě potřebují i pacienti v zemích, kde „komerční“ plasmaferetická centra nejsou. Aktivita v této oblasti tedy zůstává na lidech, kteří plasmu mohou poskytovat, a zemích, kde soukromá plasmaferetická centra mohou působit. (akt)



Graf 1 Průměrná spotřeba IVIG/SCIG v jednotlivých zemích (v kg na 1 milion obyvatel)



Graf 2 Průměrná spotřeba albuminu v jednotlivých zemích (v kg na 1 milion obyvatel) v letech 2010–2012

ODBORNÉ AKCE

Hozená rukavice profesorky Strunecké aneb jak dál s očkováním

Diskuse o očkování, zejména o povinnosti očkovat nejmenší děti a s tím souvisejících otázkách bezpečnosti vakcín a možných nežádoucích účinků očkování, se přesunuje z internetových debat a pediatrických ordinací na půdu zákonodárců.

Jedním z impulsů k nedávnému kulatému stolu pořádanému Výborem pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR byla kontroverzní e-kniha prof. RNDr. Anny Strunecké, DrSc. „Očkování – otázky a odpovědi“, zasláná autorkou vybraným poslancům.

Smyslem padesátistránkové publikace, určené kromě poslanců také rodičům a pediatrům, je podle profesorky Strunecké „výzva k rozumnému a zodpovědnému přehodnocení benefitů a rizik současného způsobu očkování“. Autorka je profesorkou fyziologie, řadu let působila na katedře fyziologie a vývojové biologie Přírodovědecké fakulty UK, kde se intenzivně věnovala vědecké a pedagogické práci. Publikovala mimo jiné na téma toxicity hliníku ve vakcínách. Veřejnosti je známa především svým kritickým postojem nejen k očkování, ale také k farmakoterapii a „toxiny zatížené“ výživě, o čemž vydala několik populárně naučných knih. Výše uvedená publikace vyšla v souvislosti s projednávanou novelou zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR v březnu tohoto roku a s nálezem Ústavního soudu ČR ve věci očkování. Z novely zákona, jak shrnuje autorka v úvodu publikace, „vyplývají vysoké pokuty pro provozovatele dětských kolektivních zařízení, organizátory dětských akcí i pediatry, kteří neprovedou povinné očkování a neohlásí rodiče, kteří ho odmítají“.

O čem je dále publikace?

Ve své knize prof. Strunecká vysvětluje okolnosti nedávné demonstrace rodičů proti represivnímu přístupu státu v otázce očkování a důvod sepsání otevřeného dopisu ministru zdravotnictví ČR Svatopluku Němečkovi. Odvolává se také na petici spolku Rosalio, kterou k 25. 3. podepsalo téměř 17 tisíc občanů. V dopise ministru rodiče vyzývají k zavedení možnosti svobodné volby alternativního



Účastníci parlamentního semináře | Foto: PSP ČR

očkování, zrušení zákazu přijímat neočkované děti do kolektivu, zrušení navrhovaných sankcí či uplatnění přísné kontroly nad vakcinology a dovozci vakcín s vyloučením střetu zájmů. V odborné části publikace se pak autorka věnuje vybraným otázkám očkování ve vztahu k příčinám současných epidemií (spalničky), zpochybňuje některé současné trendy a strategie v očkování (černý kašel) a vyzývá k přehodnocení bezpečnosti vakcín, jako jsou hexavakcína či MMR vakcína, především vzhledem k potenciální vazbě těchto vakcín na poškození nervového systému očkováných dětí a rozvoje autismu či autoimunitního onemocnění.

Otevřít racionální diskusi

Dubnový parlamentní seminář reflektoval uvedené události s cílem otevřít racionální diskusi o očkování. Vedle zástupců vakcinologů, veřejného zdravotnictví a dětských lékařů tak dostali slovo i kritici současného systému očkování včetně profesorky Strunecké. Podle místopředsdkyně výboru pro zdravotnictví Mgr. Soni Markové, pod jejíž záštitou

se akce konala, by se měl parlament stát platformou pro potřebnou diskusi o očkování a odpovědi na související otázky, které pálí rodiče, pediatry a vlastně celou společnost. „Neočekáváme, že se na základě tohoto semináře změní zákon o ochraně veřejného zdraví, ale věříme, že dojde k vyjasnění některých postojů a vzejdou odtud podněty, kterými se bude dále na půdě ministerstva zdravotnictví či poslanecké sněmovny zabývat vznikající pracovní komise pro očkování,“ uvedla poslankyně.

Léčebná péče a veřejné zdraví

„Návrh na složení pracovní skupiny pro očkování již byl předán Ministru zdravotnictví ČR. Součástí této skupiny by měli být zástupci relevantních odborných společností, zákonodárců, zdravotních pojišťoven i veřejnosti,“ informoval hlavní hygienik ČR MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D. Dodal, že věří v tuto spolupráci i tomu, že bude dostatek prostoru pro vzájemné vysvětlení si názorů na očkování. Současně v souvislosti s klesající proočkovností zdůraznil

očkování, avšak současně připomenul, že uzákoněnou povinností očkování má 12 evropských zemí. Kriticky se vymezil vůči tzv. novodobým mesiášům, kteří šíří konspirační a zavádějící teorie o očkování a mezi nimiž jsou bohužel i odborníci.

Jeho příspěvek pak směřoval především proti některým informacím uvedeným v publikaci prof. Strunecké. „Tato kniha nevyhází z vědeckých poznatků ani z oponentů, jsou v ní uvedeny zavádějící informace a celkově vyznívá demagogicky,“ zlobil se vakcinolog. Podrobněji se pak vyjádřil k vybraným sporným a nesprávným závěrům uvedeným v knize a konfrontoval je s konsensem odborných společností. Současně profesor Prymula reagoval na požadavky rodičů, které jsou součástí otevřeného dopisu ministru zdravotnictví. Konstatoval, že diskuse s rodičem nemůže být bezbřehá. „Diskutovat můžeme o volbě penta- či hexavakciny, očkovacím schématu 2x 1 versus 3x 1, nikoli však o individuálních odstupech jednotlivých dávek vakciny či celém individuálním schématu. Očkovat nelze zcela libovolně. Při příliš dlouhém intervalu mezi dávkami by se nenavodila dostatečná imunita, zejména u neživých vakcín. Dále není možné očkovat vakcínami, které u nás nejsou schválené. Pediatr také nemá nekonečně času pro diskusi s každým rodičem. Navíc snaha zasytit odborníka neustále se opakujícími dotazy vede k určité otrávenosti, zejména jde-li o informace z pochybných zdrojů,“ řekl Roman Prymula.

Ohrožená eradikace

Na druhé straně prof. Prymula uznal oprávněný požadavek rodičů očkování dítěte na odškodnění za nežádoucí účinky způsobené vakcínou a konstatoval, že fond pro odškodnění u nás zatím bohužel nemáme. Připomenul také, že žádné očkování nefunguje stoprocentně, a stejně jako hlavní hygienik vyzdvihl význam kolektivní imunity, která poskytuje ochranu jak neočkováným, tak očkováným jedincům, u nichž není navozena dostatečná postvakcinální imunita.

Diskuse ano, ale objektivní

Diskusi o očkování vítá i předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., který však zdůraznil, že debata musí být objektivní a přinášet fakta namísto emocí a pochybných informací z internetu. Profesor Prymula uvedl, že je ochoten diskutovat o dobrovolnosti



Do diskuse přispěla i bývalá ministryně zdravotnictví MUDr. Milada Emmerová | Foto: PSP ČR

V souvislosti s možnými nežádoucími účinky vakcín pak konstatoval: „Nikdy jsme netvrdili, že očkování je stoprocentně bezpečné! Uvědomme si však, že díky očkování byly vymýceny pravé neštovice, takže jsme mohli proti nim přestat očkovat. V brzké době může být vymýcena i dětská obrna. Současný trend snižování proočkovanosti však ohrožuje její eradikaci.“

Hlásit nežádoucí účinky!

Rodiče dětí, kteří se obávají již možných nežádoucích účinků vakcinace u svých dětí nebo již mají (ať domnělou či potvrzenou) zkušenost s negativními důsledky očkování, se však dovolávají možnosti svobodně se rozhodnout, zda své dítě necha-

jí naočkovat, bez toho, aby čelili následným sankcím. Mnozí zdůrazňují, že nejsou „odpírači“ očkování ani „hysterickými biomatkami“, jak bývají médii často označovány, chtějí však přehodnotit současný systém povinného očkování.

Jak je to vlastně s bezpečností vakcín? Ačkoli se řada hlášených nežádoucích účinků dávaných do souvislosti s předchozí vakcinací nakonec nepotvrdí jako následek vakcinace, existují případy, kdy regulační orgány tuto souvislost potvrdí. Například v roce 2011 doporučila Evropská léková agentura (EMA) změnu v SPC k vakcíně proti chřipce Pandemrix, s upozorněním na možné riziko rozvoje narkolepsie u dětí a dospívajících

cích. Doporučení vzešlo z přezkoumání téměř tisíce případů narkolepsie u dětí do 15 let, které se vyskytly v souvislosti s předchozí vakcinací Pandemrixem. Jak uvedla MUDr. Veronika Tichá z Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, v daném případě šlo zřejmě o souhrn genetické dispozice a zevního spouštěče, kterým mohl být virový antigen vakcíny nebo použité adjuvans. MUDr. Tichá konstatovala, že některé nežádoucí účinky vakcín mohou mít pravděpodobně imunologický podklad a odkázala na řadu zmínek v literatuře o autoimunitní postvakcinační reakci, avšak současně na nedostatek epidemiologických dat. Apelovala také na důsledná hlášení všech podezřelých nežádoucích účinků Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) jak lékaři, tak rodiči. „Pro dlouhodobé sledování je velice důležitá farmakovigilance. Nežádoucí účinky jsou nepředvídatelné, vždy byly a budou a je třeba jim věnovat pozornost. Existuje zvýšené riziko rozvoje autoimunitního onemocnění u citlivých jedinců, jakými jsou například lidé s alergickým onemocněním v rodinné nebo osobní anamnéze či s předchozí reakcí na očkování. Vždy je nezbytné posoudit individuální riziko versus benefit vakcíny,“ upozornila neuroložka.

Neurologické následky infekcí

Na druhé straně MUDr. Tichá poukázala také na ochranu, kterou

poskytují vakcíny před závažnými neurologickými komplikacemi infekčních nemocí. Zmíňme například hnisavé meningitidy, které mohou vzniknout následkem onemocnění hemofilovou, pneumokokovou či meningokokovou nákazou, klíšťovou encefalitou či subakutní sklerotizující panencefalitidou coby komplikací spalniček. K dispozici jsou data dokládající významný pokles těchto závažných komplikací u očkovaných jedinců. Z poslední doby je to zejména pokles invazivních hemofilových onemocnění po zavedení rutinního očkování proti *Haemophilus influenzae b*. Naopak s aktuálním poklesem proočkovanosti proti pneumokokům vyskyt invazivních pneumokokových onemocnění mírně stoupá.

Komunikace s rodiči je náročná

Příspěvky do diskuse přinesly také předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost MUDr. Ilona Hulleová a předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP MUDr. Alena Šebková. Obě konstatovaly, že komunikace s rodiči je stále náročnější nejen na čas, ale i na edukaci a trpělivost lékaře. Rodiče dnes mají více informací, ale zároveň přicházejí i s neadekvátními požadavky na očkování a zatěžují lékaře stále se opakujícími dotazy. Současně odbornice vyzdvihly potřebu kontinuálního vzdělávání pediatričů v oblasti vakcinologie (je organizováno pediatrickými

společnostmi), snahu dětských lékařů předejít střetům s rodiči v zájmu zdraví dítěte, jakož i potřebu zmírnit diskrepance panující mezi odborníky například v diskusi nad nežádoucími účinky. „Nedělejme z očkování strašáka,“ prohlásila MUDr. Šebková, „vakcíny nemůžeme vinit ze všeho. Je zde řada dalších vlivů, které se mohou podílet na vzniku onemocnění dávaných do souvislosti s vakcinací – například pozdní věk matky či umělé oplodnění.“

Systém očkování vs. osobní příběh

Poslední část semináře patřila zástupcům rodičů. Osobní, emočně nabitě příběhy, s nimiž se rodiče obražejí na občanské sdružení Rosalío, prezentovala jeho předsedkyně Martina Suchánková. Jak ale vzápětí poznamenala MUDr. Šebková, nad očkováním nelze diskutovat na základě kauzistik. V další části pak MUDr. Magda Zálešáková a MUDr. Jana Gandalovičová otevřely kontroverzní otázku souvislosti vakcinace a vzniku autismu a přednesly konkrétní požadavky a návrhy na změny v očkovací strategii. „Dané podněty budou projednávány v pracovní skupině pro očkování,“ přislíbila poslankyně Soňa Marková. V závěrečném shrnutí také konstatovala, že stát musí převzít odpovědnost za nežádoucí účinky vakcinace a odškodňovat postižené rodiny z prostředků k tomu zřízeného fondu.

MUDr. Andrea Skálavá

Inzerce M151000511

Plicní klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové

je moderní zdravotnické zařízení sídlící v Plicním pavilonu hlavního areálu nemocnice. Plicní klinika pečuje o všechny typy onemocnění plic a dolních dýchacích cest. Hlavní náplní jsou zánětlivé choroby (pneumonie, akutní a chronická onemocnění průdušek, vyšetřování nemocných s podezřením na plicní tuberkulózu), postižení plicního intersticia (sarkoidózy, polékové postižení plic a plicní fibrózy), nádory (plicní karcinomy, mezoteliomy a metastatická postižení plic), onemocnění pohrudnice (pleurální výpotky a pneumotoraxy) či spánkové poruchy dýchání (zejména spánková apnoe a hypoventilační syndromy). Ambulantní část Plicní kliniky je tvořena všeobecnou ambulancí, 8 odbornými poradnami, oddělením funkčního vyšetřování, onkologickým stacionářem a bronchoskopickým oddělením. Týdně projde touto částí Plicní kliniky více než 500 nemocných. V lůžkové části kliniky se nachází lůžka spánkové laboratoře, jednotka intenzivní péče a standardní lůžkové oddělení. Kapacita Plicní kliniky reprezentuje jediná nemocniční lůžka určená pro specializovanou diagnostiku a léčbu respiračních onemocnění pro celý Královohradecký kraj, což představuje, úměrně k počtu obyvatel, nejméně lůžek v celé České republice. Z tohoto důvodu jsme si zvykli, ve shodě se zahraničními trendy, většinu náročných diagnostických výkonů provádět ambulantně.

Kromě rutinní a specializované zdravotní péče se naše pracoviště zabývá pregraduální výukou studentů hradecké lékařské fakulty v magisterském i bakalářském směru. V oblasti výzkumu jsme aktivní zejména na poli chronické obstrukční plicní nemoci (suverénně největší pracoviště Celostátní výzkumné databáze těžké CHOPN), plicní fibrózy (jedno z nejvýznamnějších pracovišť Registru idiopatické plicní fibrózy) a průduškového astmatu (Národní centrum pro těžké astma vzniklo na hradecké Plicní klinice). Na našem pracovišti vznikají i sofistikované projekty zaměřené na monitoraci vydechaného vzduchu či sledování vlivu fyzické zátěže na nemocné s CHOPN a astmatem. V letech 2014–2015 jsme organizovali rozsáhlou (téměř 4 tisíce pacientů) mezinárodní studii zkoumající výskyt fenotypů CHOPN v 11 zemích střední a východní Evropy. Naše pracoviště je spolutvůrcem národních doporučených postupů (funkční vyšetřování plic, CHOPN, obtížně léčitelné astma či bronchiektazie). Každým rokem pořádáme prestižní odborné setkání Hradecké pneumologické dny. Letošní, již XIX. ročník měl více než 400 účastníků z 5 zemí (viz foto).



GASTROENTEROLOGIE

Jak zlepšit **kvalitu koloskopie**

V Praze proběhlo mezinárodní sympozium zaměřené na koloskopické vyšetření „Quality in Endoscopy Colonoscopy and Colonic Neoplasm“. Akce pořádaná Evropskou společností gastrointestinální endoskopie (ESGE) a Evropskou společností pro digestivní onkologii (ESDO) se konala 17.–18. dubna v Anel's Hotel Prague.

Sympozium rozdělené do sedmi sekcí se věnovalo tématům přípravy na koloskopické vyšetření, tréninku endoskopických dovedností, měření kvality endoskopického vyšetření, alternativním vyšetřovacími metodám (CT, MR kolografie, kapslová endoskopie), diagnostice a odstraňování polypů a řešení nádorových lézí. Informace o sympoziu nám v rozhovoru poskytl přednostka Kliniky hepatogastroenterologie IKEM **prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.**

V úvodu sympozia se hovořilo o zásadách sledování pacientů s polypy. Můžete shrnout hlavní principy této surveillance?

Obecně vycházíme z individuálního onkologického rizika pacienta, na jehož základě stanovujeme termín prvního vyšetření i intervaly koloskopických kontrol. Samotný rizikový profil se odvozuje od rodinné anamnézy, velikosti a typu polypu, způsobu jeho odstranění a dalších rizikových faktorů, jako jsou nespecifický střevní zánět, krouňení a metabolický syndrom. Takže například při normálním screeningovém koloskopickém nálezu další vyšetření není nutné, po odstranění pokročilého adenomu se provádí kontrola po roce, ale při jeho odstranění resekci a možnosti rezidua je vhodná kontrolní koloskopie do šesti měsíců. U vysokého rizika daného rodinnou anamnézou, jako je například vzácný Lynchův syndrom, u něhož je vysoké riziko maligního zvratu polypů, je nutné provádět koloskopie každoročně.

Přednášející se v této oblasti zaměřili především na serátní polypy. V čem spočívá jejich zálužnost?

Problém je, že mezi serátními neboli pilovitými polypy mohou být zastoupeny jak zcela bezvýznamné hyperplastické útvary, tak polypy nesoucí výrazné riziko maligního zvratu. Evropská endoskopická společnost proto vytvořila doporučené postupy vztahující se k jednotlivým koloskopickým nálezům. Naše odborná společnost nyní na jejich podkladě plánuje vytvořit národní doporučené postupy, tak aby měli naši endoskopisté srozumitelný návod jak konkrétní pří-

pady řešit. Hyperplastické polypy jsou totiž zejména u starší generace velmi časté a v mnoha případech je není třeba odstraňovat ani biopsicky vyšetřovat, případně se mohou odstranit, ale není třeba odesílat biopsický materiál do laboratoře. Jednak tím předcházíme rizikům spojeným s odstraňováním polypů – to je například krvácení či perforace –, jednak snižujeme zátěž patologických pracovišť. Současná endoskopická zobrazovací technika je na vysoké úrovni, takže umožňuje spolehlivé rozlišení nálezu i bez biopsie. Zjistili jsme, že shoda mikro- a makroskopického nálezu je velmi vysoká. Širší endoskopickou veřejnost je však třeba zaškolenovat, aby při nálezu polypů univerzálně volila optimální postup. Uvědomujeme si naléhavost tohoto problému a *guidelines* by proto měly být k dispozici ještě letos.

V rámci sympozia proběhlo několik velkých debat. Jedna se týkala sedace pacienta při koloskopickém vyšetření – konkrétně otázky, zda podat všem propofol.

V našich podmínkách nemůžeme nabídnout všem koloskopovaným pacientům výkon s asistencí anesteziologa, tj. propofol či celkovou anestezii. Jednak nemáme dostatečné anesteziologické zázemí, jednak je zde i specifické riziko spojené s intubací, kardiovaskulárními komplikacemi nebo s tím, že propofol nemá antidotum. Propofol *de iure* může u nás podávat pouze anesteziolog. Debatu jsem vnímal tak, že mezinárodní koloskopická komunita směřuje k tomu, aby byly koloskopie pro pacienta maximálně komfortní a většina jich proběhla v sedaci propofolem. Sám s tím tak úplně nesouhlasím, nicméně to respektuji. U nás na klinice dostává propofol přibližně 5–10 procent pacientů. Jde o jedince, u nichž se předpokládá horší tolerance výkonu (obezita, předchozí operace a tak dále). Asi 60–70 procent pacientů pak dostává klasickou žilní premedikaci zahrnující midazolam, opiáty a spasmolytika. Zbytek pacientů podstupuje vyšetření bez premedikace. Obecně lze říci, že tolerance koloskopii je u naší klinice velmi dobrá.

Někteří pacienti však popisují bolest při koloskopickém vyšetření na hranici únosnosti. Je vůbec v současnosti přípustné, aby pacient absolvoval bolestivé vyšetření?

Bohužel jsem si toho vědom a takto vzniklé demonizování koloskopie snižuje ochotu podstupovat screeningová vyšetření. Na vině ovšem nebývá nedostatečná anestezie, nýbrž nekvalitní endoskopista. Sám vysokou míru netolerance koloskopie nezaznamenávám a věřím, že většina našich pacientů je s průběhem výkonu spokojena. Osobně před vyšetřením s pacientem hovořím, posoudím tak jeho předpokládanou toleranci a na základě toho volím optimální způsob analgosedace. Pokud se i tak stane, že pacient vyšetření netoleruje, není problém v průběhu výkonu anestezii zesílit. Základním principem je však vytvořit pro pacienta přátelské a komfortní prostředí, na čemž se podílí primárně profesionální personál a až druhotně chemie premedikace.

V souvislosti s kvalitou koloskopického vyšetření se zdůrazňuje mimo jiné potřeba dokonalé přípravy – vyčištění střev před výkonem. S jakými překážkami se zde potýkáte?

Problémy vyplývají zejména ze špatné komunikace a nedostatečné informovanosti pacientů o tom, jak přípravu provádět. Mnohdy poskytuje informace ambulanti sestry, která není sama dostatečně edukovaná. Také tuto situaci chceme zlepšit. Prostřednictvím komunikace lze rozptýlit obavy pacienta z výkonu i z potenciálně nepříjemné přípravy.

Dalším tématem sympozia byl význam alternativ ke koloskopii – CT a MR kolonografie a kapslové endoskopie. Jaký je jejich přínos?

Tyto metody umožňují neinvazivní a relativně přesné zobrazení. Vyžadují však ještě dokonalejší přípravu než koloskopie, navíc přibližně třetina pacientů musí stejně podstoupit koloskopii, protože tyto sofistikované metody neumožňují odsávání obsahu střeva a odběr tkáně na histologické vyšetření. Zlatým standardem zůstává kvalitní koloskopie. Kapslová endoskopie navíc není a v dohledné době nebude hrazena z prostředků zdravotní pojišťovny.

Kdy se mají v řešení prekancerů a rakovinných lézí využívat endoskopické a kdy neendoskopické metody?

V zásadě platí, že definované časné neoplazie se odstraňují endoskopicky, polypektomií, endoskopickou mukózní resekci či disekcí. Disekce je atraktivní metodou, nicméně problémem je zejména její zdoluhavý průběh a alternativou je chirurgická – laparoskopická – resekce. Disekce je nutné maximálně koncentrovat, protože jen tak je možno dosáhnout potřebné zručnosti.

Jaké je využití kolorektálního stentování – nové metody, o níž se diskutovalo – u pokročilého karcinomu?

Stentování je atraktivní alternativou chirurgického řešení, nicméně výsledky srovnávacích studií nevyznívají ve prospěch endoskopické léčby jednoznačně. Metoda je prováděna častými komplikace-



Foto: archiv IKEM

mi, jak vyplynulo z holandské studie, která musela být kvůli komplikacím zastavena, právě patrně z důvodu přílišné roztržitosti. Metoda má své místo, ale pacienti, kteří jsou k ní indikováni, by měli být koncentrováni na specializovaných pracovištích.

Na sympoziu aktivně vystoupili čeští odborníci MUDr. Tomáš Hucl, Ph.D., a MUDr. Štěpán Suchánek, Ph.D. Jaké je postavení české endoskopie v rámci ESGE a ESDO?

Česká gastroenterologická společnost a její endoskopická sekce požívají na poli mezinárodní endoskopie velkého respektu. Důkladem je například to, že doktor Hucl byl vedoucím tohoto prestižního mezinárodního koloskopického workshopu a před několika měsíci byl jmenován předsedou edukační komise Evropské endoskopické společnosti, což je opravdově výjimečná pozice a doma nedoceněný úspěch. Doktor Suchánek je pak výsoce oceňován jako jeden z organizátorů jednoho z nejpropracovanějších screeningových programů v mezinárodním měřítku.

MUDr. Andrea Skállová

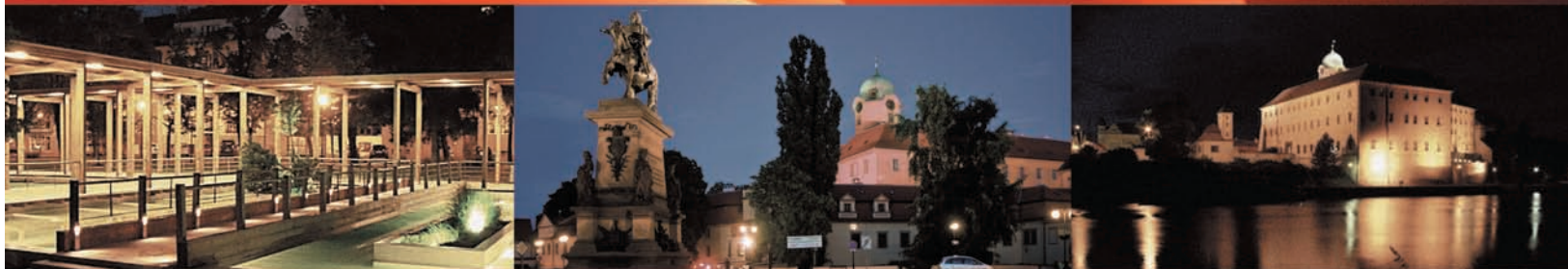
„Dej si střeva dohromady“

Během dne otevřených dveří ve specializovaných centrech pro střevní záněty mohou zájemci zdarma zkontrolovat svůj stav.

Česká republika patří mezi země s vyšším výskytem idiopatických střevních zánětů, jichž v posledních letech přibývá (42 tisíc v roce 2012 oproti 30 tisícům z roku 2005). Zasažují nejčastěji lidi do 35 let, ale 20–25 % pacientů již před 20. rokem. Nemoc se nevyhýbá ani kojencům a předškolákům. Klíčovou roli v její progresi hraje včasná diagnóza a za-

hájení odpovídající léčby. Proto sdružení Pacienti IBD pořádá ve spolupráci s pěti specializovanými centry pro střevní záněty (v Praze, Brně, Ostravě, Hradci Králové a Plzni) osvětovou akci „Dej si střeva dohromady!“, která proběhne 29. 5. od 9 do 13 hodin a při níž mohou zájemci zdarma zkontrolovat svůj zdravotní stav s gastroenterologem.

Projektem tak sdružení navazuje na loňské uvedení WC karet pro pacienty s IBD, díky kterým by měli mít snadnější přístup na veřejné i neveřejné toalety. *On-line* mapu veřejných toalet lze nalézt na stránce www.wckompas.cz, která funguje i jako navigace se zobrazením geografické polohy nejbližšího WC.



6. hemofilický den

19. – 20. listopadu 2015

Kongresové a kulturní centrum, Lázeňská Kolonáda,
Poděbrady, náměstí T. G. Masaryka 433/II

GPS: 50°8'33.828 N, 15°7'6.29 E

s mezinárodní
účastí

Odborná konference České společnosti pro trombózu a hemostázu ČLS JEP
pořádaná ve spolupráci s Českou hematologickou společností ČLS JEP
a Českým svazem hemofiliků



Česká hematologická
společnost ČLS JEP



www.congressprague.cz/csth2015

SEXUOLOGIE

Staré, nebo nové **trendy v sexuologii?**

V poslední době jsem od některých kolegů opakovaně slyšel postesknutí, že ubývá sexuologů a obor přestává být tak atraktivním, jako tomu bylo dříve.

Nevím, zda to tak opravdu je, protože čekáry před ambulancemi našeho sexuologického ústavu určitě nezejí prázdnotou, ba právě naopak. Jinou skutečností ale je, že si tento obor částečně „vykolíkovali“ psychiatři, gynekologové, urologové a odborníci na asistovanou reprodukci, takže se může zdát, že mnoho prostoru pro sexuologii nezbyvá.

Umělé oplodnění to přeče vyřeší

Psychiatři a kliničtí psychologové řeší některá onemocnění, která spadají především do sexuálních dysfunkcí, ať již jsou to poruchy erekce nebo předčasná ejakulace. Urologové se zaměřili na andrologii a mužskou neplodnost, spojenou například s operačním řešením varikokély, především ale s azoospermii (ale nejen s ní), kdy se pokouší – a často úspěšně – získat mužské pohlavní buňky z oblasti nadvarlat (*micro epididymal sperm aspiration*, MESA) nebo z varlat (*testicular sperm extraction*, TESE). Materiál je po extrakci zpracován a použit pro ICSI (intracytoplasmatická injekce spermie do vajíčka), což je parketa odborníků pro asistovanou reprodukci.

Gynekologové při léčbě neplodnosti občas „zapomínají“ na některá běžná vyšetření, která dříve byla samozřejmou součástí diagnostiky, jako jsou postkoitální nebo penetrační test. Inu, konkurence, zvláště pak reprodukčních center, je mimořádně silná a „zákazníka“-pacientku zajímá především výsledný efekt, tedy gravidita, méně již způsob, jakým se jí dosáhne. Hlavně, aby to bylo rychle a takřka na počkání, přejí si pacientky. A tak bývá občas gynekologům ze stran pacientek vytýkáno, že se zbytečně zabývají odběry (např. hormonálního profilu), nadbytečně je nutí k hysteroskopii nebo laparoskopické chromopertubaci. Maximálně je jim odpuštěno naordinování pregravidního genetického vyšetření, protože to jsou přeče ty nové a moderní trendy. A tak je čas od času gynekologu doslova tlačeno k urychlenému předání pacientky, případně celého páru, do některého z reprodukčních center, aniž by se dokončila řada stan-

dardních postupů, které se léty osvědčily. Gravidita má samozřejmě rozměr i společensko-sociální, takže přesah z pacientky na jejího partnera a blízké, či dokonce vzdálené rodinné příslušníky je více než samozřejmý. To zase nahrává centrům asistované reprodukce, kde mají všichni zúčastnění pocit, že jsou pod dohledem těch nejnovějších vědeckých technologií a postupů.

Vraťme se zpět k sexuologii

Vyšetřování, případně léčba neplodnosti mužů, jsou jen jedním ze segmentů sexuologie. Abychom pochopili její šíři, nebude možná od věci, nahlédneme-li do počátků české sexuologie, která je neodmyslitelně spjata se Sexuologickým ústavem v Praze. Zjistíme, že předchůdcem ústavu se v roce 1921 stal Ústav pro studium sexuální patologie, jehož zakladatelem byl profesor dermatovenerologie Ferdinand Pečírka. Hlavní činností ústavu bylo především vyšetřování poruch plodnosti, poruch pohlavního vývoje, ale také zkoumání inter- a homosexuality a samozřejmě parafílie. V roce 1935 se přednostou ústavu stal zakladatel české sexuologické školy prof. Josef Hynie. Tohoto slavného lékaře, vynálezce testimetru a objevitele metody vyšetřování motility spermii (velocity, indexu propulzivivity), nahradil v roce 1974 prof. Jan Raboch, který získal vědeckou reputaci doma i v zahraničí. V roce 1977 byl dokonce zvolen prezidentem International Academy of Sex Research (IASR) a ústav vedl do roku 1989.

Na konci 20. let minulého století se jiný profesor, brněnský dermatovenerolog Antonín Trýb, začíná věnovat organizování 5. kongresu Světové ligy pro sexuální reformu, který proběhl na brněnské Masarykově univerzitě. Právě Světová liga pomohla změnit pohled na řadu tabuizovaných témat, jakými byla prostituce, přenosné pohlavní nemoci, ale také chápání intersexuálních variant. Přinesla nové hodnocení sexuálního chování, věnovala se i tématům sociálním, jako bylo zrovnoprávnění žen, uvolnění manželství nebo regulace porodnosti a ochrana nemanžel-

ských dětí a jejich matek. Toto vše se stalo dalšími nosnými tématy tehdy se rodícího lékařského oboru sexuologie.

Kam kráčíš, sexuologie?

Položme si nyní otázku, zda skutečně ubývá sexuologů a zda opravdu existuje ta sexuologie, kterou znala historie 20. a 30. let, případně následných 70. a 80. let minulého století, kdy se u nás stala nástavbovou mezioborovou lékařskou specializací. Za posledních pět let (od roku 2009 do roku 2014) dle statistik IPVZ katedra sexuologie vzdělala řadu zájemců o tento obor. Úspěšně atestovalo 19 uchazečů, z toho 11 pocházelo z řad psychiatrů, 5 se našlo mezi gynekology a 3 mezi urology. Ve srovnání s jinými obory pro někoho málo, pro jiného dost. Ale jako by řekl dramatik či herec, že není malých rolí, stejně tak i my můžeme říci, že není malých medicínských oborů a sexuologie se tak skutečně cítit nemusí.

Sexuologie se stále věnuje sexuálnímu chování jako dříve. Pouze se pohybujeme v jiných podmínkách, což je logické. Vliv společnosti na jednotlivce se v posledních letech stupňuje, řada lidí vnímá možnou ekonomickou a politickou nejistotu velmi intenzivně a od tohoto mnohdy není daleko i k nejistotě vztahové. S ní pak souvisí postupná ztráta tradičního postavení muže v rodině, neboť ten v posledních letech přestává být vnímán společností jako hlava rodiny a hlavní živitel, čímž se samozřejmě mění i postavení ženy. Výzkumy doma i v zahraničí nás opakovaně přesvědčují o tom, že věnovat významnou pozornost lidské sexualitě a sexuálnímu chování možná více než kdy dříve nabývá na významu, a navíc nové metody vyšetřování přinášejí i nové pohledy na lidskou sexualitu.

Léčba erektilní dysfunkce

Partnerské soužití se zásadním způsobem mění, což ovlivňuje chování žen i mužů. Mění se ale také životní a stravovací návyky, přibývá obezity, zvýšené spotřeby alkoholu, tabáku nebo drog, přibývá civilizačních nemocí. Toto vše výrazněji dopa-



Foto: Leoš Chodura

dá především na mladé jedince. A tak není tajemstvím, že erektilní dysfunkce (ED) se začíná dotýkat i mužů kolem 30 let a mnohdy i mladších, kteří zcela nepochybně netrpí srdečním onemocněním, vysokým tlakem či diabetem, což bývalo nejčastější spektrum organických nemocí, při kterých se ED vyskytovala a stále vyskytuje.

Tradiční léčba ED byla významně ovlivněna objevem inhibitorů fosfodiesterázy 5 (PDE 5), což přineslo nejen významný pokrok v léčbě těchto dysfunkcí, ale značně přispělo i k novému pohledu na sexuální medicínu. Vedle zmíněných PDE 5 se pozornost vědců i odborníků přesunula také směrem k esenciálním kyselinám. Zjištění, že L-arginin zvyšuje pohotovost kysličníku dusnatého (NO), který se díky noradrenalinu významně podílí na erekci nejen penisu, ale i klitoris, se okamžitě promítlo do vzniku preparátů, které nechybějí ani v reklamě. Na rozdíl od PDE 5 nejsou na lékařský předpis, a tak část mužů s ED, kteří se bojí či stydí navštívit sexuologa, si je ráda zakoupí.

Základní sexuologická vyšetření

Sexuologie se ale zabývá léčbou a často také dohledem nad parafilními sexuálními pacienty a delikventy. Tady je na místě spravedlivě „přiznat roli“ právě sexuologii, neboť tyto pacienty by žádný jiný obor zcela jistě do své péče nepřevzal. Sexuologický ústav 1. LF UK není pouze tím, kdo léčbu profesionálně zajišťuje, ale vytváří také její koncepci. Obor sexuologie se zabývá také řadou jiných problematik. Nezminili jsme například behaviorální endokrinologii nebo velmi důležité vyšetřování mužské plodnosti a léčbu neplodnosti mužů. Vyšetření spermogramu

je v sexuologii považováno stále za standardní a rutinní vyšetření, nicméně bodové ohodnocení tzv. nativního spermogramu 63 body a kompletního spermogramu 98 body tato vyšetření při srovnání např. s biochemickým stanovením potu (tzv. potní test) oceněným 156 body staví do téměř kuriózní pozice. Každému odborníkovi zabývajícímu se léčbou neplodnosti je přitom zcela jasné, že stanovení spermogramu bylo a je bráno nejen jako vyšetření základní, ale s ohledem na výsledek jako vyšetření velmi významné a důležité pro suspektně neplodný pár. Ani toto vyšetření ale nebylo ušetřeno novinek. Ať se jedná o nejrůznější, většinou ze zahraničí přivezené a „zaručené fungující“, testy mužské plodnosti nebo o zapojení moderní technologie, kterou je např. CASA (*computer aided sperm analysis*). Tyto analyzátoři jsou schopny na základě vyhodnocení průchodu světelného paprsku kalibrovanou kapilárou naplněnou spermatem určit koncentraci spermii, progresivní motilitu a procento normálních buněk a následně pak získají i potřebná data, jako je koncentrace funkčních spermii nebo index motility spermii. Jejich výhodou je rychlost a objektivita zpracování, nevýhodou možnost specifické chyby.

Jak patrně, sexuologii jako oboru hrana ani zdaleka nezvoní. Pouze se musí, ostatně jako všechny medicínské obory, zaměřit také na nové metody, postupy a technologie, protože ty mohou být skvělými pomocníky. Jen při nich nesmí odborník zapomenout na to hlavní, co v medicíně platí. A tím jsou „zdravý medicínský rozum“ a lékařská etika.

MUDr. Luděk Fiala,
gynekolog, sexuolog,

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN Praha



BBQ SEZÓNA V AUGUSTINU

Když sluneční paprsky začnou konečně hřát a den se prodlužuje, nastává sezóna grilování.

Executive Chef Marek Fichtner a jeho tým pro Vás při této příležitosti připravili jedinečné delikatesy, které si můžete vychutnat na naší terase.

Vyzkoušejte pravé řecké souvlaki, jehněčí koftu nebo středozevní hot dog se Salsicciou.

K tomu samozřejmě nesmí chybět unikátní české Svatotomášské pivo - tmavý 14° spodně kvašený ležák vyráběný podle tajné receptury, jejíž kořeny sahají až do 14. století.



Přijďte ochutnat léto do oázy klidu v srdci Malé Strany...

www.augustine-restaurant.cz

Augustine Restaurant | Letenská 12/33, 118 00 Praha | tel.: + 420 266 112 280

MEDICÍNA

Rozšíření terapeutického spektra v léčbě bolesti u osteoartrózy kolene dospělých pacientů

Osteoartróza (OA) je degenerativní onemocnění kloubů, které je charakterizováno postupným ubýváním kloubní chrupavky. Jeho hlavními projevy jsou omezení kloubní pohyblivosti a bolest, jež je pravidelně doprovázena zánětlivým procesem.

OA postihuje téměř 14 % dospělých ve věku 25 až 65 let a téměř 34 % dospělých starších 65 let. Koleno je nejčastější lokalitou osteoartrózy u pacientů nad 40 let.

Nejčastěji užívanými léčivými přípravky pro symptomatickou terapii osteoartrózy u dospělých jsou nesteroidní antiflogistika (NSAID), která sice účinně snižují zánět a bolest, ale bývají doprovázena četnými nežádoucími účinky a mají celou řadu kontraindikací, například při použití u starších, polymorbidních pacientů.

Pro rozšíření terapeutického spektra léčby OA se nyní otevírá další možnost, a to terapie léčivými přípravky pro systémovou enzymoterapii (SET), jež byla doposud méně využívána. Potvrzují to zajímavé výsledky klinické studie „Bezpečnost a účinnost kombinace enzymů v léčbě bolesti u osteoartrózy kolene dospělých pacientů“, provedené jako randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem a komparátorem kontrolovaná studie, jež byla letos publikována v časopisu *Arthritis**. Cílem studie bylo vyhodnotit bezpečnost a účinnost kombinace enzymů v přípravku Wobenzym** u dospělých pacientů, kteří trpí středně závažnou až závažnou OA kolene. Právě antiflogistické a analgetické působení patří do indikačního spektra léků s obsahem proteáz.

Byla porovnáována účinnost kombinace enzymů v přípravku Wobenzym s účinností NSAID diklofenaku a s účinností placeba. Sledované parametry zahrnovaly zmírnění bolesti a zlepšení funkce kolenního kloubu a dále typ a četnost vedlejších účinků.

Design studie

Do studie byli zařazováni pacienti z Německa a Holandska ve věku 40–80 let se středně závažnou

až závažnou osteoartrózou kolene. Pro zařazení bylo nutné skóre Lequesneova funkčního indexu 10–14 (max. možné skóre je 24), skóre na dílčí škále bolesti WOMAC-A > 25 (rozmezí skóre 0 až 100) a artróza kolene potvrzená běžným rentgenologickým, resp. tomografickým vyšetřením a otokem postiženého kolene při fyzikálním vyšetření. Byli vyloučeni pacienti po prodělaném úrazu kolene či infekci kloubu nebo po intraartikulární aplikaci léčivých přípravků. Zařazení nebyli pacienti s gastrointestinálním onemocněním, farmakoterapií kortikosteroidy, inhibitory COX-II nebo glukosaminem/chondroitinem a také pacienti se známou přecitlivělostí na paracetamol, NSAID nebo perorálně podávané enzymy.

Pacienti byli náhodně zařazení do 3 skupin a medikaci užívali 3x denně. První skupina užívala 1 tabletu diklofenaku sodného (50 mg) a 2 tablety neodlišitelného placeba, druhá skupina 2 tablety Wobenzymu a 1 tabletu placeba a třetí skupina 3 tablety placeba. Výsledné dávky aktivní léčby tedy představovaly 6 tablet Wobenzymu (2 tablety 3x denně) nebo 150 mg diklofenaku (1 tableta 3x denně). Veškerá terapie byla shodná jak z hlediska počtu, tak i vzhledu tablet.

Každá léčba byla podávána denně po dobu 12 týdnů. Minimální požadovaná compliance byla 75 %. Pokud to bylo nezbytné, mohli si pacienti vzít záchranou léčbu v podobě paracetamolu (500 mg) až do dávky 2000 mg za každých 24 hodin.

Primárním sledovaným parametrem byla funkce postiženého kolene a bolest v kloubu kvantifikované pomocí Lequesneova funkčního indexu. Sekundárním sledovaným parametrem bylo zlepšení absolutního i relativního skóre dílčích škál WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Index

verze 3.0: WOMAC-A (bolest kloubu), WOMAC-B (ztuhlost kloubu) a WOMAC-C (funkce kloubu). Kromě toho byly hodnoceny vybrané ukazatele systémového zánětu (sedimentace erytrocytů po 1 a 2 hodinách a sérová koncentrace CRP a spotřeba paracetamolu jako záchranné terapie).

Bezpečnost každé léčby byla hodnocena podle zaznamenaného výskytu, povahy, závažnosti a relevance všech nežádoucích příhod a také podle potenciálních nežádoucích reakcí na léčivý přípravek.

Provedení studie a integrity získaných dat monitorovala společnost Monitor Zentrale Deutschland (Sauerlach, Německo). Přesnost získaných dat kontrolovala společnost Clinical Research Facilities International (Schaijk, Holandsko).

Výsledky

Hodnoceno bylo 150 pacientů, kteří dokončili celých 12 týdnů sledování. 46 pacientů užívalo diklofenak, 52 užívalo Wobenzym a 52 užívalo placebo. Pohlaví, věk, tělesná hmotnost, výška, *body mass index*, počet měsíců od první diagnózy osteoartrózy kolene a doba trvání (v měsících) aktivních příznaků přítomných v době zařazení se mezi terapeutickými skupinami nelišily.

Zmírnění skóre bolesti a zlepšení funkce kloubu podle Lequesneova funkčního indexu se mezi pacienty léčenými Wobenzymem a diklofenakem nelišilo a v obou terapeutických skupinách došlo ke zlepšení v porovnání s placebem ($p < 0,05$), ve skupině léčené Wobenzymem použití záchrané medikace paracetamolem přitom bylo 8x nižší než u skupiny léčené diklofenakem a 20x nižší než u skupiny s placebem – viz níže. V případě celkového snížení skóre WOMAC nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi



Ilustrační foto: Shutterstock

oběma léčivými přípravky, jejich terapeutický efekt byl tedy srovnatelný. V obou terapeutických skupinách došlo ke zlepšení dílčí škály WOMAC-C, tedy schopnosti ujit po léčbě určitou vzdálenost, a rovněž došlo k významnému zlepšení pohyblivosti kolenního kloubu.

Užívání Wobenzymu bylo spojeno s nižším počtem příhod nadprahově nepříjemného pocitu bolesti v průběhu 12 týdnů studie, což je klinicky relevantní parametr. Potvrzuje to monitorování spotřeby záchrané medikace paracetamolem, které je nepřímým ukazatelem účinnosti. Medián počtu užitých tablet paracetamolu byl významně nižší ve skupině s Wobenzymem v porovnání s placebem (0,5 tbl./pac. za 12 týdnů oproti 10 tbl./pac. za 12 týdnů, $p < 0,05$), zatímco mezi diklofenakem (4tbl./pac. za 12 týdnů) a placebem na straně jedné a diklofenakem a Wobenzymem na straně druhé významný nebyl.

Výskyt nežádoucích účinků byl nejvyšší ve skupině s diklofenakem (15,6 %), ve skupině s placebem dosáhl 9,1 % a nejnižší byl zaznamenán ve skupině léčené Wobenzymem (7,2 %).

Závěry

Dle výsledků studie je Wobenzym srovnatelný s NSAID při zmírnění bolesti a zlepšení funkce u dospělých se středně závažnou až závažnou bolestivou OA kolene

a významně snižuje potřebu užívání analgetik (ve srovnání s diklofenakem 8x, ve srovnání s placebem 20x). Je tedy zřejmé, že uvedená kombinace enzymů může být v léčbě chronické OA kolene trvající 12 týdnů stejně terapeuticky účinná jako NSAID diklofenak.

Léčivý přípravek Wobenzym může být bezpečnou a účinnou variantou při každodenní léčbě dlouhodobé bolesti kloubů.

Wobenzym je také spojen s menším výskytem nežádoucích příhod, a proto může být vhodný pro dlouhodobé užívání.

Veškeré monitorované údaje tedy jasně naznačují nejen srovnatelnou účinnost Wobenzymu s NSAID, ale také lepší bezpečnostní profil v porovnání s NSAID při opakovaném užívání v průběhu celé studie.

(akt)

* Přípraveno podle Boltzen WW, Glaude MJ, Raum S, Ritz BW. The safety and efficacy of an enzyme combination in managing knee osteoarthritis pain in adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis*. 2015; Epub 2015 Jan 31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25802756>

** V této práci je „brandové“ označení Wobenzym použito pro léčivý přípravek přítomný na trhu v Německu pod názvem Wobenzym plus a v ČR/SR pod názvem Phlogenzym. Složení v 1 tbl. – bromelain 90 mg (odpovídá 450 F.I.P.-j.), trypsin 48 mg (odpovídá 24 ukat), rutin 100 mg.

Nové vydání učebnice urogynekologie anglicky a v elektronické podobě

Martan A.: New Surgical Techniques and Medical Treatment in Urogynecology. Treatment of Stress Urinary Incontinence, Pelvic Floor Defects, and Overactive Bladder in Women; Maxdorf, Praha, 2015

Jednou z nejprogresivnějších oblastí gynekologie je její subspecializace urogynekologie. Opinion leaderem dynamicky se rozvíjejícího oboru je na evropské úrovni prof. MUDr. Alois Martan, DrSc., urogynekolog a přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Profesor Martan se mimo jiné věnuje i popularizaci problematiky, která se týká zejména léčby inkontinence moči a rekonstrukčních operací pánevního dna. Jeho monografie „Nové operační a léčebné postupy v urogynologii, řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen“ vyšla poprvé v roce 2011 v nakladatelství Maxdorf a stala se jednou ze základních učebnic oboru. Druhé, rozšířené vydání je aktualizováno vzhledem ke stále přicházejícím novým metodám, ale rovněž na základě větších zkušeností s těmito operacemi. Novinkou druhého vydání je kapitola věnovaná farmakoterapii inkontinence moči a hyperaktivního močového měchýře.

Tištěná i elektronická podoba

Knižka je učebnicí pojatou poněkud jinak než ty, které už existují u nás i v zahraničí. Věnuje se více praxi, navíc formátem je příručkou do kapsy. Nakladatel

druhé, rozšířené vydání nechal přeložit do angličtiny a nyní ho vydává zároveň v tištěné a elektronické podobě. Úspěch již české verze učebnice byl dán novým a praktičtějším pojetím obsahu i formy sdělení. Informuje o anatomii, fyziologii, patofyziologii a vyšetřovacích metodách u poruch dolních močových cest, konzervativní a operační léčbě inkontinence moči. Je i shrnutím různých operačních postupů řešení inkontinence moči a rekonstrukce pánevního dna, přičemž operace jsou zde často podrobně popsány.

Neocenitelná příručka

Úvod k vydání v angličtině napsala profesorka Annette Kuhnová z Univerzity v Bernu (Švýcarsko). Monografii hodnotí jako výjimečnou knihu, která vyčerpávajícím způsobem probírá jednotlivá témata na základě autorovy dlouholeté klinické a vědecké zkušenosti. Podle profesorky Kuhnové je „neocenitelná pro všechny lékaře, kteří se připravují ke specializaci v urogynologii, a bude sloužit i jako příručka pro zkušené chirurgy. Nové techniky, stejně jako komplexní aspekty farmakoterapie, jsou prezentovány komplex-

ním a srozumitelným způsobem. Čtenář získává zcela aktuální přehled o subspecializaci urogynekologie. Kniha je vhodná také pro všeobecné gynekology, kteří se zajímají o urogynekologickou

problematiku, a stejně tak pro urology. V budoucnu se všechny obory medicíny budou stále více setkávat s problémem stárnutí populace. V urogynologii je pak zvláště důležité disponovat

určitým ‚repertoárem‘ chirurgických technik, které umožňují individualizaci chirurgické léčby. Tato kniha pomůže porozumění a volbě nejlepší techniky pro konkrétní pacientku.“

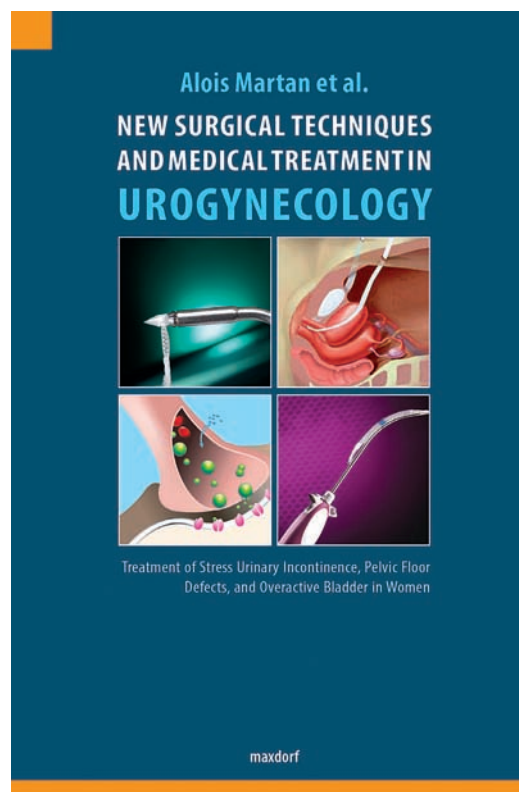
Esenciální přínos pro moderní urogynologii

Pregnatně a lapidárně svůj názor vyjádřil profesor Rechberger z Lublinu: „Tato velmi dobře srozumitelná kniha pokrývá všechny aspekty praktické urogynekologie s brilantními ‚tipy a triky‘ pro optimální terapeutické řešení u každé jednotlivé pacientky. Detailní popisy aktuálně prováděných chirurgických postupů mají mimořádnou praktickou hodnotu. Kniha prof. Martana představuje zásadní příspěvek k moderní urogynologii.“ Profesor Heinz Kölbl z Univerzity v Vídní knížku označil za „esenciální přínos k moderní urogynologii“.

Jak již bylo zmíněno, knížka je k dispozici v elektronické, tak i ve vydané „papírové“ podobě doslova do kapsy. Jsou zde QR kódy, které usnadňují nákup knihy či stažení krátkých videí několika operací. Kniha je mj. k dispozici na globálním portálu Amazon.com pod heslem „urogynecology“ či jménem autora.

Ocenit je třeba nejen autora a jeho počín, ale i odvážného českého nakladatele, který přišel na trh s elektronickým vydáním učebnice se záznamy na videu, a to za nízkou cenu. Snad to bude častější i u dalších odborných titulů.

Jana Jílková



Inzerce M151000524

Aktuality v alergologii a imunologii

Symposium se koná ve středu 3. 6. 2015 od 14.00 do 18.00 hodin v Žižkovské věži, Praha 3

GARANT ODBORNÉHO PROGRAMU:

doc. MUDr. Vít Petřů, CSc.
Centrum alergologie a klinické imunologie,
Nemocnice Na Homolce, Praha

Účastnický poplatek 350 Kč za osobu

Přihlášení na akci:

V případě zájmu svou přihlášku vyplňte na adrese:

www.lkcr.cz – sekce vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu je 68/15, evidenční číslo (EČ) 39189

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce. Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16. Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena 5 kredity.

- | | | | |
|-------------|---|-------------|---|
| 14.00-14.05 | - doc. MUDr. Vít Petřů, CSc. zahájení akce, úvod do problematiky* | 16.20-16.35 | - Satelitní sympozium GlaxoSmithKline:
prim. MUDr. Lenka Povýšilová
První klinické zkušenosti s léčbou kombinací flutikason furoát/vilanterol v léčbě astmatu – kasuistiky* |
| 14.05-14.30 | - MUDr. Irena Krémová, CSc. Hereditární angioedém – diferenciální diagnostika* | 16.35-17.00 | - doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc. Antihistaminika a jejich užití v klinické praxi* |
| 14.30-14.55 | - MUDr. Ester Seberová Alergická rýma a její vztah k astmatu* | 17.00-17.25 | - MUDr. Martin Fuchs Alergie na potraviny u kojenců a batolat* |
| 14.55-15.20 | - MUDr. Lenka Sedláčková Diagnostika lékové alergie* | 17.25-17.50 | - doc. MUDr. Vít Petřů, CSc. Anafulaxe – život ohrožující alergie* |
| 15.20-15.45 | - doc. MUDr. Petr Kučera, Ph.D. Mastocytóza a alergie* | 17.50-18.15 | - Jaroslava Šimoničková Adrenalinový autoinjektor v klinické praxi – workshop* |
| 15.45-16.00 | - Satelitní sympozium CSL Behring s.r.o.:
MUDr. Pavlína Králičková
Imunoglobulinová substituční léčba u nemocných s primárními imunodeficity* | | |
| 16.00-16.20 | - přestávka na kávu | | |

* Diskuse následuje po každé přednášce

HLAVNÍ PARTNER

CSL Behring
Biotherapies for Life™



PARTNER

Shire

Postgraduální akademie



Postgraduální medicína
JE OFICIÁLNÍM TITULEM
CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ
LÉKAŘŮ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOBORY

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Lékař-gynekolog

KLINIKA REPRODUKČNÍ MEDICÍNY

A GYNEKOLOGIE ZLÍN

vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pozice:

■ lékař/lékařka - gynekolog (IVF specialista)

Praxi v oboru vítáme, ale není podmínkou. Nástup možný ihned.

Požadujeme:

- atestaci z gynekologie a porodnictví,
- způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění,
- znalost práce s PC,

- flexibilitu, komunikativnost, samostatnost, spolehlivost, odpovědnost,
- znalost anglického jazyka na komunikativní úrovni, znalost dalších jazyků výhodou (FJ, RJ),
- zájem o práci v oblasti asistované reprodukce.

Nabízíme:

- dobré platové podmínky,
- práci na plný úvazek,
- profesionální zázemí a stabilní zaměstnání,
- profesní růst,
- zapojení do klinické týmové práce a do vědeckovýzkumných projektů,
- možnost účastnit se vzdělávacích akcí odborných společností na národní i mz. úrovni,
- zaměstnanecké benefity (příspě-

vek na stravování, týden dovolené navíc aj.).

K písemné žádosti je třeba doložit:

- fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace, licence apod.),
- profesní životopis, motivační dopis, případně doporučení,
- fotokopii výpisu z rejstříku trestů.

Písemné přihlášky zasílejte na adresu: Mgr. Martina Brokešová, Klinika reprodukční medicíny a gynekologie Zlín, U Lomu 638, Zlín, PSČ 760 01, nebo e-mail: martina.brokesova@ivfzlin.cz

Bližší informace: Mgr. Martina Brokešová, tel: 577 005 911, martina.brokesova@ivfzlin.cz

M151000518

Koordinátor kvality

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S.,

vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

■ koordinátor kvality laboratoří

Bližší informace naleznete na adrese: www.nemlib.cz, odkaz kariéra.

M151000520

Lékař/lékařka

ŘEDITEL MEDI HELP, SPOL. S R. O., MASARYKOVO SANATORIUM DOBŘÍŠ,

vyhlašuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ lékař v zařízení následné péče

Podmínkou atestace I. stupně z interny nebo základního klinického oboru.

Individuální mzdové podmínky dle kvalifikace při osobním jednání. Přihlášku s profesním životopisem zasílejte na e-mail: jn.mlezivova@seznam.cz.

M151000514

Primář

ONK, A. S., NEMOCNICE KUTNÁ HORA

vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

■ primář/-ka ARO

Požadujeme:

- VŠ vzdělání, licenci ČLK pro výkon funkce primáře v oboru anesteziologie a intenzivní medicína,
- specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína,
- řídicí, organizační a komunikační schopnosti,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- smluvní mzdu,
- zaměstnanecké benefity,
- možnost ubytování.

Přílohy k přihlášce k výběrovému řízení:

- podrobné CV uchazeče,
- kopie dokladů odborné způsobilosti,
- výpis z trestního rejstříku,
- potvrzení o zdravotní způsobilosti.

Lhůta pro podání přihlášky: do 15. 6. 2015

Přihlášky zasílejte na adresu: ONK, a. s., ředitelství nemocnice Kutná Hora, Vojtěšská 237, 284 30 Kutná Hora

M151000431

Vedoucí lékaře

ŘEDITELKA LÉČEBNÝCH LÁZNÍ LÁZNĚ KYNŽVART

vyhlašuje výběrové řízení na místo:

■ vedoucí lékař Léčebných lázní Lázně Kynžvart

Kvalifikační požadavky:

- VŠ lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru pediatrie nebo rehabilitace a fyzikální medicíny, případně v jiném oboru léčených indikací,
- odborná způsobilost v oboru pediatrie,
- minimálně 5 let praxe ve vedoucí funkci, (praxe v lázeňství výhodou), managerské dovednosti a zkušenosti s vedením týmu,

Nemocnice Písek, a. s.

přijme **lékaře**, absolventy fakult nebo specialisty

pro oddělení:

- **dětské**
- **interna**
- **neurologie (iktové centrum)**
- **radiodiagnostické**

Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení
- **jednorázový náborový příspěvek**
- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti
- možnost bezúplatného profesního růstu
- zaměstnanecké benefity
- zajištění ubytování (1+1, garsonka)

Přihlášky zasílejte na adresu:

Nemocnice Písek, a. s.,
Karla Čapka 589,
397 01 Písek
tel.: 382 772 001,
e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

Inzerce M151000495

- znalost práce na PC na uživatelské úrovni,
- znalost cizího jazyka výhodou,
- zdravotní způsobilost,

Hledáte stabilní zaměstnání v moderní a prosperující mezinárodní společnosti, která vám nabídne příjemné pracovní prostředí a řadu zaměstnaneckých benefitů dle vašeho výběru? Zapojte se do našeho kolektivu lékařů dialyzačních středisek NephroCare a staňte se součástí týmu společnosti Fresenius Medical Care - DS. Společnost patří k německému koncernu Fresenius SE & Co. KGaA, který zaujímá celosvětově vedoucí postavení mezi výrobci vysoce kvalitního přístrojového a materiálového vybavení v oblasti hemodialýzy, peritoneální dialýzy, infuzní a transfúzní techniky. Jako poskytovatel zdravotních služeb a vysoce specializované lékařské péče provozuje 3 225 dialyzačních středisek v téměř 60 zemích světa. V České republice jich pod názvem NephroCare naše společnost provozuje celkem 22.

Na naše dialyzační střediska v **Benešově, Hlinsku, Chomutově, Chrudimi, Kadani, Kladně, Koline, Lounech, Mariánských Lázních, Mělníku, Mostu, Plzni, Praze a ve Staném** hledáme kolegu/kolegyni na pozici:

Lékař/Lékařka

Požadujeme:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání lékaře dle § 4 zákona č. 95/2004 Sb.,
- atestaci z nefrologie nebo interního lékařství, případně ukončený základní interní kmen, případně alespoň zahájení specializačního vzdělávacího programu v oboru nefrologie,
- členství v České lékařské komoře,
- potvrzení o profesní bezúhonnosti,
- vynikající komunikační dovednosti a lidský přístup,
- organizační schopnosti, spolehlivost a odpovědnost.

Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení,
- práci v přátelském kolektivu,
- moderní a příjemné pracovní prostředí,
- nejnovější technologie a práci s nimi,
- možnost dalšího vzdělávání a rozvoje,
- šest týdnů dovolené,
- stravenky,
- zdravotní péči, příspěvky na nadstandardní péči a lékařské zákroky,
- příspěvky na penzijní a životní pojištění, sportovní aktivity, kulturu či dovolenou dle vašeho výběru,
- zvýhodněný tarif mobilního operátora pro vás i vaše rodinné příslušníky,
- možnost práce na nižší úvazek, minimálně 0,5.

Kontakt:

Fresenius Medical Care - DS, s.r.o.
Šárka Málková
sarka.malkova@fmc-ag.com

FRESENIUS MEDICAL CARE

Inzerce M151000378

ezú elektrotechnický zkušební ústav

HLEDÁME LÉKAŘE



s praxí v nemocnici,
ideálně v oboru:

- ortopedie • kardiologie
- plastická a estetická chirurgie

na pozici:

- klinického hodnotitele zdravotnických prostředků

Jako hodnotitel budete:

- hodnotit klinické části dokumentace zdravotnických prostředků při posuzování shody dle požadavků platné legislativy EU a ČR a interních předpisů EZÚ
- připravovat hodnotící zprávy • komunikovat s klientem o klinických a medicínských aspektech zakázek

Bližší informace na: www.pracevezu.cz

Inzerce M151000497

PERSONÁLNÍ INZERCE

- bezúhonnost,
- řidičský průkaz sk. B.

K přihlášce připojit:

- životopis zaměřený na přehled dosavadní odborné praxe,
- doklady o vzdělání (ověřené kopie),
- doklady podle zákona č. 451/1991 Sb. v platném znění (osvědčení + čestné prohlášení),
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců,
- souhlas k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, pro účely tohoto výběrového řízení,
- návrh koncepce řízení lékařského týmu Léčebných lázní Lázně Kynžvart.

Písemné přihlášky k výběrovému řízení (VŘ) zasílejte poštou nebo osobně doručte v zalepené obálce s označením „VŘ – vedoucí lékař“ do 8. 6. 2015 do 9:00 hod. na adresu: Léčebné lázně Lázně Kynžvart, Lázeňská 295, 354 91 Lázně Kynžvart

M151000441

Volná místa

Více pozic

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ přijme zaměstnance na pozici:

- **všeobecná sestra pro pracoviště:**
Neurochirurgická klinika a kardiologické oddělení

Požadavky:

- všeobecná sestra dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb.,
- vyšší zdravotnické nebo vysokoškolské vzdělání v oboru ošetřovatelství,
- osvědčení k výkonu zdravotní

- nického povolání bez odborného dohledu,
- specializační vzdělání v oboru intenzivní péče výhodou,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- pozice vhodná i pro absolventy.

■ **lékař pro Kliniku pracovního lékařství**

Požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- ukončený základní kmen v oboru vnitřní lékařství výhodou,
- praxe v interních oborech, ortopedii nebo praktickém lékařství pro dospělé vítána,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Písemné přihlášky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi, doklady o dosaženém vzdělání a platným výpisem z trestního rejstříku zasílejte do 10 dnů po uveřejnění na adresu:

Fakultní nemocnice Plzeň, oddělení personálního řízení a organizace, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň.
E-mail: grubrova@fnplzen.cz, tel.: 377 402 223

M151000454

Lékař

INTERNÍ ODDĚLENÍ (GASTROENTEROLOGIE) NEMOCNICE TÁBOR, A. S., přijme do pracovního poměru:

- **lékaře pro oddělení interna 1 – gastro**

Požadujeme:

- ukončené vzdělání na LF v programu všeobecné lékařství,
- specializovaná způsobilost v oboru vítána,
- vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek,
- pracovní poměr na dobu určitou, s výhledem na trvalý pracovní poměr,
- mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání,
- dobré podmínky pro další vzdělávání v obou interní lékařství a gastroenterologie 1. st.,
- zajímavou práci v mladém kolektivu.

Nemocnice Tábor, a. s., má udělenou akreditaci pro obor interní lékařství a gastroenterologie.

Nástup možný dle dohody. Bližší informace podá: MUDr. Ladislav Douša, primář oddělení, tel.: 381 606 000, mobil: 737 266 127; e-mail: ladislav.dousa@nemta.cz

M151000460

Lékař

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA PŘIJME LÉKAŘE PRO PRACOVÍŠTĚ:

- **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, případně absolventa;
- **oddělení psychiatrického** se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo lékaře zařazeného do oboru specializačního vzdělávání, případně absolventa;
- **léčebny dlouhodobě nemocných v Klokočově** se specializovanou způsobilostí v oboru geriatry nebo vnitřní lékařství nebo lékaře zařazeného do oboru specializačního vzdělávání, případně absolventa;

Inzerce M151000455

ARZT FÜR ALLGEMEIN-MEDIZIN (w/m) mit ius practicandi

Moorheilbad
HARBACH
Gesundheits- & Rehabilitationszentrum

Das Moorheilbad Harbach ist ein modernes Gesundheits- und Rehabilitationszentrum mit den Schwerpunkten Kur und Orthopädische Rehabilitation in Moorbad Harbach, NÖ. (Prag 183 km, Budweis 44 km, České Velenice 21 km)

Ihre Aufgabe
Sie arbeiten in einem multiprofessionellen Team in den Bereichen Kur (Stütz- und Bewegungsapparat), orthopädische Rehabilitation sowie ganzheitliche Medizin und Prävention.

Wir bieten
ein partnerschaftliches und innovatives Arbeitsumfeld, geregelte Dienstzeiten (langfristige Planung), Teilzeit und Dienstwohnung möglich.
Bruttogehalt ab € 57.000,- (Vollzeit/40 Stunden).
Überzahlung je nach Berufserfahrung,
Dienstort: 3970 Moorbad Harbach

Voraussetzung
gute Deutschkenntnisse, Berufszulassung in Österreich

Bewerbungen und Rückfragen: Mag. Dr. Christina Lohninger, christina.lohninger@moorheilbad-harbach.at, Tel. +43 (0)2858/5255-1617, www.moorheilbad-harbach.at

- **Chirurgické kliniky** s absolvovaným nebo dobíhajícím kmenem, případně absolventa;
- **Traumatologického centra** s absolvovaným nebo dobíhajícím kmenem, případně absolventa;
- **Gynekologicko-porodnické kliniky** s absolvovaným nebo dobíhajícím kmenem, případně absolventa;
- **Ústavu patologie** se specializovanou způsobilostí v oboru patologická anatomie, vědecký titul výhodou.

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 převa



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 5/2015

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicina a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Caban,
Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkín Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
Mgr. Alena Srdíková
Ing. Bc. Irena Kouřilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce

Jana Schrammová
tel. 225 276 380, 725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz



MILADÁ FRONTA

generální ředitel

Ing. David Hurta

ředitel divize Medical Services

Karel Novotný

DTP
retuš Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby
Soňa Štarhová
koordinátor výroby a distribuce divize
Medical Services
Monika Snádrová
tel. 225 276 392,
e-mail: snadrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
IČ: 01847082

adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21, Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Videnská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

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


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

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 21. 5. 2015

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2015
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

PERSONÁLNÍ INZERCE



**Centrum sociálních služeb
Praha 2**
hledá

- lékaře z oboru geriatrie
- internistu
- všeobecného praktického lékaře

Bližší informace o spolupráci podá ředitelka organizace
Mgr. Martina Polanská,
mobil.: 602 683 016
e-mail: reditelstvi@cssp2.cz

Nabízíme dobré platové podmínky.

V případě trvalého pracovního poměru také možnost přidělení služebního bytu a další.
Centrum sociálních služeb Praha 2
Máchova 14, Praha 2
www.cssp2.cz

Inzerce M151000301

o zaměstnance, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava – Poruba nebo na e-mail: tereza.lyckova@fno.cz.

M151000485

Staniční lékař

**FAKULTNÍ NEMOCNICE
OSTRAVA,
KARDIOCHIRURGICKÉ
CENTRUM,**
přijme:

■ staničního lékaře lůžkového oddělení

Požadujeme:

- zkušenost s prací na kardiologickém, kardiovaskulárním nebo interním oddělení,
- specializaci z kardiologie nebo vnitřního lékařství,
- znalost práce s PC,

- výborné komunikační a organizační schopnosti.

Nabízíme:

- perspektivní a zajímavou práci na dynamicky se rozvíjejícím pracovišti,
- 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 a doklady o vzdělání 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.

M151000486

Lékař – neurolog

**NEUROLOGICKÉ ODDĚLENÍ
NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,**
přijme do pracovního poměru:

■ lékaře pro oddělení neurologie

Požadujeme:

- VŠ lékařství, specializovanou způsobilost v oboru,
- uvítáme zařazení v přípravě na obor neurologie či atestaci z neurologie,
- vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek,
- pracovní poměr na dobu určitou, s výhledem na trvalý pracovní poměr,
- mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání,
- dobré podmínky pro další vzdělávání.

Nemocnice Tábor, a. s., má udělenou akreditaci pro obor neurologie.

Nástup od 1. 5. 2015, popřípadě dle dohody.

Bližší informace podá: MUDr. Alexandr Orel, primář oddělení, tel.: 381 606 200, mobil: 603 224 804, e-mail: alexandr.orel@nemta.cz.

M151000405

Lékař

**INFEKČNÍ ODDĚLENÍ
NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,**
přijme do pracovního poměru:

■ lékaře pro oddělení infekce

Požadujeme:

- VŠ lékařství, specializovanou způsobilost v oboru,

 Ředitel Nemocnice JIHLAVA, příspěvková organizace, vypisuje výběrové řízení na pracovní pozici:

VRCHNÍ SESTRA centrálních operačních sálů a centrální sterilizace

Požadavky:

- způsobilost k výkonu zdravotnického povolání na území ČR v souladu se zákonem
- č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních
- vzdělání ÚSO, VOŠ, Bc. nebo Mgr. v oboru se zaměřením na zdravotnictví výhodou
- osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu
- ukončené specializační vzdělání v oboru instrumentování na operačních sálech nebo dle nového vzdělávacího programu perioperační péče podmínkou
- ukončené specializační vzdělávání v oboru organizace a řízení ve zdravotnictví výhodou
- dobré komunikační, organizační a manažerské schopnosti
- praxe ve vedoucí funkci výhodou
- znalost práce na PC
- 10 let praxe v oboru, z toho minimálně 5 let praxe při instrumentování u základních chirurgických oborů, např. všeobecná chirurgie, gynekologie, úrazová chirurgie a ortopedie
- občanská a morální bezúhonnost

Náležitosti:

- přihláška k výběrovému řízení (název funkce, organizace, jméno a příjmení uchazeče, datum a podpis)
- strukturovaný profesní životopis
- přehled odborné praxe
- ověřené doklady o dosaženém vzdělání
- potvrzení o zdravotní způsobilosti
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíce
- písemná koncepce řízení oddělení v uvedené funkci
- souhlas s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení

Písemné přihlášky vč. telefonního spojení zasílejte do 8. června 2015 na adresu: Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, Ludmila Pysková, vedoucí OPM, Vrchlického 59, 586 33 Jihlava.

Bližší informace o pracovišti podá Mgr. Jarmila Cmunťová, náměstkyně ošetřovatelské péče, tel.: 567 157 629.

Inzerce M151000414

- uvítáme zařazení v přípravě na obor infekční lékařství,
- vhodné i pro absolventy VŠ.

■ vrchní sestru chirurgicko-traumatologického oddělení

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídicí schopnosti, vr. sestry: SZŠ, VŠ-PSS, praxe

Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, možnost ubytování.

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

M151000522

Primář

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

■ primáře na chirurgii

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídicí schopnosti.

Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, byt k dispozici.

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

M151000444



Zajímavé pracovní příležitosti v zahraničí

Ziskejte mezinárodní zkušenost

HLEDÁME ZDRAVOTNÍ SESTRY, FYZIOTERAPEUTY, PORODNÍ ASISTENTKY, ZÁCHRANÁŘE, LÉKAŘE A DALŠÍ ZDRAVOTNICKÉ PROFESE

NABÍZÍME

- Pracovní místa v prověřených nemocnicích
- Nadstandardní platové ohodnocení s řadou benefitů
- Přípravné kurzy v angličtině (i pro začátečníky)
- Asistence po odletu a průběžné poradenství
- Vyřízení cestovní administrativy

„Vy pečujete o druhé, my pečujeme o Vás“

G5+
Mezinárodní kariéra ve zdravotnictví

Další informace najdete na www.g5plus.com nebo volejte bezplatnou infolinku **800 88 88 96**.

Inzerce M151000317

Primář

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme pro nově otevřené lůžkové rehabilitační oddělení:

■ primáře RHB

Požadavky: VŠ, atestace v oboru + specializovaná způsobilost v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, licence ČLK – primář.

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

M151000358

Dermatolog

Hledáme dermatologa pro Kožní kliniku Achillea v Praze 8, která se specializuje na chronická kožní onemocnění. Široké spektrum diagnóz, včetně možnosti rozvoje v estetické a korektivní dermatologii. Moderní pracoviště, příjemné pracovní prostředí, motivační odměňování, lidsky fungující tým, dobrá dopravní dostupnost. Akreditace MZ pro specializační vzdělávání.

Více na www.achillea.cz, nebo na tel.: 603 222 123.

M151000361

Lékař RHB

NEMOCNICE NA HOMOLCE

přijme pro oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny lékaře L3 se specializovanou způsobilostí RFM (FBLR), lékaře L2 s absolvovaným společným kmenem, případně lékaře L1.

Praxe na interním či neurologickém oddělení výhodou. Možnost i na zkrácený pracovní úvazek. Vhodné i pro důchodce.

Nabízíme profesní růst, podporu vzdělávání, velmi dobré platové podmínky, program zaměstnaneckých benefitů.

V případě zájmu kontaktujte paní Věru Pokojovou,
tel.: 603 440 145.

M151000388

Gynekolog, porodník

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ V PRAZE
přijme:

■ lékaře v oboru gynekologie a porodnictví

Požadujeme ukončený základní kmen, atestace v oboru vítána. Nabízíme zázemí stabilní společ-

nosti s tradicí, příjemný kolektiv, 5 týdnů dovolené, příspěvek na stravování, jazykové kurzy a další benefity. Možnost zajištění pronájmu bytu v blízkosti pracoviště. Nástup dle dohody.

Kontakt: personalni@upmd.eu,
tel.: 296 511 240, 800.

M151000285

Anesteziolog

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ V PRAZE
přijme:

■ lékaře anesteziologa

Požadujeme atestaci v oboru. Nabízíme zázemí stabilní společnosti s tradicí, příjemný kolektiv, 5 týdnů dovolené, příspěvek na stravování, jazykové kurzy a další benefity. Možnost zajištění pronájmu bytu v blízkosti pracoviště. Nástup dle dohody.

Kontakt: personalni@upmd.eu,
tel.: 296 511 240, 800.

M151000287

Lékař-psychiatri

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA LNÁŘE

hledá lékaře, příp. absolventa LF se zájmem o obor psychiatrie.

Nabízíme byt 3+1 nebo 2+1 přímo v areálu léčebny, dobré pracovní podmínky, nadstandardní platové ohodnocení, možnost odborného růstu, při stabilizační dohodě významný podíl na nákladech na vzdělání (úhrada seminářů, kurzů atd.).

Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl,
tel.: 724 002 111, e-mail: vmuchl@email.cz,
prim. MUDr. Jana Zahradníková,
tel.: 605 164 841, e-mail: sekretariat@pllnare.cz

M151000358

Lékař - kardiolog

MĚSTSKÁ NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE (PRAHA 9)

přijme do kardiologické ambulance lékaře/ku. Specializovaná způsobilost v oboru kardiologie podmínkou.

Velmi dobrá dopravní dostupnost (přímo u stanice metra B), nadstandardní a motivující platové ohodnocení, benefity.

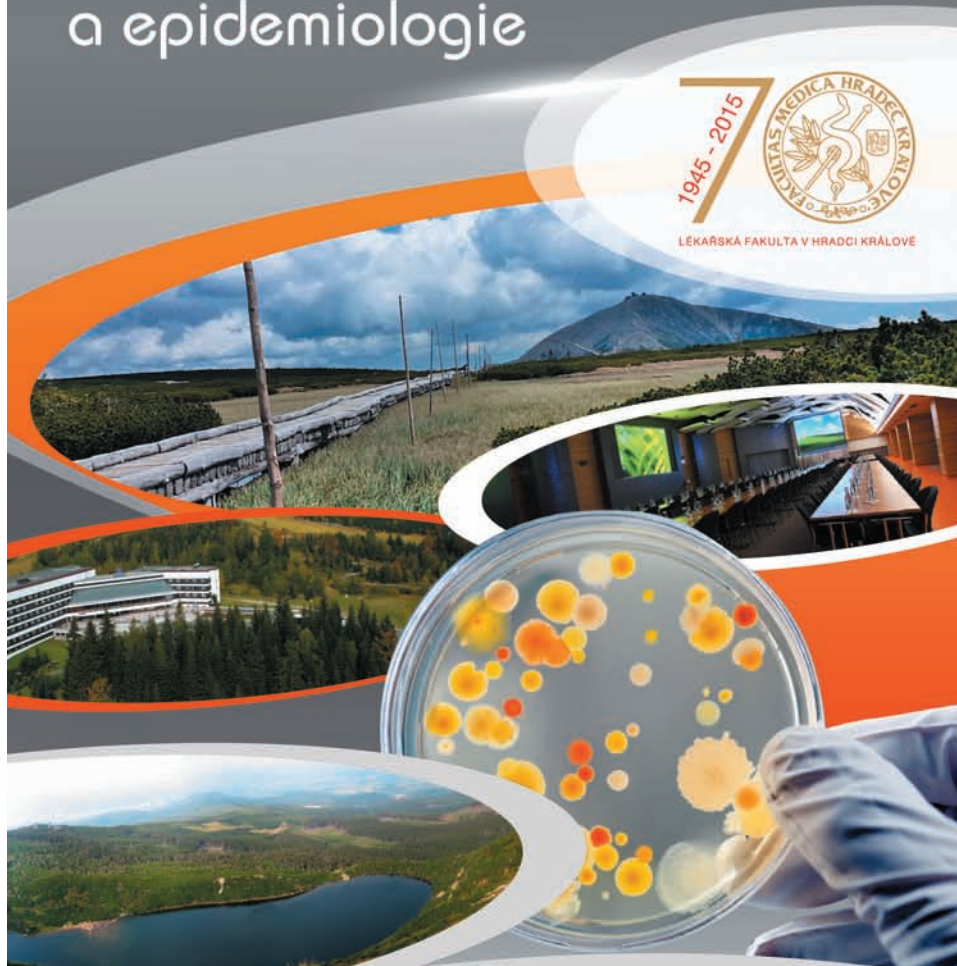
Částečný úvazek možný.

Kontakt: p. Vašínková,
tel: 284 000 824,
e-mail: vasinkova@mnnp.cz

M151000291

KONGRES klinické mikrobiologie, infekčních nemocí a epidemiologie

Kongres se pořádá
v rámci oslav 70 let
lékařské fakulty UK
v Hradci Králové



23. – 25. září 2015

Kongresové centrum
Harmony Club Hotel
Špindlerův Mlýn – Bedřichov 106



Organizace:
Congress Prague



Prezident kongresu:
Doc. MUDr. Stanislav Plíšek, Ph.D.

Pořadatelé kongresu:
Česká společnost infekčního lékařství ČLS JEP
Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP
Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP
Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK Hradec Králové

www.congressprague.cz/kmine2015



Obuv vyvinutá s využitím nejnovějších poznatků z oblasti konstrukce, odolnosti a vhodnosti obuvnických materiálů pro denní nošení i extrémnější pracovní zátěž. Do vývoje byly zakomponovány atributy trekingové a turistické obuvi.



Sawany®

Pohodlně. Zdravě. Lehce. Bezpečně.

Lehká a vzdušná obuv **Bonno Sawany®** je pevně spojená s chodidlem čímž je eliminováno namáhání prstů a svalů v klenbě chodidla.

Je testována a schválena akreditovanou zkušební laboratoří pro certifikaci obuvi a OOP. Má vynikající schopnosti tlumit **nárazy a vibrace při došlapu**, včetně výborných **protiskluzných** vlastností za mokra (SRA). Myslete na své zdraví při výběru obuvi pro celodenní nošení.

Obuv **Bonno Sawany®** vám pomůže zpříjemnit den.



BONNO®

Objednávky na adrese:
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.
Husova 523
370 21 České Budějovice
oopp@bonno.cz