



ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



9/2015

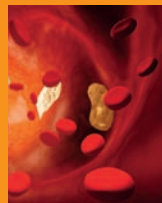
MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 21. 9. 2015



Z DOMOVA
Odstartovaly nové
preventivní programy

STRANA 6



Z MEDICÍNY
Kardiometabolický
syndrom

STRANA 37-42



SESTRA
Výživa
Jak se projevují
malnutrice či obezita
na hojení dekubitů

STRANA 24

Senátoři žádají přímou volbu do dozorových orgánů pojišťoven

Požadavek, aby klienti zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven měli právo volit představenstvo a dozorčí radu (nebo dokonce i přímo kandidovat), dostal podobu ústavní stížnosti, kterou v těchto dnech vznesla skupina 19 senátorů. Slibují si lepší kontrolu veřejných prostředků.

„Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny v ČR hospodaří se stovkami miliard korun, které musejí občané povinně odvádět na zdravotnictví. Pojišťovny je pak mohou utrácet bez kontroly klientů nejen na zdravotní péči, ale i na luxusní limuzíny managementu. Takový je reálný stav v ČR od té doby, co byla v éře ministra zdravotnictví Davida Ratha zrušena možnost, aby

členy orgánů pojišťoven volili přímo pojištěnci,“ uvádí právní zástupce Štěpán Holub.

Konec ochrany úzkých zájmů

Senátoři chtějí změnit současný stav, kdy „zákon dává moc volit, lépe řečeno dosazovat, členy správních a dozorčích rad politikům a největším zaměstnavatelům, pří-

padně jejich odborovým organizacím. Ti *de facto* dosazují kandidáty, kteří chrání jejich úzké zájmy. V praxi není žádná veřejná kontrola nad tím, kdo v orgánech pojišťoven zasedá a co ve své funkci dělá. Prostředky veřejného zdravotního pojištění mohou být utráceny nejen v zájmu klientů, ale také různých politicko-ekonomických skupin,“ (pokračování na straně 2)

V sazebníku vzroste cena práce lékařů i odměna za orgány

Ministerstvo zdravotnictví postupně odkrývá změny, které budou součástí úhradového mechanismu pro příští rok. Úřad oznámil, že v seznamu zdravotních výkonů bude zvýšena úhrada práce lékařů a přibude také nový kód pro nemocnice spolupracující při transplantacích orgánů.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček oznámil, že v seznamu zdravotních výkonů od ledna 2016 navýší cenu práce kvalifikovaných lékařů (nositelů výkonů) o 10 % oproti současnému stavu, tedy ze 465 korun na 512 korun na

hodinu. MZ tak chce narovnat dlouhodobý nepoměr mezi cenou práce a cenou přístrojů a materiálu v jednotlivých výkonech. „Tento krok je součástí mé dlouhodobé snahy o lepší ohodnocení práce zdravotníků napříč obo-

ry. Po jednáních s prezidentem České lékařské komory Milanem Kubkem jsem rozhodl o navýšení ohodnocení práce lékařů v seznamu zdravotních výkonů,“ uvedl ministr Němeček.

(pokračování na straně 2)



Miloslav Ludvík:
Ministr musí být
povinně optimistický,
má to v popisu práce.

Foto: Michael Tomáš

Z DOMOVA

Senátoři žádají přímou volbu do dozorových orgánů pojišťoven

(pokračování ze str. 1)

obávají se senátoři, podle nichž by měl Ústavní soud zrušit klíčové paragrafy zákona o zdravotních pojišťovnách, podle kterých funguje současný systém dosazování členů správních a dozorčích rad zdravotních pojišťoven.

„Jen málokdy se stane, aby se tak velký počet senátorů z několika politických stran spojil ve věci ústavní stížnosti. Prímě zapojení pojištěnců zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, kterými je velká část českých občanů, do voleb orgánů těchto významných veřejných institucí může zdravotnický systém posunout na vyšší úroveň a podpořit diskusi mezi pacienty, lékaři a pojišťovny,“ uvedla jedna z navrhovatelek stížnosti, senátorka Alena Dermerová.

Konec prevence?

Naopak krizi systému zdravotnictví vidí v požadované změně prezident Svazu zdravotních pojišťoven a bývalý ředitel největší zaměstnanecké Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Jaromír Gajdáček. Podle něj by taková změna znamenala úplné zrušení principu, na kterém byly zakládány zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (ZZP).

„Postupně by to vedlo k systému založenému na jedné zdravotní pojišťovně v zemi a ke zdražení celého financování zdravotních služeb. Nyní jsou kontrolní orgány ZZP tvořeny tripartitně – z jedné třetiny zaměstnavateli coby největšími plátcí zdravotního pojištění, z jedné třetiny odbory coby zástupci občanů-pojištěnců a z jedné třetiny zástupci státu, tedy zástupci jmenovaní vládou, mnohdy politiky. Pokud nastane změna v zastoupení ve správních radách, znamenalo by to rovněž konec financování preventivních programů pro zaměstnavatele a jejich zaměstnance, jako jsou policisté, hasiči, horníci, zaměstnanci hutí a těžkého průmyslu či automobilek,“ upozornil Jaromír Gajdáček.

Nejednoznačný požadavek

Zapojení plátců do orgánů pojišťoven dlouhodobě požaduje také Unie zaměstnavatelských svazů ČR (USZ). „Zdravotní pojištění je hrazeno zaměstnanci a zaměstnavateli. Bylo by tedy logické, aby obě strany měly své zástupce v správních a dozorčích radách všech zdravotních pojišťoven. V minulosti tomu tak skutečně by-

lo a sociální partneři (tedy zástupci centrálních odborových svazů a zaměstnavatelských organizací) své zástupce v těchto orgánech měli. V době, kdy ministerstvo zdravotnictví řídil tehdejší ministr David Rath, však došlo ke změně ve složení správních a dozorčích rad a ty jsou nyní zastoupeny téměř výhradně současnými či minulými politiky, případně vyššími úředníky vybraných ministerstev. Od té doby jsme několikrát vyzývali minulé i současného předsedu vlády, aby vláda akceptovala legitimní požadavek zapojení zástupců sociálních partnerů,“ sdělil naší redakci prezident UZS Jiří Horecký. Přesto je podle něj ústavní stížnost senátorů relativní. „Argumentace senátorů, tedy že samotný fakt, že je někdo plátcem pojistného systému (v tomto případě veřejného zdravotního pojištění), ho opravňuje k možnosti volit si svého zástupce do správní či dozorčí rady, není zdaleka tak jednoznačný. Stejnou logikou bychom pak museli požadovat účast plátců např. ve vedení České správy sociálního zabezpečení nebo u komerčních pojišťoven pověřených výběrem povinného úrazového pojištění,“ podotkl Jiří Horecký.

Petra Klusáková

V sazebníku vzroste cena práce lékařů i odměna za orgány

(pokračování ze str. 1)

Více pro ty, kdo pracují hlavou

Jak pro naši redakci uvedl prezident ČLK Milan Kubek, navýšení ceny práce je správnou cestou, protože tato byla dosud dlouhodobě podhodnocena. Desetiprocentní nárůst je dle jeho slov kompromisním řešením oproti jeho návrhu zvýšit cenu práce o 20 %. „Více si pomohou ti, kteří pracují hlavou a rukama, méně se to promítne do výkonů, kde podstatnou část tvoří přístroje. Problém je v tom, že zatímco v některých segmentech regulace funguje (například u ambulancních specialistů), jsou oblasti, kde se regulace provádí obtížně, třeba u práce záchranné služby nebo v nemocnicích. Dvacetipro-

centním nárůstem by v některých segmentech došlo k podstatnému zvýšení úhrad a naopak přísnějším regulacím u ostatních. Proto jsme se nakonec dohodli na 10 procentech,“ sdělil prezident Kubek s tím, že konkrétní dopad bude upřesněn v konečném znění úhradové vyhlášky, která musí být kvůli pozměňovacímu návrhu tzv. transparentní novely zařazena do Sbírky zákonů nově do konce října.

Podpora transplantací z regionů

Další změnou v seznamu výkonů bude od nového roku výkon č. 78890 – signální výkon indikace odběru orgánu a orgánů od zemřelého dárce. Výkon bude součástí novely vyhlášky, kterou se seznam zdravotních výkonů s bodovými

hodnotami vydává. Ministerstvo tak chce podpořit transplantační program, zejména motivaci regionálních nemocnic k součinnosti s transplantcentry. „Ministerstvo zdravotnictví přidá i úhradové vyhláše na příští rok tomuto výkonu úhradu ve výši 10 000 korun za každého pacienta, který je příjemcem orgánu nebo orgánů od zemřelého dárce. Nemocnici, která indikuje člověka vhodného k odběru orgánů, vznikají ve spojitosti s touto aktivitou vícenásobně a systém zdravotního pojištění zatím nezná způsob úhrady. Právě tento stav novinka vyřeší. Chceme tak motivovat zařízení akutní péče k nahlášení potenciálních dárců koordinačnímu centru transplantací,“ vysvětlil ministr Svatopluk Němeček.

Petra Klusáková

Úspory za léky

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) a Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) vyčíslily pololetní úspory vzniklé tlakem na snížení cen léků v ČR. Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) zase upozorňuje na riziko reexportů a podporuje návrh MZ na jejich legislativní úpravu.

Ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta zdůraznil, že uspořené prostředky nikam nemizí, ale zůstávají v systému a používají se jednak pro zvýšení počtu pacientů v léčbě, např. rozvolněním podmínek úhrady, nebo k úhradě velmi vzácných onemocnění, čímž se zvýší dostupnost léčby ve srovnání s minulým obdobím. Dopady letošních hloubkových revizí, které již byly nebo nyní budou zaneseny do systému cen a úhrad, vypočetl na 967 mil. Kč. Zkrácené revize v roce 2015 přinesou úsporu 829 milionů.

Jak ředitel Blahuta dále podtrhl, úspora v systému veřejného zdravotního pojištění nevylučuje úsporu ani pro samotné pacienty. „Dle dlouhodobých zkušeností MZ a SÚKL i v případě snížení úhrady nedochází k výraznému zvyšování doplteků, často zůstávají zachovány původní doplátky. Výrobci, distributoři a lékárníci zpravidla nevyužívají stanovenou maximální cenu a maximální obchodní přírůstek, dopad na pacienty je tedy nulový nebo minimální. V řadě případů navíc i při snížení maximální ceny a úhrady zůstává doplatek pacienta stejný, případně zůstává v dané skupině lék nebo léky bez doplátku,“ uvedl. Příkladem jsou antihistaminika, u nichž nyní SÚKL odhaduje po zkrácené revizi a snížení úhrady úsporu čtvrt miliardy ročně. V tuto chvíli je ve skupině hrazeno 15 přípravků plně a 7 dalších má korunový doplatek.

Naopak současnou hloubkovou revizí cytostatik (chlorambucil) a merkaptopurinu SÚKL ceny přípravků zvýšil, po dohodě se zdravotními pojišťovnami jsou ale léky i nadále plně hrazeny, protože jejich plnou úhradu vidí SÚKL jako nezbytnou.

Úspory do center

Úspěchy v lékové politice bilancovala také VZP. Za letošní první pololetí uspořila 449 milionů a dalších 265 milionů očekává do konce roku 2015. Většina úspor (350 milionů) za 1. pololetí plyne z pozitivních listů, které od jejich zavedení v roce 2013 přinesly pojišťovně téměř 2 miliardy úspor. Jak uvedl náměstek VZP Petr Honěk, u řady přípravků (Stacyl, Lozap, Tezeo) došlo díky zařazení na pozitivní list ke zvýšení jejich podílu na českém trhu (v průměru o 15 %). Jak náměstek Honěk zdůraznil, úspory pojišťovna používá na zkvalitnění zdravotních služeb,

například zaváděním nových léků pro centrovou péči. Za nové centrové léky nebo centrové léky, u nichž se rozšířila indikace, vydala letos VZP 302 milionů. Celkově náklady za centrové léky ve stejném období činily 3,7 miliardy korun, roční náklady letos poprvé přesáhnu 7 miliard. Náměstek Honěk odhaduje 10% plynulý růst vynaložených prostředků na centrovou péči i nadále.

Reexporty za 5 miliard

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) podpořila ministerstvem právě dokončovaný návrh novely zákona o léčivech č. 378/2007 Sb. Novela by měla do české legislativy zavést základní opatření proti reexportům. Jak upozornil výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček, reexport léků původně určených českým pacientům stále stoupá, a to i proto, že většina evropských států (včetně Slovenska, Polska či Maďarska) již legitimizovala opatření, která přeprodej léků v různé míře brání. „O co méně lze vyvézt z okolních zemí, o to více se nyní distributoři soustředí na český lékový trh,“ upozornil Jakub Dvořáček a dodal, že nová legislativa sice nezabrání reexportu, který je v souladu s volným pohybem zboží po EU, ale měla by ochránit české pacienty před akutním nedostatkem obtížně nahraditelných léků.

Analýzu reexportů za loňský rok ve spolupráci s AIFP a na základě veřejných dat SÚKL vytvořila farmakoekonomka Jana Skoupá. Z výsledků vyplynulo, že v roce 2014 bylo paralelně vyvezeno 6 milionů balení léků na předpis v hodnotě 5 miliard. Na marži distributoři za loňský rok vydělali asi 1 miliardu (20–30 % z 5 miliard). Distributoři se v poslední době více soustředí na dražší a specifické přípravky. Podle odhadů Jana Skoupé bude reexport i nadále stoupat, a to přibližně o 10 %.

Ředitel SÚKL Blahuta považuje úpravu reexportů v návrhu novely zákona o léčivech za „dobře řešenou“. V souvislosti s možností zveřejnit jména firem, které se reexporty zabývají, uvedl, že SÚKL může dodávat pouze agregovaná, anonymizovaná data, víc mu zákonné normy nedovolují. Jak dodal, distributoři se zveřejnění informací o sobě prostřednictvím svých právních zástupců brání.

Petra Klusáková

Jsou po politicích na řadě lékaři?

Moderní extenzivní přístup k výkladu a aplikaci trestního práva se po politicích dotkl také lékařů. Reagovat by měla hlavně komora.

Protikorupční policie, která se v posledních dvou letech stává jedním z hlavních hybatelů společenského dění, obvinila 15 praktických lékařů a 19 obchodníků s léky z korupčního jednání. V hledáčku má údajně další dvě stovky doktorů. Informace, s níž počátkem září přišel deník Dnes, celkem nápadně zapadá do obrazu zdravotnictví, který se snaží vykreslovat majitel listu a ministr financí Andrej Babiš. Ale to samo o sobě nemění nic na tom, že případ je zajímavý a může být pro české zdravotnictví hodně důležitý.

Výběr dle motivace

Podstatou případu je známá praxe motivace lékařů ze strany výrobců či distributorů léčiv k předepisování konkrétního přípravku. V případě zmíněných obviněných policie vyhodnotila tyto vztahy jako nabízení, respektive přijetí úplatku.

Bez detailních informací je samozřejmě brzy na jakékoli ostré soudy. Pokud by docházelo k tomu, že lékaři za odměnu předepisovali léky, které pacienti nepotřebovali, pak by stíhání či obvinění bylo vcelku pochopitelné. To je však krajně nepravděpodobné, protože od lékařů by byl takový postup nejen zavrženíhodný, ale také hloupý a postižitelný spíše jinými trestními paragrafy, než jsou ty úplatkářské. Pravděpodobnější je varianta, že se obvinění lékařů při preskripci léčiva potřebného pro pacienta rozhodovali při výběru mezi obdobnými variantami podle motivace poskytnuté výrobcem či distributorem léku.

Strach z oplétaček

Pak se ale vrtá otázka, zda se protikorupční policie nesnaží



Martin Čaban

v termínech trestního práva pojmenovat, podchytit a ztrestat prohřešek, který je spíše etický a morální. Právě v tom se nabízí podobnost mezi touto kauzou a mnoha případy stíhání politiků počínaje trojicí „odklizených“ poslanců z případu, kvůli němuž padla Nečasova vláda, a konče třeba bývalou pražskou radou v čele s Bohuslavem Svobodou. Problém s trestním stíháním politiků za jejich rozhodnutí je skutečně velký a postupně vede k paralýze politického rozhodování. Městské rady a starostové se jednoduše bojí vládnout, aby si nepřivodili oplétačky s policií. Jistě nelze po policii ani po státních zastupitelstvích chtít, aby nejednaly, jestliže mají podezření na trestný čin. Otázkou ale je, zda extenzivní přístup k uplatňování trestního práva i v oblastech,

jako je politika, morálka či etika, nemůže vést k podobnému efektu jako u politiků také u lékařů. Jestliže se lékaři budou bát jezdit na odborné konferenci a kongresy nebo spolupracovat na peregistračních studiích, aby na ně nepadlo podezření z korupce, nebo se z téhož důvodu budou obávat léčit tak, jak by jim radilo svědomí a zkušenost, může to mít katastrofální dopad.

Kodexy a etická pravidla

Jestli někdo má páky takového vývoji zabránit, je to především lékařská komora, která by měla mnohem důrazněji formulovat a vymáhat svá etická pravidla. Dobrým signálem z druhé strany je evropský etický kodex, na jehož základě by farmaceutické firmy měly od příštího roku informace o své spolupráci s konkrétními lékaři zveřejňovat. Jde ale o kodex výrobců originálních léků a producentů generik se ne-



ilustraci foto: Shutterstock

týká. Dalším důležitým hráčem je SÚKL, který podobné marketingové praktiky výrobců a distributorů léčiv začal sledovat a loni udělil rekordní pokutu firmě Teva za podezřelou peregistrační studii, z níž plynuly doktorům dle regulátora neuměřené peníze. Jestliže se sporné marketingové praktiky budou snažit vymýtit tyto instituce, jimž to přísluší, nebude snad zapotřebí do takto citlivé oblasti zatahovat neobratný a necitlivý nástroj trestního práva.

Inzerce M151000739

UZS
UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

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



Pozvánka
na konferenci

Péče o zdraví zaměstnanců

Akce se koná pod záštitou
poslance Parlamentu České republiky **Mgr. Romana Sklenáka**

15. 10. 2015 Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR

MÍSTO KONÁNÍ

Sněmovní 1, 118 00 Praha-Malá Strana

**Zveme Vás na unikátní konferenci
na stále aktuální témata**

Moderuje: Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA – prezident UZS ČR

Vybraná témata:

- Role zdravotní pojišťovny a zaměstnavatele při péči o zaměstnance
- Podpora nekuřáctví z pohledu zaměstnavatele
- Poradenství jako benefit z lékárny
- Kompenzace újmy na zdraví v širším kontextu
- Zdraví a trendy v zaměstnaneckých benefitech
- Součástí konference bude odborný diskusní panel k příkladům dobré praxe v ČR

**INFORMACE
POŘADATELE**

Informace a přihlášky
on-line na internetových
stránkách:

www.uzs-konference.cz

VSTUP ZDARMA.

Každý účastník musí být
řádně zaregistrovaný
a s platným osobním
dokladem.



ROZHOVOR

Status univerzitní nemocnice bude pro řízení Motola pružnější

Ředitel Fakultní nemocnice v Motole **Miloslav Ludvík** spojuje své jméno s největším českým zdravotnickým zařízením již 15 let. Jak se mu (FN Motol) vede?

**Ministr zdravotnictví Svato-
pluk Němeček již od podzimu
loňského roku považuje české
zdravotnictví za stabilizované,
stabilní je podle něj také většina
nemocnic. Sdílíte resortní
optimismus?**

Ministr musí být povinně optimistický, má to v popisu práce. Zdravotnictví vždy nejvíce škodilo to, že se v průměru co dva roky ministři střídají a že s příchodem nového ministra byly vyhlášeny nové reformy. Zdravotnictví potřebuje spíš plynulý provoz, takže když ministr Němeček nastoupil s tím, že povede resort normálním provozem, a nedělá do systému obří zásahy, tak je to v pořádku.

**Ministerstvo finišuje přípravu
úhradové vyhlášky. Lze už nyní
říci něco o jejím nastavení pro
příští rok?**

Pravděpodobně se o pět procent zvýší platy. Víc o ní nevím. Problém českého zdravotnictví zůstává fakt, že peníze nejdou za pacientem a v současném systému se navíc dá poměrně dobře účelově plavat. Dnes není tak velký problém postavit velkou nemocnici a vydělat na ní deset milionů. Pro mě je důležité, aby se nemocnici pokryly náklady, které exponenciálně rostou zejména u ultra drahé centrické péče. Tam je každoročně vidět markantní růst, třeba jen u léků. Problémem vyhlášky je, že dobře uhradí průměrnou medicínu, ale hůř zaplatí špičky. Pokud bych měl v tomto ohledu vyslovit přání, chtěl bych, aby se právě tuto velmi nákladnou péči v příštím roce podařilo zaplatit.

Hraje koeficient přechodu pojištěnců při výpočtu úhrady tak významně negativní roli, aby jej bylo nutné z vyhlášky pro letošní rok vyjmout, jak nedávno (neúspěšně) požadovala po Ústavním soudu skupina senátorů?

Koeficient pojištěnců nejhůře vychází pro Jihomoravský a Olomoucký kraj, kde je vypočten v záporných hodnotách – jinými slovy úhrada by zde byla dle

vyhlášky nižší. Problém je ale v tom, že když přejde pojištěnec VZP k zaměstnanecké pojišťovně, VZP za něj ještě rok hraď péči, ale podíl z jeho platu už rok dostává nově zvolená pojišťovna. Je to způsobeno vyhláškou, která základem úhrady stanoví předchozí rok. Na tom vždy vydělavaly zaměstnanecké pojišťovny a VZP prodělávala. Tenhle nespravedlivý vzorec koeficient přechodu narovnal.

Navíc vyhláška říká, že máte provést sto procent péče roku 2014, ale u každé pojišťovny, což pro Motol s 55 pracovišti znamená 55 rozpočtů krát 7 (zdravotních pojišťoven). Speciálně u malých pojišťoven ze severní Moravy, odkud do Motola přicházejí jen ti nejkomplicovanější pacienti, se může stát, že jeden rok přijde sto pacientů a druhý rok jen padesát. Jak pak dostat těm sto procentům předchozího roku? Jindy zase může přijít padesát pacientů a další rok sto, z nichž polovinu už nikdo nezaplatí. Koeficient přechodu pojištěnců v těchto případech dával smysl.

V úhradách péče je pro nemocnice ústřední vztah s VZP. Nedávno jste řekl, že pokud by úhrada lůžkové péče závisela na zaměstnaneckých pojišťovnách, nemocnice zkrachují. Proč?

To zjistíte z dat zaměstnaneckých pojišťoven, které víc platí ambulantním specialistům než lůžkovým zařízením. Nyní je navíc typický nešvar, kdy ambulantní specialista, který přivede k zaměstnanecké pojišťovně nového klienta, dostane za jeho prohlídku místo padesáti jednorázově například tisíc korun, a to i přesto, že má pacienta v péči už dvacet let. VZP je odpovědnější. Nechci zaměstnaneckým pojišťovnám křivdit, i ony mají nákladné pacienty, ale je dost běžné, že na počátku je velmi nákladně léčený pacient třeba u některé z nich, ale po půl roce už je u VZP. Bez debaty drží lůžkovou péči právě ona a dle statistik na ni dává víc než ambulantnímu sektoru. Zaměstnanecké pojišťovny



Foto: archiv FN Motol

naopak. A upřímně – kde vám zachrání život, v nemocnici, nebo v ambulanci?

MZ nevidí jako problém ani obří závazky po splatnosti (v řádu 90, ale i 180 dní), které nemocnice často mají. Jak dlouho může resort touto optimistickou optikou zadluženost nahlížet?

Paragraf 1963 nového občanského zákoníku říká, že splatnost faktury je třicet dní, v odůvodněných případech šedesát. Pokud je to to více, nastávají úroky z prodlení, které ustanovuje vládní vyhláška – dnes jsou ve výši 8 procent nad základní sazbou České národní banky, takže asi 8,05. Osm procent ze sta milionů ročně nejsou malé peníze. Klid zdravotníkům v tomhle směru nechápu, protože až se najde „šikula“, který tyto pohledávky koupí, bude mít tisíckárničku na penize. Bylo by skoro divné, kdyby v tuto chvíli již někdo v tomto směru nepůsobil. Situaci komplikuje i fakt, že státní nemocnice si nemohou půjčit v bance. Nejjednodušší by pro ně bylo půjčit si za půl procenta v bance a své dluhy zaplatit. Nezatěžoval by je úrok z prodlení 8 procent ročně, ale jen půl procenta bance. To nám ale nedovoluje zákon o rozpočtových pravidlech.

Letos je to 15 let, co vedete největší české zdravotnické zařízení s obratem 7,5 miliardy. Jako

manažer přímo řízené organizace máte ale ve svém rozhodování poněkud svázané ruce – dle pokynů zvyšujete mzdy, chystají se centrální nákupy. Jak hledáte rovnováhu mezi nařízením státu a ryze manažerským přístupem?

Hodně těžko. Velmi vítám to, že na ministerstvu se konečně rodí návrh zákona o veřejných neziskových organizacích, podle něhož by FN Motol měla být univerzitní nemocnicí. Zákon by nám měl umožnit pružněji reagovat. Naše nemocnice se v letošním roce přibližují hranici 8miliardového obratu a patří mezi padesát největších českých ekonomických subjektů, a to jak počtem zaměstnanců, tak právě obratem. Jenže pro nás platí zákony a nařízení, kterými se řídí okresní knihovna či městské divadlo na malém městě. My se pohybuje ve velkých podnikatelských vodách a nemůžeme například používat cizí zdroje, což by bylo výrazně výhodnější, máme také omezenou dispozici s vlastním majetkem, i samotná organizace v tomto režimu čím dál tím víc drhne. Pokud se podaří zákon prosadit, a myslím, že současný návrh je smysluplný, bude to pro nás výhodné.

Dostane nás to ze systému zákona o majetku České republiky a rozpočtových pravidel. Doposud patříme mezi státní příspěvkové organizace, které si samy hos-

podají, a pokud je problém, stát to dorovná. To ale není problém zdravotnictví, které nepracuje se státními penězi, ale s veřejnými prostředky. Se státními pouze do doby, kdy stát do vlastních zařízení investuje, typicky například do rekonstrukce a podobně. Nový zákon by nám měl umožnit ze systému rozpočtových pravidel, která jsou výborná pro divadla a knihovny, vypadnout.

Zmínili jsme centrální nákupy. Budou pro systém efektivní?

To je nesmyslná mantra ministerstva financí. Já tvrdím, že tímhle postupem vše jen zdraží. Každý, kdo bude do těchto soutěží své zboží nabízet, tak bude činit s přírážkou, vždy s ohledem na nejhůř platící nemocnici, nikdy ne s ohledem na tu nejlépe platící. Dnes jsou úrokové sazby nízké, takže ani nemusí být aktuální problém, ale přijde se zpožděním. Ještě to má ale druhý problematický aspekt. Projděte si deset nemocnic, oslovte deset profesorů a zeptejte se jaký materiál použít pro konkrétní zákrok. Neshodne se jich ani pět. A ani nemusejí být motivováni výrobcem, prostě jsou zvyklí deset let používat daný materiál, a pokud tím například zachraňují život dítěte, těžko jim vnutíte, aby používali jiný, na který nejsou zvyklí a sami mají obavu, že tou změnou mohou život pacienta ohrozit.

Pokud se ještě věnujeme bilanci nemocnice, dalším problémem z roku 2013 je devalvace měny a zvýšení DPH na speciální zdravotnický materiál z 15 na 21 procent. Jde o vlivy, které od roku 2013 kumulovaly a v roce 2015 vylučily. Co tohle všechno znamená pro výsledné cash flow FN Motol?

Zdravotnický materiál za pololetí 2013 činil 346 milionů, za 2015 už 443 milionů, tedy o 97 milionů víc, což je 14 procent. Nemáme ale ošetřeno o 14 procent pacientů více. Nemocnicí ročně projde 80 až 85 tisíc pacientů, obecně se jejich počet příliš nezvyšuje. Když očistíme čísla od navýšení kvůli metru a nárůstu indikací roztroušené sklerózy a onkologických diagnóz, vzestup je mírný a rozhodně to není 14 procent. Je to skutečně odraz růstu DPH a devalvace.

Pomohlo by systému zdravotnictví, kdyby se na zdravotní služby uvalilo DPH?

Takovou modelaci by muselo vytvořit ministerstvo financí. Odhadnout to nelze. Systém zdravotního pojištění by to zřejmě zatížilo a odnesly by to zdravotní pojišťovny. Ale je to velká otázka. DPH je logická v tom, že koncový příjemce platí všechno. Jenže v tomto případě je problematické toho koncového příjemce určit. Měla by to být pojišťovna? Pojištěnec? Pravděpodobně by se muselo zvýšit zdravotní pojištění.

A pokud by se české platy obecně zvýšily a do zdravotního pojištění by se tím pádem odvádělo víc?

Trend, kdy zvýšení platů znamená nárůst odvodů na zdravotní pojištění, pozorujeme už nyní. Sice si na zvýšení mezd jako vedení nemocnice stěžujeme, ale je pravda, že do jisté míry se prostředky do systému zdravotního pojištění touto cestou vrátí.

Letos FN Motol nad rámec obrotu dostala navíc paušálem 200 milionů, jen na platy (zvýšovaly se v listopadu 2014 a v lednu 2015) ale už za první kvartál odešlo 70 až 80 milionů. Potvrdila se vaše domněnka z letošního jara, že těchto 200 milionů spotřebuje nemocnice do srpna?

Srpnová data ještě nemám k dispozici, ale ta červencová říkají, že celoroční objem nárůstu mezd se pohybuje kolem 6 procent, což není málo a je to rozhodně víc než v celé české ekonomice. Kvůli financování prostřednictvím paušálu, kdy se ještě nyní doúčtovávají úhrady zdravotních pojišťoven za loňský rok, na začátku letošního roku jsem netušil, s kolika penězi bude Motol hospodařit. Ale už nyní mohu říci, že 95 procent navýšení v paušálu půjde na mzdy. Za pololetí je nárůst celkových osobních nákladů, tedy mzdy plus pojištění, 111 milionů.

Nařízení vlády o plošném navýšení platů vás zbavuje možnosti prostřednictvím platu motivovat dobré zdravotníky, vnímáte to tak?

Odboráři vám řeknou, že tomu tak není, protože se zvyšují jen tarify, což je polovina platu, a že je vždycky prostor pro zvyšování osobního ohodnocení. My namítláme, že balík peněz na mzdy je jen jeden, když se zvedne tarif, těžko můžete zároveň přidávat na variabilních složkách. To je věčná debata. Ale je pravda, že obem motivačních složek se pořád scvrkává ve prospěch pevné, základní sazby.

Jak jinak tedy zdravotníky motivujete?

Je zajímavé, že když si děláme průzkumy spokojenosti, a my je děláme často, mzdy bývají až na třetím, čtvrtém místě. Za důležitější faktory pro svou spokojenost považují zaměstnanci pracovní prostředí, kolektiv a práci, kterou dělají. Pak se generačně liší důraz na volný čas, starší generace na něj důraz neklade tak jako mladá – láme se to kolem 35. roku. Mladší jsou daleko méně ochotní pracovat do roztrhání těla.

Proč lékaři odcházejí pracovat do zahraničí?

Že lékaři odcházejí, je podle mě klišé. V roce 2000, kdy jsem v Motole začínal, bylo v ČR 33 tisíc lékařů. Dnes je podle ÚZIS 40 až 50 tisíc lékařů. Tak kam odcházejí? Argument, že počet odcházejících lékařů lze dopočítat podle počtu komorou potvrzených výlozek pro práci v EU, je lichý, protože toto potvrzení si od komory nechá potvrdit téměř každý absolvent medicíny. Ale statistika, kolik Čechů pracuje mimo ČR, v podstatě neexistuje. Netvrdím, že bydlet v Aši a pracovat v nedaulekém německém městě se nevyplatí. To se vyplatí. Ale například jazyková úroveň se obecně příliš

nezvyšuje, a když, tak jen v angličtině. A že by bylo tolik absolventů medicíny, kteří brilantně ovládají němčinu, o tom přesvědčen nejsem. Maximálně se objeví borec, který arogantně vysvětlí národu, že lid ho nezaplátil, tak odešel do zahraničí, a vůbec ho nezajímá, kolik jeho vzdělání doposud stálo.

Problém nevidím v odchodu lékařů do zahraničí, ale v tom že, medicína se významně atomizuje. Lékař je tak superspecializovaný, že nemůže a ani nechce přecházet do jiného oboru. V ČR je 200 nemocnic a 40 tisíc lékařů, z nichž polovina pracuje v nemocnici, tj. 20 tisíc lékařů na 200 nemocnic, ale přitom 92 základních oborů, které stanovil původní zákon o vzdělávání lékařů. To pak logicky nevychází. I nám se v Motole stává, že lékaři, jejichž obory mají společný původ například v ortopedii, se nemohou navzájem zastupovat.

Druhý problém, který nás čeká, je feminizace zdravotnictví, což je už nyní dramatické. V kategorii lékařů do 30 let je asi 75 procent žen, což může vést k tomu, že bude například problém obsadit některé fyzicky náročnější obory, jako je třeba ortopedie.

Počet lékařů cizinců se v Motole nezvyšuje?

V tomto ohledu je otázka, zda považujeme za cizince Slováky. Z našich 1200 lékařů je asi pětina ze Slovenska. U lékařů z Ukrajiny a Ruska je problém nostrifikovat jejich diplomy, protože česká jazyková zkouška není jednoduchá. Máme tady jednoho lékaře Etiopana, kterého si hýčkáme, protože kdyby přišla migrační vlna, nikdo jiný než on Eritrejcům rozumět nebude. Ale jinak nějaké dramatické počty lékařů z venku tady nemáme. Čeština je pro cizince velkou bariérou.

připravila Petra Klusáková

Vláda podpořila investice do zdravotnických zařízení

Vládní kabinet koncem srpna schválil „Záměr ministerstva zdravotnictví v oblasti strategických investic do roku 2020“, který definuje strategické investice pro přímo řízené organizace, hlavně fakultní nemocnice a další specializovaná zdravotnická pracoviště.



„Podstatné investice v mnoha případech zabrání tomu, aby nám areály nemocnic začaly doslova padat na hlavu. Jinde prostředky pomohou ke zkvalitnění péče i prostředí pro pacienty tak, aby specializovaná pracoviště nabízenými službami odpovídala 21. století,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Schválené plány investic na léta 2016–2020 se týkají 7 nemocnic, které poskytují významný podíl objemu zdravotní péče v daném segmentu. Celkový finanční objem navrhovaných strategických investic je ve výši 10,030 mld. Kč.

„Úloha přímo řízených nemocnic v našem zdravotnickém systému je zcela nezastupitelná a tato zdravotnická zařízení jsou základem péřní sítě nemocnic v České republice,“ doplnil ministr Němeček. Jak připomněl, v případě přímo řízených organizací není možné nápravu v této oblasti financovat ze strukturálních fondů EU. Úhrady za zdravotní služby poskytované z veřejného zdravotního pojištění jsou navíc nastaveny jen na financování provozních výdajů a pouze zčásti výdajů investič-

ních. Proto je nutné obnovu zdravotní infrastruktury financovat z dalších zdrojů. Ministerstvo zdravotnictví v období let 2016–2020 vyhodnotilo jako nezbytnou realizaci 7 strategických investic, a to v závislosti na finančních možnostech státního rozpočtu v jednotlivých letech, míře spoluúčasti vlastních zdrojů žadatele a stavu připravenosti akce:

- Fakultní nemocnice Brno – výstavba gynekologicko-porodnické kliniky,
- Fakultní nemocnice Olomouc – rekonstrukce a dostavba hlavní budovy Františka Josefa,
- Fakultní nemocnice Plzeň – pavilon chirurgických oborů,
- Thomayerova nemocnice Praha – centrální urgentní příjem,
- IKEM Praha – výstavba budov G1 a G2,
- Všeobecná fakultní nemocnice Praha – záměr – výstavba nového sdruženého objektu,
- Fakultní nemocnice Hradec Králové – modernizace chirurgických oborů – rekonstrukce Bedrnova pavilonu.

(klu)

Inzerce M151000476

ZVÝŠILI JSME ÚHRADY SOCIÁLNÍM ÚSTAVŮM A HOSPICIŮM

- VZP letos garantuje všem pobytovým zařízením sociálních služeb na zdravotní služby o 10 % více peněz než loni.
- VZP navýšila úhrady o dalších 5 % všem domovům, které s ní mají uzavřený smluvní dodatek.
- VZP pro letošek navýšila úhrady pro lůžkové hospice oproti loňsku téměř o 7 %, což je hned po láních nejvyšší meziroční nárůst úhrad.
- VZP jako jediná pojišťovna v Česku podporuje pilotní projekt mobilních hospiců.

S NÁMI MÁTE JISTOTU, ŽE VÁM PRÁCI POCTIVĚ ZAPLATÍME

Registrujte se na www.vzp.cz.

VZP
POJIŠTOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

Letos
+100 MILIONŮ Kč

Z DOMOVA

Odstartovaly nové preventivní programy

Vláda na konci srpna odsouhlasila 13 akčních plánů Národní strategie Zdraví 2020. Patří mezi ně Národní akční plán na *screening* a včasný záchyt vážných nemocí, v jehož rámci vznikne řada nových plošných screeningů. Svě akční plány má také prevence obezity, správná výživa a stravovací návyky, podpora pohybové aktivity nebo zvládání infekčních onemocnění.

„Tato strategie jasně definuje priority České republiky v oblasti péče o zdraví, které povedou ke zlepšení zdravotního stavu našich občanů. Existence tohoto dokumentu nám také umožňuje čerpat finanční prostředky z evropských fondů, což je pro realizaci akčních plánů zásadní,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Jak dodal, strategii Zdraví 2020 podpořila vedle vlády ČR i Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. ČR nyní začíná stabilizovat systém prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví, pro niž mají být nastaveny účinné, dlouhodobě udržitelné mechanismy ke zlepšení zdravotního stavu české populace. Celkové minimální náklady na Národní strategii Zdraví 2020 jsou předběžně odhadovány na 10 miliard Kč. Značná část peněz půjde z prostředků Evropských strukturálních investičních fondů (ESIF).

Přibude plošných screeningů

Jedním z nově zahájených je také Národní akční plán na *screening* a včasný záchyt vážných nemocí. Jak ministr Němeček uvedl, základem tohoto programu bude ustavení národní řídicí rady, která bude nejprve projednávat a schvalovat pilotní projekty kompetenčního centra. Obě instituce mají zajistit odborné zhodnocení navržených preventivních programů a dohled nad kvalitou screeningů. Plnou podporu vyjádřil ministr také už rozběhlým adresným screeningům pro onkologická onemocnění prsu, děložního hrdla a kolorekta. Následovat by měly další. Mezi navržené programy, z nichž se po schválení komisí mohou stát screeningy plošné, patří sekundární prevence patologických zlomenin (osteoporóza), sekundární prevence diabetu u rizikové populace v návaznosti na Národní diabetologický plán (účinná prevence závažných dopadů diabetu), časný záchyt diabetické retino-

patie, časný záchyt výdutě břišní aorty, novorozenecký laboratorní záchyt závažných vrozených kombinovaných poruch imunity (SCID), časná diagnostika poruch autistického spektra, časný záchyt bronchogenního karcinomu u vysoce rizikové populace, časný záchyt karcinomu prostaty se zaměřením na vybrané rizikové skupiny a prevence chronického renálního selhání.

„Jsem přesvědčen o tom, že funkční *screening* se vyplatí. Dokládají to výsledky přežití zhoubných nádorů u sledovaných karcinomů prsu, děložního hrdla a kolorekta, kde je ve stadiu 1, tj. včasného záchytu, 90- až 100procentní přežití, kdežto u nejhroššího stadia 4 přežití nepřesahuje 20 procent,“ uvedl ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky doc. Ladislav Dušek.

Studie školní stravy

Ministerstvo se soustředí také na podporu pohybové aktivity, jejímž nedostatkem české děti trpí. „Doporučovanou minimální pohybovou aktivitu, tj. 60 minut denně, nesplňuje naprostá většina dětí. V dospělém věku potom většina populace vykonává profese, u kterých je energetický výdej během dne minimální. Ve zvýšené míře tak trpíme chronickými neinfekčními onemocněními, kterým se ve většině případů dá předejít. Pasivní životní styl je jednou z hlavních příčin jejich vzniku,“ varovala tisková mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová. Výsledkem akčního plánu správné výživy a stravovacích návyků by mělo být snížení výskytu rizika rozvoje nadváhy a obezity, ale i kardiovaskulárních a nádorových onemocnění, která patří mezi hlavní příčiny úmrtí v ČR. Jedním z nástrojů je například studie Školní stravování 2015/2016: obsah nutričních v obědech dětí, kterou MZ společně se Státním zdravotním ústavem (SZÚ) spustilo s počátkem nového školního roku. Studie by měla po ročním zjišťování přinést odpovědi na 4 otáz-

ky: zda obědy školního stravování v ČR odpovídají svým nutričním složením očekávanému podílu 35 % z denní výživové dávky, jak se jednotlivé části oběda podílejí na přívodu živin, zda existuje závislost mezi počtem porcí oběda vařených školní jídelnou a nutričním složením obědů a jestli používání instantních směsí ovlivňuje obsah sodíku v polévkách/hlavních chodech. Specializovaní pracovníci krajských hygienických stanic budou náhodně odebírat vzorky podle přesné, statisticky zdůvodněné metodiky. Chemickou analýzu vzorků zajistí SZÚ pomocí moderní laboratorní techniky.

Lůžka pro zvládání infekcí

Mezi další akční plány patří tradiční prevence obezity, pro niž jsou vedle genetické zátěže hlavními spouštěči faktory životního stylu - nedostatečná pohybová aktivita, nesprávná výživa, nedostatečně zvládaný stres, vliv prostředí apod. Včasná komplexní léčba obezity může zvrátit již rozvinuté metabolické komplikace a tím předcházet dalším onemocněním.

Akčním plánem je také zvládání infekčních onemocnění, kde se české zdravotnictví soustředí na prevenci infekcí, jež přicházejí jako komplikace jiného základního onemocnění, multirezistentními kmeny bakterií a na kontrolu infekce HIV/AIDS. Program je zacílen také na zachování základní sítě lůžkových infekčních oddělení. Součástí plánu je vznik specializovaného centra pro vysoce nebezpečné nákazy (VNN) na Klinice infekčních, parazitárních a tropických nemocí (KIPTN) v Nemocnici Na Bulovce v Praze, které bude sloužit pro izolaci a léčbu nemocných s VNN nebo karanténu v ČR.

Základní škola vymřela na úraz

Mimo vládou posvěcené akční plány se do preventivních progra-

mů v září opřela například také Všeobecná zdravotní pojišťovna, která nyní spustila preventivní projekt „VZPoura úrazům“. „Za pět let umřelo kvůli úrazům 696 dětí. Když si to člověk představí, je to děsivé – při úrazech zemřelo za posledních pět let v Česku tolik dětí, že by zaplnily celou jednu základní školu se třiceti třídami. Dalších zhruba 10 tisíc dětí má za tu dobu po úrazech trvalé následky. Všeobecná zdravotní pojišťovna chce pomoci tyto alarmující statistiky změnit. Přímou zaměstnanci pojišťovny, kteří sami po úrazu skončili na vozíku, budou děti ve školách varovat před hrozcími riziky a učit je jak se těmto hrozbám vyhnout. Zájem projeví desítky škol,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Jen loni bylo s úrazem hospitalizováno 30 706 dětí. Další zhruba 450 tisíc jich je každoročně ošetřeno ambulantně. Nejčastěji se děti zraní doma nebo ve škole. V obou těchto prostředích se stává mezi 25-30 % všech dětských úrazů. Ve školách jsou nejčastější úrazy při tělocviku. Z hlediska věku představují nejrizikovější skupinu děti mezi 13 a 14 lety. V této věkové kategorii postihne úraz vyžadující lékařské ošetření každou čtvrtou dívku, a dokonce každého třetího chlapce. „Věříme, že řada nešťastných událostí by se nemusela stát, kdyby se děti včas naučily jak se bezpečně chovat v různých situacích. Ať už v dopravě, při sportování nebo vlastně kdykoli ve volném čase. Právě o to se chceme v rámci našeho projektu pokusit,“ vysvětlil náměstek ředitele VZP Rostislav Verner.

Pojišťovna spustila také internetové stránky vzpoura-urazum.cz, kde jsou kromě základních informací o projektu umístěna krátká videa, v nichž se představují tři ambasadoři projektu – zaměstnanci VZP, kteří po různých nehodách přestali chodit. Právě oni jsou připraveni na pozvání navštěvovat školy, kde budou dětem na svých vlastních příbězích připomínat, jak důležité je úrazům předcházet.



Ilustrace: foto: Shutterstock

Studentský přístup k prevenci

Na prevenci mladých v září zacílila i 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy (1. LF UK) a zaštitila neziskovou organizaci Loono, která spustila kampaň „Sahám si na ně každý měsíc“. Zejména mladí lidé se mají díky ní naučit správnému a pravidelnému vyšetřování pohlavních orgánů a napomoci včasném odhalení případné diagnózy rakoviny. Součástí kampaně jsou vzdělávací workshopy, při nichž se na speciálních modelech prsou a varlat učí ženy i muži správné technice samovyšetřování. „Fakulta s radostí převzala odbornou garanci nad veřejně prospěšným projektem, který díky entuziasmu studentů za více než rok od svého vzniku prokázal svoji užitečnost a životaschopnost. Lékaři Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce pomohou rozvinout projekt po odborné stránce,“ uvedl děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo.

Rakovinou prsu v ČR ročně onemocní bezmála 7000 žen. U žen do 35 let jsou to přibližně 3 %, v kategorii mezi 35 a 45 lety až 12 %. „Preventivní vyšetření prsu pomohat nespadá v současné době do obsahu preventivních prohlídek u žádného lékaře. Samovyšetřování alespoň jednou měsíčně je přitom první možnou cestou ke zjištění závažného onemocnění prsu. Platí to zejména u mladších žen, které věkem nespádají do kategorie zákonného mamografického screeningu (zpravidla od 45 let),“ upřesnil lékař Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Karel Rauš. Rakovina varlat je méně častá – ročně jí v ČR onemocní přibližně 500 mužů.

Petra Klusáková



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.

Jak má vypadat správně vyplněný recept

V posledních letech se množí chyby při předepisování léčivých přípravků. Odhalili je zaměstnanci VZP, když prováděli kontroly správnosti a oprávněnosti preskripce. Často se stává, že recept nemá všechny náležitosti nebo že lékaři předepisují léčivo v indikacích, které nejsou z rozhodnutí SÚKL hrazené. Jaká jsou tedy preskripční omezení a jak vlastně recept správně vyplnit?

Preskripční omezení

Léčivé přípravky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V něm se uvádí, že o výši a podmínkách úhrady rozhoduje SÚKL. Ten rozhoduje i o podmíněném úhrady léčivých přípravků tzv. preskripčními a indikačními omezeními (vykazovacími limity).

Vykazovací limit (vazba na vyjmenovanou specializaci předepisujícího lékaře) či preskripční omezení jsou definovány dle vyhlášky následujícím způsobem:

- Preskripční omezení „E“ – léčivý přípravek s tímto preskripčním omezením může předepsat k úhradě ze zdravotního pojištění pouze odborný lékař, který je uveden v preskripčním omezení a má s pojišťovnou uzavřenou smlouvu o poskytování této odborné zdravotní péče. Preskripci nemůže delegovat na jiného lékaře.
- Preskripční omezení „L“ – léčivý přípravek může předepsat k úhradě z pojištění odborný lékař, který je uveden v preskripčním omezení a má pro tuto odbornost se zdravotní pojišťovnou uzavřenou smlouvu o poskytování této odborné zdravotní péče. Přípravek ale může předepsat i jím písemně pověřený jiný lékař.
- Preskripční omezení „W“ – léčivý přípravek s tímto omezením může předepsat ošetřující lékař pouze po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny.

Základní pravidla pro předepisování receptů

Na přední straně receptu se uvádějí tyto údaje:

- Pokud má být léčivý přípravek hrazen ze zdravotního pojištění, uvádí se označení pojišťovny číselným kódem. Jestliže přípravek z pojištění hrazen být nemá, uvádí se na receptu „Hradí nemocný“.
- Jméno a příjmení pacienta, číslo pojištěnce a adresa místa, kde se zdržuje.
- Předepsaný léčivý přípravek, název, léková forma, množství účinné látky.



MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová, MBA,
ředitelka Odboru kontroly a revize
zdravotní péče

- Symboly a slovní vyjádření na přední straně receptu:
 - „!“, jde-li o záměrné překročení dávkování
 - „Nezaměňovat“, jestliže lékař trvá na vydání předepsaného přípravku
 - „Pohotovost“, jde-li o recept vystavený pohotovostní službou
 - „Zvýšená úhrada“, jde-li o předpis přípravku, který má dvě výše úhrady, a předepisující lékař požaduje využití úhrady vyšší
 - „Neodkladná péče“ nebo „Akutní péče“, je-li přípravek předepsán na účet zdravotního pojištění nesmluvním lékařem v rámci neodkladné nebo akutní péče
 - „Neregistrovaný léčivý přípravek“, jde-li o předepsání neregistrovaného přípravku
 - „Repetatur“ a číselný a slovní údaj o počtu výdejů, jestliže se má výdej opakovat
 - „Ad usum proprium“ nebo „Pro potřebu rodiny“, jestliže lékař předepisuje léčivý přípravek sobě nebo rodinným příslušníkům.
- Hlavní diagnóza (v podobě číselné diagnózy), která se váže k předepisovanému přípravku,

jestliže je požadována zvýšená úhrada nebo je předepisován přípravek s omezením výdeje či individuálně připravovaný přípravek s obsahem konopí pro léčebné účely.

- Návod k použití přípravku.
- Razítko poskytovatele včetně jména a příjmení lékaře; pokud je poskytovatel právnickou osobou, jméno a příjmení předepisujícího lékaře hůlkovým písmem nebo jmenovkou.
- Podpis předepisujícího lékaře a datum vystavení receptu.

Zadní strana receptu je určena k vyplnění údajů v případě delegované preskripce nebo v případě schválení úhrady revizním lékařem zdravotní pojišťovny.

Delegovaná preskripce

Tento způsob preskripce se týká pouze přípravků s preskripčním omezením „L“, kdy je přípravek předepisován jiným lékařem, než je uvedeno v preskripčním omezení, na základě písemné „delegace“.

Na zadní straně receptu se pak uvádějí tyto údaje:

- Označení „Na doporučení odborného lékaře“.
- Jméno, příjmení, IČP a odbornost lékaře, který předpis přípravek doporučil.
- Podpis předepisujícího lékaře a otisk razítka poskytovatele, včetně jmenovky předepisujícího lékaře.

Doporučení odborného lékaře musí být založeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta nejpozději v den předepsání léčivého přípravku.

Odpovědnost za preskripci

Za preskripci je vždy zodpovědný lékař, který přípravek předepisuje. Platí to i v případě, kdy ošetřující lékař předepisuje v rámci tzv. delegované preskripce, resp. na základě doporučení odborného lékaře, který je oprávněn k této preskripci dle rozhodnutí SÚKL. Při nesouladu s pravidly pro úhradu pak pojišťovna náklady na léčivé přípravky, které uhradila lékárně, požaduje po lékaři vrátit.

Z DOMOVA

Vznikla Česká společnost regenerativní medicíny ČLS JEP

Členové nově zvoleného výboru České společnosti regenerativní medicíny (ČSRM) ČLS JEP vybrali pro první volební období za předsedu společnosti **MUDr. Zdeňka Kořístka, Ph.D.** Lékař z Kliniky hematologie Fakultní nemocnice Ostrava pro naši redakci představil teze a budoucí směřování společnosti.

Co bylo motivací vzniku odborné společnosti?

V posledních 10–15 letech se velmi výrazně rozšířila a prohloubila úroveň poznání buněčné biologie, funkcí různých typů kmenových buněk a jejich působení. Poznatky ze základního výzkumu začaly rychle pronikat do výzkumu klinického a každoročně byly iniciovány desítky klinických studií, které měly a mají za cíl ověřit, do jaké míry lze využít potenciálu buněčné terapie pro zlepšení péče o pacienty. Ve světě začaly být zakládány vědecké instituce a týmy věnující se regenerativní medicíně. Na druhé straně jsou pacienti v naší zemi i jinde konfrontováni s nabídkou různých placených zákroků, zejména v ortopedii a estetické medicíně, při kterých se používají „kmenové buňky“, aniž by byla účinnost a bezpečnost těchto výkonů jakkoli prokázána.

Myšlenka na založení společnosti, která by sloužila jako platforma pro odborníky, kteří to s rege-

nerativní medicínou myslí vážně, je stará asi 2 roky. Velmi intenzivně jsme vnímali, že zmíněné rozpory mohou vést ke zkompromitování tak slibného oboru, kterým regenerativní medicína bezesporu je, a že je potřeba vytvořit odbornou společnost, nejlépe pod záštitou České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Jako hlavní cíle společnosti jsme si určili shromažďovat, rozvíjet a uplatňovat poznatky regenerativní medicíny, usnadňovat jejich využití v péči o zdraví a současně dbát na užívání takových diagnostických, preventivních a léčebných postupů a léčivých přípravků regenerativní medicíny, jejichž povaha a účinek jsou podloženy v současnosti uznávanými vědeckými důkazy. K tomu neoddelitelně patří úsilí o dodržování etických zásad ve všech oblastech regenerativní medicíny, od základního, preklinického a klinického výzkumu až k léčebnému užití produktů a postupů regenerativ-

ní medicíny. Naší ambicí rovněž je zastupovat obor regenerativní medicíny při komunikaci se státními orgány, Českou lékařskou komorou a souvisejícími profesními organizacemi, zdravotními pojišťovnami a dalšími odbornými lékařskými společnostmi ČSL JEP. Během krátké doby se podařilo pro myšlenku vytvoření odborné společnosti získat řadu kolegů a kolegyn z různých oborů a z výzkumu – i mimo medicínu – a obhájit naše cíle a teze před předsednictvem ČLS JEP.

Jaké oblasti regenerativní medicíny budou pod odbornou společnost spadat?

Regenerativní medicína není definována orgánovými nebo funkčními systémy, ale způsobem léčby. To znamená, že jde napříč téměř všemi obory medicíny a její metody a postupy jsou potenciálně uplatnitelné ve většině medicínských oborů. Z pohledu medicínského i legislativního jde o dvě základní oblasti. První oblastí je používání minimálně manipulovaných tkání a buněk, druhou oblastí jsou přípravky tzv. moderní terapie. Do oblasti přípravků moderní terapie spadá používání selektovaných, různě upravených, kultivovaných a jinak ovlivněných buněk, případně v kombinaci s různými materiály, kdy hovoříme o tkáňovém

inženýrství. Budeme usilovat o to, aby obě tyto oblasti spadaly do působnosti naší společnosti, pokud jsou používány pro obnovu struktury nebo funkce tkání, orgánů či systémů. Na druhé straně nemáme ambice ovlivňovat využívání manipulovaných či nemanipulovaných buněk například v onkologii či hematologii, protože tyto indikace s regenerativní medicínou buď nesouvisí vůbec, nebo jen okrajově.

Stanovila si odborná společnost jako jeden z úkolů tvorbu standardů v této oblasti? A o co dalšího bude ČSRM usilovat?

Do budoucna se o vytváření různých léčebných standardů regenerativní medicíny hodláme samozřejmě plnou vahou zasadit. Jako svůj nejbližší úkol v tuto chvíli vnímáme prosazování principů medicíny založené na důkazech a etických zásad biomedicínského výzkumu, a to ve všech oblastech regenerativní medicíny, ať už se to týká výzkumu nebo klinické praxe. Proto hodláme zapojit do naší činnosti také odborníky z oblasti lékařské etiky.

Také jistě budete souhlasit s naším názorem, že nelze dále akceptovat situaci, kdy v naší zemi nedostatečně informovaní a do značné míry zmanipulovaní pacienti platí nemalé sumy za ne-

ověřené a vědeckou komunitou neuznané postupy, které slibují téměř zázračné léčebné a estetické efekty při použití „kmenových buněk“. Naše společnost chce takové praktiky odhalovat a potlačovat, přičemž bychom rádi úzce spolupracovali se státní správou, konkrétně ministerstvem zdravotnictví a Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Pevně doufám, že se nám bude rovněž dařit účinně informovat jak nemocné, tak různé zájemce o „omlazení pomocí kmenových buněk“, aby podobným nabídkám nepodléhali. Na druhé straně chceme podporovat postupy a metody, které jsou již ověřené v klinických studiích. Bohužel je evidentní, že pro řadu postupů regenerativní medicíny nebudou k dispozici rozsáhlé multicentrické studie na stovkách pacientů. Proto se budeme snažit získat do svých řad erudované odborníky, kteří budou schopní a ochotní dosažené výsledky racionálně posoudit a komentovat, argumentace na poli regenerativní medicíny nebývá obvykle jednoduchá.

Čtělí se zástupci ČSRM podílet na změně dotčené legislativy?

Legislativa je v této oblasti na dobré úrovni, přesto existuje řada sporných či nedomyšlených ustanovení, která v některých případech dokonce nejsou v souladu s doporučeními Evropské unie. Je také téměř jisté, že legislativa bude postupně muset zohlednit nové postupy a objevy využitelné v oblasti regenerativní medicíny. Budeme aktivně sbírat podněty od našich členů a po pečlivém posouzení a debatě s právníky hodláme prosazovat takové legislativní změny, které budeme považovat za účelné, potřebné a pro pacienty přínosné.

připravila Petra Klusáková

Česká společnost regenerativní medicíny ČLS JEP (ČSRM)

- založena v červnu 2015
- jejím předsedou je MUDr. Zdeněk Kořístek, Ph.D.
- členy výboru společnosti jsou prof. MUDr. Martin Krbec, CSc., prof. MUDr. Roman Hájek, CSc., MUDr. Petr Vališ, Ph.D., MUDr. Václav Procházka, Ph.D., a doc. MUDr. Martin Klabusay, Ph.D.

Změny poskytované zdravotní péče

VZP informuje o změnách, které pojištěncům od 1. září 2015 přinesla novela zákona o veřejném zdravotním pojištění.

• Zavedení pojišťovnou hrazeného očkování proti pneumokokovým infekcím pro osoby starší 65 let. Lidé z této rizikové věkové skupiny tak budou moci spojit bezplatné očkování proti chřipce, na které mají nárok už řadu let, i s bezplatným očkováním proti pneumokokům.

• Zpřesnění úhrady služeb poskytnutých v souvislosti s umělým oplodněním, resp. věkový limit pro mimotělní oplodnění hrazené z veřejného zdravotního

pojištění. V původním znění zákona byla uvedena horní věková hranice „do 39 let“. Jistou nepřesností tohoto stanovení hranice věku v zákoně řešila VZP v praxi dosud vstřícně tak, že hradila tuto péči ženám do 39 let včetně (tj. do 39 let + 364 dní). S účinností novely zákona od 1. 9. 2015 se hradí zdravotní služby poskytnuté na základě doporučení registrujícího gynekologa v souvislosti s umělým oplodněním, jde-li o formu mimotělního oplodně-

ní (*in vitro* fertilizace), a to ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení 39. roku věku, ostatním ženám pak ve věku od 22 let do dne dosažení 39. roku věku. Limitem tedy je věk 38 let a 364 dní. Úhrada je možná nadále nejvíce 3x za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše jedno lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermii mimo tělo ženy, 4x za život.

• Očkování dívek proti rakovině děložního hrdla se nově provádí dvěma dávkami očkovací látky proti papilomavirům, nikoli třemi, jak bylo dosud v zákoně uváděno. Jinak se nic nemění – pojišťovnou hrazeno je očkování a vakcína v provedení nejméně ekonomicky náročném proti lidskému papilomaviru pro dívky, je-li očkování zahájeno od dovršení 13. do dovršení 14. roku věku. Dívky/ženy v jiném věku a chlapci/muži toto očkování

hrazeno z veřejného zdravotního pojištění nemají.

• Indikace protonové terapie – v příloze č. 1 zmíněného zákona (Seznam zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek) je protonová radioterapie uvedena s tím, že jde o zdravotní výkon plně hrazený zdravotní pojišťovnou jen za určitých podmínek a po schválení revizním lékařem. Podmínkou úhrady je, že výkon byl proveden na základě indikace odborníků z některého z komplexních onkologických center. VZP podle těchto zásad protonovou léčbu hradila i před novelou zákona.

(red)

Bezpečnost lékáren **závisí na umístění objektu**

Z pohledu bezpečnosti, fyzické ochrany a zájmu pachatelů trestné činnosti jsou lékárny tradičně považovány za jakési klenotnictví mezi zdravotnickými zařízeními. Rizikem je nejen manipulace s léky, na nichž vzniká závislost, ale i s prekuzory drog a navíc peněžní hotovostí.

Podle ředitele společnosti Alkom Václava Růžičky je dálkový dohled alfou a omegou moderní ochrany. „Centrálně v lékárnách monitorujeme velké spektrum i velký objem signálů. Lékárny často využívají kamerové systémy a záznam osob. Už samotný fakt, že jsou kamery v areálu lékárny nainstalované, pachatele odrazuje. Pokud jde o větší lékárny, které zahrnují vlastní výroby nebo sklady surovin, využívají také vnitřní regulaci kontroly pohybu zaměstnanců. Kamerový systém navíc může monitorovat osoby, které nakupují velké množství léků s obsahem efedrinu, z nichž se vyrábí pervitin,“ vypočítává specifika kamerové ochrany lékáren ředitel Růžička s tím, že statistika struktury a počtu výjezdů, které Alkom ročně provede, zahrnuje desítky případů pokusů o vloupání, loupežná přepadení, krádeže prostě a vandalismus.

Lékárenské pevnosti

„Také u lékáren platí obecné pravidlo, že umístění objektu hraje v riziku napadení obrovskou roli. V náporu trestné činnosti jsou rizikovějšími regiony Praha, severní Morava a severní Čechy. Roli hraje ale i konkrétní umístění lékárny v obci. Výhodnější je poloha vedle městského úřadu, městské policie nebo pošty. Svou roli sehrávají také přístupové a únikové cesty. Pokud je lékárna ve slepé ulici, nebude to zřejmě ideální pro zákazníky, ale na druhou stranu nejsou slepé ulice vyhledávány ani útočníky, protože mají jen jednu odchodovou cestu. V případě přepadení, kdy musí pachatel stejnou trasou odjet, je to problém a pachatelé raději vytipují ty objekty, u nichž mají několik variant úniku. Také záleží na míře pohybu osob v okolí. Pachatelé mají rádi skryté, opuštenější objekty, ale i ty, kde je extrémně hodně lidí a oni se mohou

snáze ztratit v davu,“ popsal Václav Růžička trendy, které firma dlouhodobě sleduje. Situaci z praxe naší redakci popsal mluvčí holdingu Česká Lékárna, který provozuje řetězec Dr. Max, Ing. Michal Petrov: „Jde především o napadení některého z členů personálu anebo krádeže. Někdy je potřeba učinit nadstandardní opatření – například svou pobočku v Ostravě – Hrabůvce jsme kvůli opakovaným vloupáním museli proměnit takřka v pevnost. Leckdy jsme museli stáhnout z výstavu uvnitř oficiální originální balení a nahradit je prázdnými krabičkami, protože zejména u lékáren s velkým provozem jsme čelili neustálým krádežím nebo pokusům o krádež.“

Jako při bankovní loupeži

Zaměstnanci lékáren jsou, podobně jako v bankách, často

chráněni tlačítkem tísňe. „Základním prvkem, který používáme, je pevné nebo bezdrátové tísňové tlačítko, které je v dosahu pracovníka lékárny a spustí alarm vyklopením nebo stlačením. Bezdrátové tlačítko může mít lékárník na krku, klíček nebo v kapse a lze jím vyvolat poplach ještě dřív, než vejde do lékárny. Často totiž řešíme případy, kdy si pachatel vytipuje příchod zaměstnance do lékárny a při odemykání jej vtlačí dovnitř a zamkne například na toaletu. S tímto tlačítkem ale pípne a ústředna zachytí signál tísňe. Zároveň dispečer vidí, zda je odkódováno zabezpečení lékárny, z čehož vyvodí, že při otevření došlo k přepadení. Ve stejnou chvíli vysíláme naše i policejní vozidlo. Pachatel přitom neví, že se něco děje, takže jej během 10 minut můžeme chytit na místě,“ vysvětlil Václav Růžička

a dodal, že tlačítko komunikuje po síti přes počítač a lékárna se tak vyhne vysokým komunikačním poplatkům.

Významné úspory ale vznikají i v počátečních investicích, za servis (protože jde o jednoduchý mechanismus) a u poplatků operátorovi. Lékárny takto nechávají chránit také peněžní hotovost, například při její přepravě.

Vedle ochrany osob a hotovosti je pro lékárny nejdůležitější ochrana opiatových léčivých přípravků. „Opiáty podléhají zvláštnímu režimu. Jsou uloženy v trezorech a je u nich vedena evidence o pohybu látek a o práci s nimi, podle vyhlášky o návykových látkách. Každá lékárna si vede příslušné záznamy v evidenční knize,“ popisuje Michal Petrov, který nechtl kvůli ochraně zaměstnanců lékáren komentovat možné změny v oblasti bezpečnosti, ale připomněl, že skladování a distribuce léků probíhá v souladu se všemi zákonnými i podzákonnými normami, pod dohledem Státního ústavu pro kontrolu léčiv. (klu)

Inzerce M151000692

UZS
UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

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

mf
EVENTS & CONGRESSES

Pozvánka
na konferenci

Zdravotnictví 2016

Akce se koná pod záštitou
předsedy vlády ČR **Mgr. Bohuslava Sobotky**

12. 11. 2015 Hotel Ambassador, Praha

MÍSTO KONÁNÍ

Hotel Ambassador, Václavské náměstí 5-7, Praha 1

Zveme Vás na unikátní konferenci na stále aktuální téma:

Stav českého zdravotnictví, výhled na příští období, vize, záměry, očekávané změny. Setkání odborníků, zástupců státu, poskytovatelů, zdravotních pojišťoven, zákonodárců, zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců, akademiků a dalších odborníků – pod záštitou předsedy vlády ČR.

Vybraná témata:

- Zdravotní péče v ČR
- Úhradová a výkonová vyhláška pro rok 2016

- Odměňování a pracovní podmínky pro lékaře a zdravotní sestry
- Průsečky sociální a zdravotní péče
- Úhrada zdravotních služeb v roce 2016

INFORMACE POŘADATELE

Informace a přihlášky
on-line na internetových
stránkách:

www.uzs-konference.cz
www.kongres-medical.cz

Registrační
poplatek: **1390 Kč**

Hlavní partneři:

AGEL

ASOCIACE
PROVOZOVATELŮ
LÉKÁRENSKÝCH SÍTÍ

HARTMANN

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI

Partneři odborné sekce:

**ADVANTAGE
AUSTRIA**

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

MEDI PUNKT
www.medipunkt.cz

Sprinx Pharma

VZP

Mediální partneři:

**ZDRAVOTNICTVÍ
MEDICINA**

mf
MLADÁ FRONTA

E15

SOČIÁLNÍ SLUŽBY

Z DOMOVA

Expozice formaldehydu u zdravotníků je nutné kontrolovat

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě dokončila výzkum hodnocení expozice formaldehydu u pracovníků ve zdravotnictví. Autoři apelují na nutnost sledovat, zda nedochází ke změnám v míře expozice zaměstnanců, a také na potřebu pravidelné revize přístrojů i vzduchotechniky.

Hygienická stanice zhodnotila inhalační expozice formaldehydu u pracovníků vybraných oddělení dvou zdravotnických zařízení na základě měření jeho koncentrace v pracovním ovzduší. Autoři šetření Ing. Stanislav Galuszka a RNDr. Hana Střížová pro naši redakci uvedli, že výsledky jejich práce poukazují na nutnost kontrolovat úroveň faktorů pracovních podmínek a nutnost pravidelných revizí jak formaldehydových sterilizátorů, tak vzduchotechnického zařízení, které má na pracovištích sloužit ke snížení expozice pracovníků nebezpečným chemickým látkám.

Zaměstnanci ve zdravotnictví jsou při své práci vystaveni působení řady faktorů pracovních podmínek, které mají vliv na jejich zdraví. Jak autoři uvedli, jde především o biologické činitele, celkovou fyzickou zátěž, pracovní polohu, psychickou zátěž, zrakovou zátěž, chemické látky a směsi – dezinfekční prostředky, formaldehyd, inhalační anestetika a další.

Zdravotní rizika formaldehydu

Formaldehyd je bezbarvý plyn s pronikavým zápachem, který se v praxi používá ve formě vodného roztoku. Je zařazen mezi účinné biocidní látky, tzn. má baktericidní, virucidní, sporocidní i fungicidní účinky. Používá se jako konzervant potravin,

kosmetických přípravků, léčiv, dále se využívá jako dezinfekční a sterilizační prostředek a ke konzervaci biologického materiálu. Formaldehyd je nebezpečná chemická látka, která může poškodit zdraví pracovníků, kteří jsou vystaveni jeho působení, svým toxickým účinkem hlavně při vdechování, styku s kůží a požití, dále účinkem žíravým, dráždivým, senzibilizujícím a karcinogenním. Akutní expozice malým dávkám formaldehydu vyvolává bolesti hlavy a zánět nosní sliznice. Vyšší koncentrace způsobuje vážné podráždění sliznic a respirační problémy, např. zánět průdušek a otok nebo zánět plic. U citlivých jedinců může formaldehyd vyvolávat astma a záněty kůže. Chronická expozice způsobuje zánět průdušek. Formaldehyd dráždí oči a vyvolává slzení. Vyšší koncentrace mohou vyvolat zákal rohovky nebo i ztrátu zraku. Částečně se vstřebává kůží a může způsobovat podráždění nebo alergické reakce. Chronická otrava je dosti neurčitá. Jedná se o následky opakovaného dráždění, poruchy spánku, nechutenství, ale i poškození jater a ledvin. Z nervových příznaků je to třes, poruchy citlivosti, neuralgie i poškození zraku.

Překročení přípustné koncentrace

Pro sledování expozice pracovníků formaldehydu byla vybrá-

na zdravotnická pracoviště tří nemocnic, a to pracoviště centrální sterilizace a pracoviště patologie. Na oddělení centrální sterilizace je zajišťována dekontaminace a sterilizace pro všechna oddělení nemocnice a pro zdravotnická zařízení v terénu, mimo jiné i ve sterilizátoru 130 LF Matachna. Sterilizačním médiem je roztok formaldehydu o koncentraci 2 %.

Vzorky pracovního ovzduší na pracovišti centrální sterilizace byly odebrány jako osobní odběry, což znamená, že odběrová souprava pro odběr vzorků pracovního ovzduší byla připevněna na těle sestry – v její dýchací zóně. Formaldehyd uniká do pracovního ovzduší při otevření dveří sterilizátoru a vykládání vsterilizovaného materiálu, při odvětrávání vsterilizovaného materiálu, při doplňování formaldehydového roztoku do přístroje. Provedeným měřením bylo zjištěno, že na pracovišti centrální sterilizace u práce sestry nebyl dodržen celosměrný přípustný expoziční limit formaldehydu a že zjištěné krátkodobé koncentrace formaldehydu v pracovním ovzduší překračují i nejvyšší přípustnou koncentraci. Stejná situace byla zjištěna po provedení revize vzduchotechnického zařízení sloužícího k odsávání par formaldehydu z prostoru obsluhy sterilizátoru. Na

základě těchto výsledků se nemocnice rozhodla zastavit provoz formaldehydové sterilizace a tuto sterilizaci zajišťovat externě do doby zprovoznění nového pracoviště.

Na patologii limity dodrženy

Na hodnocených pracovištích oddělení patologie byly vzorky pracovního ovzduší pro stanovení koncentrace formaldehydu odebrány rovněž jako osobní odběry u práce lékaře a zdravotní laborantky při přikrajování bioptického materiálu. Jednalo se o odebrané vzorky orgánů, které přicházejí na oddělení patologie k vyšetření v odběrových nádobách s 10% roztokem formaldehydu. Pracoviště přikrajoven jsou vybavena centrální vzduchotechnikou a pracovními stoly se spodním odsáváním. Provedenými měřeními bylo na všech pracovištích patologie zjištěno dodržení přípustného expozičního limitu i nejvyšší přípustné koncentrace formaldehydu v pracovním ovzduší.

Zdravotnická zařízení, v nichž byla sledována celosměrná koncentrace formaldehydu v pracovním ovzduší, mají zpracovanou kategorizaci prací. Tato povinnost je zaměstnavatelům uložena § 37 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozděj-



Illustrace foto: Shutterstock

ších předpisů, v návaznosti na vyhlášku č. 432/2003 Sb., ve znění vyhlášky č. 107/2013 Sb. Práce jak na odděleních centrální sterilizace, tak na odděleních patologie jsou z hlediska expozice formaldehydu zařazeny do kategorie druhé. V době zpracování kategorizace prací u hodnocených prací nebylo zjištěno překračování přípustných limitů koncentrace formaldehydu v pracovním ovzduší na dotčených pracovištích. Provedená měření prokázala, že pracovní podmínky na pracovištích se mohou měnit v čase, a proto je třeba je pravidelně sledovat. Přípustné limity stanovuje nařízení vlády č. 361/2007 Sb., v platném znění, a to přípustný expoziční limit, který nesmí být překročen v osmihodinovém celosměrném průměru (PEL) na 0,05 mg.m⁻³. Nejvyšší přípustná koncentrace (NPK-P), která nesmí být překročena ani krátkodobě, je 1 mg.m⁻³.

Seznam literatury u autorů výzkumu

(red)

Inzerce M151000706

Centrum spokojeného stáří
Alzheimer Care

- místo pracoviště - Svoboda nad Úpou
- práce na HPP
- SZŠ, VOŠ, VŠ

Přijmeme všeobecnou zdravotní sestru s registrací do nově zrekonstruovaného Centra spokojeného stáří Alzheimer Care

- příjemné a moderní prostředí
- přátelská atmosféra
- motivující finanční ohodnocení
- dodatková dovolená
- závodní stravování nebo stravenky
- zaměstnanecké benefity

Kontakt: Mgr. Luděk Kopa, Tel.: +420 601 586 793 nebo +420 466 860 529, l.kopa@llb.cz

MZ rozšíří spolupráci s patientskými organizacemi

Příslib resortu zdravotnictví zazněl na letní škole Akademie patientských organizací (APO), projektu Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP), který napomáhá spolupráci a vyšší erudici patientských organizací.

„APO Letní škola umožnila vzájemné představení činností obou stran a vzhled do fungování spolupráce odborníků s patientskými organizacemi v mezinárodním měřítku. Každá z patientských organizací měla příležitost dozvědět se o fungování odborných společností, nejnovějších možnostech léčby a následné péče. APO Letní škola představuje jedinečnou možnost spojit se s medicínskou sférou a nastínit vlastní představy budoucí spolupráce,“ shrnul setkání výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček a dodal, že pokud patientská organizace vyjednává například se zdravotními pojišťovnami, je velké plus, pokud na taková jednání přichází s podporou zástupců dané odborné společnosti. Lékaři mohou zástupcům pacientů také osvětlit

složitý systém zdravotní péče a poukázat na jeho limity, reálné požadavky se pak snáze plní.

Nejen odborný rozměr

Ministerstvo zdravotnictví na setkání zastupovala politická náměstkyně Lenka Teska Arnoštová. Jak uvedla, úřad chce podporovat projekty zaměřené na zvýšení přístupu k pojištění a moderní léčbě, „ uvedl prof. Svačina. Jedním z hlavních problémů jsou podle něj časté dezinformace ohledně léků. Připomněl také nízkou zdravotní gramotnost české populace. Pacienti by měli znát princip nemoci a reálné možnosti nástupu moderní léčby.

„Od ledna, kdy jsme vstoupili do kontaktu, se snažíme více diskutovat nejen o odborné problematice nemoci, ale i společenském rozměru – tedy o financování léčby, přístupu k pojištění a moderní léčbě,“ uvedl prof. Svačina. Jedním z hlavních problémů jsou podle něj časté dezinformace ohledně léků. Připomněl také nízkou zdravotní gramotnost české populace. Pacienti by měli znát princip nemoci a reálné možnosti nástupu moderní léčby.

„APO Letní škola umožnila vzájemné představení činností obou stran a vzhled do fungování spolupráce odborníků s patientskými organizacemi v mezinárodním měřítku. Každá z patientských organizací měla příležitost dozvědět se o fungování odborných společností, nejnovějších možnostech léčby a následné péče. APO Letní škola představuje jedinečnou možnost spojit se s medicínskou sférou a nastínit vlastní představy budoucí spolupráce,“ shrnul setkání výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček a dodal, že pokud patientská organizace vyjednává například se zdravotními pojišťovnami, je velké plus, pokud na taková jednání přichází s podporou zástupců dané odborné společnosti. Lékaři mohou zástupcům pacientů také osvětlit

Peníze z fondů

S blížící se výzvou pro využití prostředků ze Strukturálních fondů EU (OP Zaměstnanost) se patientským organizacím nabízí prostor pro získání financí na jejich čin-

Lékový slovníček má politikům pomoci k lepší orientaci

Z iniciativy poslance PharmDr. Jiřího Skalického vydala Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) elektronický Lékový slovníček, kterým chce přiblížit základní terminologii v oblasti léčivých přípravků zejména zákonodárcům – poslancům a senátorům, na jejichž rozhodnutí budoucí léková politika v ČR stojí. Lékový slovníček napomůže orientaci v celém procesu vzniku a registrace léku, jeho cenové a úhradové regulace a dostupnosti pro pacienta. Kvůli co nejširšímu záberu jeho možných uživatelů, tedy i laické veřejnosti, je brožura připravena v elektronické podobě na

webu AIFP. Jak zdůraznil výkonný ředitel asociace Jakub Dvořáček, jedním z aktuálních společenských témat je zajištění co nejlepší léčby pro všechny pacienty a zároveň udržení rozpočtových výdajů v udržitelných mezích. Brožura je určena všem, kteří chtějí mít přehled v distich budoucí léková politika v ČR stojí. Lékový slovníček napomůže orientaci v celém procesu vzniku a registrace léku, jeho cenové a úhradové regulace a dostupnosti pro pacienta. Kvůli co nejširšímu záberu jeho možných uživatelů, tedy i laické veřejnosti, je brožura připravena v elektronické podobě na

nosti. I zde AIFP patientské organizace podporuje a v rámci APO prochází zástupci pacientů řadou školení. „Pokud patientská organizace prokáže, že je pro získání grantu odpovědným partnerem, který má transparentní financování a odbornou garanci ze strany kapacit v oboru, má daleko vyšší šance, že prostředky z EU získá. O tyto prostředky soutěží i s již dobře zavedenými nezisko-

vými organizacemi typu Adra nebo Česká katolická charita, oproti nimž mají pacienti v získání grantu často handicap,“ řekl Jakub Dvořáček.

Jak ministerstvo uvedlo, z programu IROP je pro celý resort zdravotnictví přislíbeno 7,8 miliard korun. Z Operačního programu Zaměstnanost bylo ministerstvu zdravotnictví a příspěvkovým organizacím slíbeno 2,8 mld.

(klu)

Petra Klusáková

Inzerce M151000666



generální partner



hlavní partner



organizační garant

zveme vás na kongres

XIX. GERONTOLOGICKÉ DNY OSTRAVA

motto: SENIOR – AKTÉR DOBY aneb ABY STÁŘÍ BYLO PĚKNÉ

14. – 15. října 2015
/program pro odbornou veřejnost/

16. října 2015
/program pro laickou veřejnost/

v Domě kultury města Ostravy

pod záštitou
Tomáše Macury, primátora statutárního města Ostravy a Svatopluka Němečka, ministra zdravotnictví ČR

Cena osobnostem pod záštitou
Miroslava Nováka, hejtmána Moravskoslezského kraje

KONGRES JE REALIZOVÁN S FINANČNÍ PODPOROU STATUTÁRNÍHO MĚSTA OSTRAVA



Z REGIONŮ

KNL: V letních měsících stoupl počet napadených zdravotníků

V Krajské nemocnici Liberec (KNL) řeší problém se zvýšeným výskytem agresivity a výpadů vůči zdravotnickému personálu. Napadení a agrese ze strany pacientů přitom často nemají jen podobu vulgarismů či demolování vybavení nemocnice. Fyzická napadení končí i zraněním zdravotníků.

Jeden ze závažných případů napadení zaznamenali v liberecké nemocnici v polovině srpna. „Opilý muž na traumatologickém příjmu napadl sestřičku. Bil ji pěsti do obličeje. Před dalšími ranami ji zachránil lékař a přivolaná policie,“ popsal situaci zaměstnanec traumatologického urgentního příjmu Jakub Kopecký. Sestra byla po napadení v pracovní neschopnosti. Jakub Kopecký upozornil, že podobné útoky s vážnými následky byly za posledního půl roku už tři. Někteří útočníci jsou pod vlivem alkoholu. Drobné potyčky a slovní útoky jsou pak zcela běžné.

Agresivita kvůli medikaci

„Za posledních deset let jsme měli zhruba 15 případů vážných napadení sester na traumatologii. Lidé se chovají k těm, kteří jim zachránili život, neuctivě. Vulgárně jim nadávají a ještě jim ubližují nebo jim vyhrožují,“ potvrdil přednosta traumacentra Richard Lukáš. Výhrůžkám musí personál čelit i několikrát týdně. Zejména na odděleních

JIP, v ambulancích a ve specializovaných centrech.

„Vyskytují se i případy, kdy jsou pacienti agresivní kvůli medikaci a své útoky neumí ovlivnit,“ uvedla ředitelka pro ošetrovatelskou péči Marie Fryaufová. Jde zejména o pacienty onkologického centra. „V poslední době se setkáváme s agresivitou ze strany pacientů, kteří jsou paradoxně dobře a dlouho léčeni a tím pádem se dožívají stadií choroby s generalizací onemocnění s metastázami do mozku. Mnohdy jsou to mladí lidé do 30 let věku. Mají změněné chování v důsledku chorob, a než se organismus nasytí zklidňujícími léky, hází po personálu vším, co jim přijde do ruky,“ popsala zkušenosti z libereckého onkologického centra vrchní sestra Dana Hrstková.

Peer program

Podobné zkušenosti mají také v libereckém neurocentru. „Takovou událost zdravotníci dost dlouho prožívají a mají obavy z dalšího útoku,“ upozornila vrchní sestra neurocentra

Milena Dudová. Zvládat zátěžové situace pomáhá personálu jako peer program, který slouží jako podpora zdravotníkům přímo v terénu. V liberecké ne-

mocnici funguje přes rok. Asistenci poskytují dvě zdravotnice – manažerka psychosociální péče a staniční sestra na onkochirurgii. „Poskytují asisten-

ci na všech odděleních a za letošní rok poskytli intervenci ve 45 případech. Nejedná se pouze o případy napadení zdravotníků, ale i další obtíže, s nimiž se mohou zaměstnanci setkat – smrt blízkého, kolegy, komplikovaný zákrok, úmrtí dětí a podobně,“ uvedla pro naši redakci mluvčí nemocnice Barbora Silná. „Naši zdravotníci byli vyškoleni v rámci projektu, který hrála Evropská unie. Intervence poskytují v rámci svého pracovního poměru, tudíž nejsou potřeba další náklady,“ upřesnila.

Irena Soukupová

Tým odborníků z FN Olomouc letí operovat oběti syrské války do Jordánska

Pět odborníků z Fakultní nemocnice Olomouc odletělo počátkem září do Jordánska, kde operovali syrské uprchlíky v rámci humanitárního programu MEDEVAC.

„Vybrali jsme do něj dva špičkové odborníky na úrazovou chirurgii končetin, dva výborné anesteziology a zkušenou fyzioterapeutku se specializací na rehabilitaci traumat ruky a pohybového aparátu. Jsem rád, že naši lidé na tuto náročnou misi kývli, a jsem si jistý, že jen potvrdí dobré jméno, které česká medicína v zahraničí má,“ konstatoval ředitel FN Olomouc Roman Havlík.

Olomoučtí specialisté působili v muslimské charitativní nemocnici, dva z pěti členů týmu ji na jaře vybrali jako vhodnou pro operaci a péči, kterou budou pro syrské pacienty zajišťovat. „Spolu s kole-

gou Petrem Špirochem jsme přímo v Ammánu obhlíželi dvě nemocnice. Jedna byla na opravdu vysoké úrovni, ale pronájem sálu by tam byl velmi drahý. Nakonec jsme tedy zvolili zařízení na úrovni české okresní nemocnice koncem dvacátého století, kde je vybavení plně dostačující pro typ výkonů, které budeme provádět,“ konstatovala vedoucí lékařka olomouckého týmu, anestezioložka Lenka Obare Pyszková.

Během čtrnácti dnů provedli olomoučtí zdravotníci okolo padesáti operací pacientů, syrských civilistů, kteří ve válce utrpěli poranění rukou či nohou, ale tato zranění

se jim bez odborné péče špatně zhojila. Jako první z českých týmů se olomoucký navíc zaměřil i na následnou rehabilitační péči, která je pro obnovení funkce operovaných rukou či nohou klíčová. „Naším cílem bylo zlepšit hybnost a funkčnost postižených končetin. Věnovali jsme se také následné péči a rehabilitaci. Musíme pacienty po operaci naučit končetiny procvičovat, aby se brzy nevrátily do předchozího stavu. Efekt operace a veškeré péče by tak přišel nazmar. Proto jsme do týmu vybrali i zkušenou fyzioterapeutku,“ vysvětluje Lenka Obare Pyszková. (klu)

Krátce z regionů

• Nemocnice Nymburk hledá jednatele

Rada města Nymburk, společník Nemocnice Nymburk, s. r. o., vyhlásila výběrové řízení na pozici jednatele nemocnice. Nový jednatel by měl do funkce nastoupit na počátku listopadu letošního roku. Uchazeč musí mít vysokoškolské vzdělání v oblasti ekonomie, práva nebo lékařství a minimálně pětiletou praxi ve vedoucí pozici (tříletou zkušenost s provozem zdravotnického zařízení). Měl by se také orientovat v právních předpisech souvisejících s jeho funkcí. Samozřejmostí je bezúhonnost. Přihlášky do výběrového řízení mohli zájemci posílat do 18. září 2015. Druhé kolo řízení, tedy ústní pohovor, bude probíhat pravděpodobně v průběhu října.

• Liberecká a frýdlanská nemocnice chystají společný urgentní příjem

Nemocnice Frýdlant, kterou provozuje společnost Euroclinicum, přivedla od začátku září lůžka akutní interní péče na péči následnou. Na to reagovala Krajská liberecká nemocnice (KNL), která navýšila kapacity příjmu pacientů, kteří do Liberce směřují z Frýdlantského výběžku. Současně s tím připravilo vedení liberecké nemocnice návrh na řešení tohoto stavu v podobě vybudování urgentního příjmu pro pacienty s interními a chirurgickými diagnózami. „Výhodu společného interního a chirurgického příjmu vidíme především v tom, že mnoho diagnóz u pacientů je hraničních a potřebují konzultaci internisty i chirurga. Krajská nemocnice Liberec by na místě zajistila internisty a společnost Euroclinicum by mohla zajistit chirurga. Tím by byla urgentní medicína v základních oborech pro pacienty Frýdlantska

zajištěna přímo ve Frýdlantu,“ uvedl v tiskové zprávě přednosta interního centra KNL Tomáš Klimovič. KNL chce proto jednat se samosprávou Města Frýdlant a Libereckým krajem o možných prostorách. Radní pro zdravotnictví Libereckého kraje Petr Tulpa se záměrem souhlasí. Jednatel Nemocnice Frýdlant Zdeněk Kubr v tiskové zprávě nemocnice upozornil na tlak ze strany zastupitelstva města, které nastínilo i možnost výpovědi z nájmu v městských prostorách provozovatelé nemocnice. Společnost Euroclinicum by v tom případě byla připravena pokračovat v provozování zdravotních služeb v náhradních prostorech.

• Plzeňský kraj letos nemocnicím vyplatí 227 milionů

Plzeňský kraj poskytne jím zřízeným nemocnicím celkem 227 mi-

lionů korun za takzvanou službu obecného hospodářského zájmu (SOHZ). Kraj se tak snaží kompenzovat ztráty, které nemocnice z provozu takových služeb mají. Loni přitom kraj nemocnicím vyplatil 240 milionů, předloni dokonce přes 289 milionů. Původně schválená částka pro letošní rok byla přitom ještě nižší. Peníze půjdou do čtyř nemocnic akutní péče a do dvou nemocnic následné péče. Na SOHZ dostane, stejně jako minulý rok, nejvíce peněz Klatovská nemocnice, druhé největší zdravotnické zařízení v kraji po FN Plzeň.

• Česká Lípa má zájem o Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa

Česká Lípa má zájem o zřízení Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, jejímž jediným vlastníkem je Liberecký kraj. Pokud by se měs-

to stalo jediným vlastníkem, bylo by ochotno zaplatit za zařízení 100 milionů korun a podnikat další investice. Jedná se o jednu ze tří nabídek, které zastupitelé schválili. Menšinový podíl akcií (45 %) by byli ochotni koupit za 50 milionů korun. Liberecký kraj už dříve nabídl České Lípě spoluměstnictví nemocnice. Nepřišel ale s konkrétní nabídkou. Kraj je údajně ochoten prodat nejvýše 49 % akcií. „Chceme být ale velkým hráčem a nezajímá nás žádný symbolický podíl,“ uvedla pro novináře Českolipská starostka Romana Žatecká. Jednání o vstupu do nemocnice podmiňuje radnice města také zastavením prodeje majetku, protože nemocnice v poslední době rozprodává nepotřebné pozemky. Konečný vývoj je závislý na dalších jednáních. (iso)

Jaromír Gajdáček odchází z čela ZPMV ČR

Generální ředitel Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra (ZPMV) Jaromír Gajdáček MBA se rozhodl v souvislosti s koncem druhého funkčního období ukončit své působení k 1. 10. 2015. Správní rada zvolila nového ředitele, současného ředitele odboru strategie Davida Kostku.

„Říká se, že v nejlepším se má přestat. Pojišťovnu předám v dobré kondici, prosperující a s přibývajícím počtem klientů. Po letech práce v hornictví a dalších sedmnácti letech ve zdravotnictví se ve třetí třetině své profesionální dráhy chci věnovat novým projektům a aktivitám v zahraničí,“ řekl Jaromír Gajdáček, který v ZPMV pracoval od roku 2008, tedy téměř 8 let. Zůstává prezidentem Svazu zdravotních pojišťoven ČR i viceprezidentem Unie zaměstnaneckých svazů.



„Pojišťovna se pod vedením Jaromíra Gajdáčka stala stabilním partnerem poskytovatelů zdravotní péče, nemá žádné závazky a pyšní se nejlepší efektivitou práce s nejnižšími provozními náklady ze všech zdravotních pojišťoven v České republice. Je největší zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou v zemi a druhou s více než 1 milionem a 260 tisíci klientů,“ uvedla tisková mluvčí ZPMV Hana Kadečková.

(red)

Obchod divize Medical Services vede Kristína Kupcová

Od 1. září se obchodní ředitelkou divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta, a. s., stala Kristína Kupcová.

Ke změně dochází v rámci rozvoje divize Medical Services a nárůstu pořádaných odborných akcí za poslední rok. V roce 2015 rozšířila divize produkci odborných knih o 30 % a podařilo se etablovat společný projekt s Českou lékařskou komorou – Postgraduální akademii, cyklus vzdělávacích sympozií pro lékaře. Do konce roku 2015 bude divize pořádat řadu odborných akcí, z nichž nejvýznamnější je konference Zdravotnictví 2016, která naváže na úspěšný minulý ročník a již se zúčastní zástupci politické i odborné reprezentace. Konference má ambici stát se nejvý-



znamnější akcí svého druhu na českém trhu. Úkolem Kristíny Kupcové bude zajistit ekonomický růst rozvíjením nové obchodní strategie, rozšíření nabídky služeb, realizace nových aktivit a plnění nových obchodních cílů.

Významnou příležitostí bude využití kombinace tří hlavních produktů divize Medical Services, a to širokého portfolia odborných časopisů (včetně časopisu Zdravotnictví a medicína), odborných knih pro lékaře a odborných akcí. Kombinace těchto aktivit je významnou konkurenční výhodou vydavatelství Mladá fronta.

(Zdroj: Mladá fronta)

(kha)

Teva Pharmaceuticals CR má nového generálního ředitele

Společnost Teva Pharmaceuticals CR od září v Česku a na Slovensku vede Juan Carlos Conde.

Manažer s dlouholetou zkušeností ze španělské Tevy vystřídá Zdeňka Zahradníka. Juan Carlos Conde má za sebou působení v Teva Europe, později řídil obchodní rozvoj generického segmentu ve Španělsku. Zdeněk Zahradník vedl obchodní zastoupení v Česku od roku 2006 a podle Tevy patří k nejdě-



le působícím generálním ředitelům. Obchodní zastoupení na Slovensku řídil od loňska.

Teva Pharmaceuticals CR působí na českém trhu od roku 1997. S loňským obrátem přes 2 miliardy korun představuje dvojku českého generického trhu. Zaměstnává kolem 150 lidí.

(Zdroj: ČTK)

(kha)



www.medica-tradefair.com

16-19 NOVEMBER 2015
DÜSSELDORF GERMANY



WORLD FORUM
FOR MEDICINE
BE PART OF IT!



Informace pro návštěvníky, prodej vstupenek,
komplexní cestovní služby:

BVV FAIR TRAVEL s.r.o. _ Výstaviště 1 _ 647 00 Brno
Tel.: +420 541 159 190 _ Fax: +420 541 159 172
koznar@fairtravel.cz _ www.fairtravel.cz

Messe
Düsseldorf

FARMABYZNYS

Astellas Pharma novým členem AIFP

Farmaceutická společnost Astellas Pharma se stala novým členem Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP).

Astellas Pharma se tak stala již 31. členem AIFP v České republice. Společnost se věnuje novým léčebným postupům u onemocnění, jakými jsou například nezhoubné zvětšení prostaty, rakovina prostaty či hyperaktivní močový měchýř, vyvinula rovněž inovativní léčivé přípravky pro široký okruh kožních onemocnění včetně atopického ekzému a akné. „Těší nás, že v AIFP můžeme přivítat další společnost, je-

jímž posláním je zlepšování života pacientů díky inovativním farmaceutickým produktům,“ řekl výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček. „Jsem velmi potěšen, že se Astellas Pharma stala součástí AIFP, a hrdý na to, že budeme intenzivněji spolupracovat s inovativním farmaceutickým průmyslem v České republice. Pro naši společnost je pacient vždy na prvním místě, a proto se maximálně sou-

středíme na vývoj inovativních léků a řešení dosud nenaplněných potřeb moderní medicíny,“ dodal Piet Dury, výkonný ředitel Astellas Pharma pro Českou republiku.

Astellas Pharma s AIFP spolupracovala již v předešlých letech. Patřila například mezi první nečlenské společnosti, které se připojily k celoevropské iniciativě Transparentní spolupráce.

(Zdroj: AIFP)

(kha)

Krátce z (farma)byznysu

• **Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)** pozastavil na přelomu července a srpna v Česku distribuci a výdej léku **Exjade** s podezřením, že na český trh mohly proniknout jeho padělky. „V Německu byly odhaleny šarže léků této značky, v nichž nebyla léčivá látka. V balení byly například ústřížky plastových blistrů a doplňky stravy,“ uvedla mluvčí SÚKL Lucie Šustková. Padělky podle ní putovaly do Německa ze Slovenska přes Českou republiku. To je také důvod, proč ústav preventivně rozhodl stáhnout léčiva z českých lékáren. Podobný případ se v Česku podle SÚKL zatím nikdy nestal. Společnost **Novartis**, která přípravek vyrábí, uvedla, že v jejím distribučním řetězci žádné pochybení nevzniklo. „Naše společnost je poškozenou stranou a zvažujeme v této věci podání trestního oznámení,“ uvedla mluvčí Novartis Emílie Pražáková. Padělky šířily podle informací SÚKL takzvaní paralelní dodavatelé (neoficiální dodavatelé léků, s nimiž originální výrobci nemají podepsané smlouvy).

• Farmaceutická společnost **Apotex Europe** stahuje z trhu šest šarží antidepresiva **Apo-Fluoxetine** POR CPS DUR (balení po 100 tobolek šarže ME5656, MF6886 a KP0557 a balení po 30 tobolek šarže KP0556; preventivní stahování se týká 30 tobolekového balení ze šarže KX5684 a 100 tobolekového šarže KX5685). Závadou v jakosti je podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) nečistota, která neodpovídá registrační dokumentaci léku. SÚKL zatím nemá žádné hlášení o jakýchkoli nežádoucích účincích.

• Kanadská farmaceutická společnost **Valeant Pharmaceuticals**

oznámila, že za zhruba 1 miliardu dolarů odkoupí **Sprout Pharmaceuticals**, výrobce prvního léku na léčbu nízké sexuální touhy u žen (flibanserinu, Addyi). Zpráva přišla krátce poté, co americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) schválil prodej přípravku v zemi. Dohoda by měla být dokončena ještě v tomto čtvrtletí. Valeant po dokončení převzetí zaplatí za Sprout 500 milionů USD a dalších 500 milionů dolarů v prvním čtvrtletí příštího roku.

• Společnost **Bioveta** loni zvýšila tržby o 18 % na téměř 1,1 miliardy korun, zisk jí stoupl o 39 % na 220 milionů korun. Výrobci z Ivanovic na Hané na Vyškovsku se podařilo růst jak na tuzemském trhu, tak v zahraničí. Došla se na trhy i v nových zemích, farmaceutické výrobky dodává do 80 států. Bioveta také pokračovala v registraci některých vakcín v tuzemsku a především v zahraničí, odkud plynou více než dvě třetiny tržeb. „Organický růst společnosti má na svědomí prodej a snaha získat co největší podíl na co nejvíce trzích, dále investice do výroby, vývoje a podpory prodeje v zahraničí,“ uvedl předseda představenstva Libor Bittner. Aktuální investicí je budování laboratoře na výrobu vakcín proti borelióze s cílem vyrábět šarže o velikosti více než 1000 dávek.

• Irský výrobce léků **Shire** předložil nabídku na převzetí amerického konkurenta **Baxalta** za zhruba 30 miliard dolarů v akciích. Vedení Baxalty již dříve návrh na spojení podniků odmítlo, Shire se proto nyní s nabídkou na převzetí obrátil přímo na akcionáře americké společnosti. Spojením fi-

rem by měla vzniknout světová jednička v léčbě vzácných chorob. Shire nabízí za každou akcii Baxalty o 1,687 vlastní akcie. Akcionáři firmy Shire by ve sloučené skupině měli kontrolovat 63 % akcií, zatímco akcionářům Baxalty by mělo patřit zbývajících 37 %. Baxalta se v červenci oddělila od skupiny Baxter International.

• Brněnská farmaceutická společnost **Valosun** loni zvýšila výnosy o 8 % na 159,6 milionu korun, zisk se zvýšil o 15 % na téměř 10 milionů korun. Růst podpořila především poptávka po probiotických a urologických produktech. Klíčovým trhem zůstala pro Valosun loni Česká republika. Tržby ale firmě rostly také v zahraničí. Na Slovensku, které je druhým nejdůležitějším trhem, se tržby zvýšily o 2 %. K růstu přispěly výrobky nově uvedené na trh. Valosun se snaží postupně prosadit i na dalších trzích, například v Polsku, Ázerbájdžánu či ve Vietnamu.

• Izraelská společnost **Teva Pharmaceutical Industries** oznámila odkoupení společnosti **Allergan**. Transakce vyjde na 40,5 miliardy dolarů. Teva současně zrušila plány na akvizici společnosti **Mylan**, která nabídku na převzetí již delší dobu odmítá. Teva podle dohody vyplatí Allerganu 33,75 miliardy dolarů v hotovosti a zbytek v akciích. Allergan tak bude mít v Tevě 10% podíl. Transakci schválily správní rady obou firem a měla by být dokončena v prvním čtvrtletí 2016. Tržby nově vzniklé firmy mají příští rok činit 26 miliard dolarů a zisk před zdaněním, úroky a odpisy 9,5 miliardy USD.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Dr. Max spustil ojedinělý projekt s Kontem Bariéry

Společnost Česká lékárna holding (ČLH) spolupracuje s Kontem Bariéry Nadace Charty 77, jíž přispívá na speciálně vybavené automobily určené k přepravě seniorů a handicapovaných.

V rámci projektu věnuje lékárenský řetězec Dr. Max od 1. září z prodej jakéhokoli produktu své vlastní značky 1 korunu na Konto Bariéry. Z daru pak budou financovány automobily, jež nadace každoročně předá nejméně dvěma krajským či okresním městům, která je využijí k provozování speciální taxi-služby „Taxi Maxík“.

Prvními dvěma městy, která vozy převezmou, budou letos Praha a Liberec. Zavazují se

přítomně provozovat speciální taxi-službu několik let. Seniorů nad 60 let a handicapovaných budou moci tuto službu využít za symbolický poplatek. „Jsme rádi, že jsme mohli rozšířit svůj záběr charitativní činnosti právě tímto způsobem. Zejména proto, že jde o projekt dlouhodobý a připravovaný ve spolupráci s respektovaným partnerem,“ říká generální ředitel společnosti ČLH Daniel Horák.

(Zdroj: Dr. Max)

(kha)

Walgreens Boots Alliance oznámila finanční výsledky

Společnost Walgreens Boots Alliance oznámila finanční výsledky za třetí čtvrtletí a prvních devět měsíců fiskálního roku 2015.

Jako součást Walgreens Boots Alliance působí v České republice lékárenský velkoobchod a poskytovatel komplexního logistického servisu pro farmaceutický průmysl Alliance Healthcare.

Jak vyplývá z finančních výsledků Walgreens Boots Alliance, upravený čistý zisk na akcii po zřehodnění vzrostl meziročně o 22,9 % na 1,02 dolaru. Čistý zisk na akcii po zřehodnění podle GAAP vzrostl o 59,5 % na 1,18 dolaru. Upravený čistý zisk za třetí čtvrtletí náležející Walgreens Boots Alliance vzros-

tl meziročně o 39,9 % na 1,1 miliardy dolarů. Čistý zisk podle GAAP vzrostl o 82,4 % na 1,3 miliardy dolarů. Obrát ve třetím čtvrtletí vzrostl meziročně o 48,4 % na 28,8 miliardy dolarů. Společnost zvyšuje svůj odhad upraveného čistého zisku za celý fiskální rok 2015 na 3,70–3,80 dolaru na akcii po zřehodnění a potvrzuje cílovou hodnotu upraveného čistého zisku na akcii po zřehodnění pro fiskální rok 2016. Čtvrtletní dividendy mají vzrůst o 6,7 % na 36 centů na akcii.

(Zdroj: Walgreens Boots Alliance)

(kha)

Apotex spolupracuje s Krewel Meuselbach

Kanadská farmaceutická společnost Apotex a německá společnost Krewel Meuselbach zahájily od září exkluzivní spolupráci v oblasti distribuce kompletního portfolia volně prodejných léků, zdravotnických prostředků a doplňků stravy.

Apotex tímto krokem naplňuje svou dlouhodobou strategii, jejímž hlavním cílem je rozšířovat portfolio nabízených výrobků v České republice i v zahraničí. Apotex působí na českém trhu již více než 20 let. V poslední době je zdejším prostředím velmi turbulentní, proto se snažíme stabilizovat silné značky v různých segmentech. Těší nás, že díky uzavření spolupráce se společností Krewel

Meuselbach získáme možnost navázat na úspěšnou distribuci oblíbených produktů,“ uvedla ředitelka společnosti Apotex MUDr. Martina Antenová.

Německá společnost Krewel Meuselbach vstoupila na český trh již v roce 1998. Za tu dobu úspěšně uvedla na český trh celou řadu léčivých přípravků, zejména na léčbu kašle, rýmy a nachlazení.

(Zdroj: Apotex)

(kha)

MZ SR plánuje protikorupční školení pro zdravotníky

Slovenský ministr zdravotnictví zaskočil tamní lékaře, sestry a další zdravotníky zamýšlenou povinností absolvovat protikorupční školení. To mělo být dokonce podmínkou pro možnost vykonávat praxi. Po bouřlivé reakci profesních organizací sice návrh stáhl, odstoupit od záměru ale nehodlá.

Viliam Čislák pripojil paragraf, ktorý povinnosť obsahoval, do novely zákona o poskytovateľských zdravotníckych službách. Keďže však bola legislatíva v červenci dána odbornou verejnosťou k pripomínkovaniu, žiadny takový paragraf neobsahovala. Ministerstvo jej zažiadalo až dodatočne.

Proběhne diskuse

Tiskový mluvčí resortu Peter Bubla uvedl, že návrhem ministerstvo plní úkol, který pro něho vyplývá z akčního plánu na posílení právního řádu. Profesní organizace však ostře protestovaly. „Vzhledem k tomu, že ustanovení o povinném protikorupčním vzdělávání nebylo předloženo v rámci mezioborového připomínkového řízení a nebylo

předmětem odborné veřejné diskuse, žádáme, aby bylo z návrhu novely zákona vypuštěno,“ reagoval prezident Slovenskej lekárskej komory Marian Kollár.

Ministerstvo tlaku ze strany zdravotníků nakonec ustoupilo, i když s nápadem se rozloučit nehodlá. „V současnosti ustanovení upravující povinnost absolvovat takovéto školení vypouštíme z návrhu zákona o poskytovatelích zdravotní péče,“ uvedl mluvčí Bubla a zdůraznil, že resort je o důležitosti a opodstatnění protikorupčního vzdělávání u zdravotníků přesvědčen. „Je ale také třeba přiznat, že této otázce musí předcházet širší diskuse, jež v tomto případě chyběla,“ cituje Petera Bublů deník Pravda.

„Tragikomický záměr“

Prezident Lekárskeho odborového združenia Peter Visolajský dokonca návrh označil za „tragikomický“. Je podľa neho smutné, že po korupčných kauzách ve zdravotnictví, v nichž figurovali především ředitelé nemocnic a ministerští úředníci, přichází návrh, který v první řadě postihuje lékaře, sestry a další zdravotnický personál. „Příkladem neúčinnosti navrhovaného opatření může být nákup předraženo CT v Piešťanech z minulého roku. Na školení by šli lékař a sestra, kteří na kauzu upozornili i bez kurzu. Správní rady piešťanské nemocnice by se návrh nedotkl,“ podotkl Peter Visolajský. Iveta Lazorová ze Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

dodala, že návrh je jen další povinností pro zdravotníky, kteří navíc ani nemohou s korupčním jednáním přijít do styku. „Jde o tisíce lidí – sestry, technické pracovníky, laboranty, fyzioterapeuty a další, kteří ani nemají ke korupčnímu jednání prostor,“ uvedla.

„Celý návrh vychází z premisy zlého úmyslu. Jako kdyby každý zdravotnický pracovník byl zkorumpovaný, což tak rozhodně není,“ neskrýval rozčarování prezident Asociácie súkromných lekárov Ladislav Pásztor.

Řešení leží jinde

Nejen zástupci zdravotníků považují stažení návrhu za nic neřešící. Ředitel Nadácie Zastavme korupciu Pavel Sibyla je přesvědčen,

že v případě zdravotnictví je v boji proti korupci důležitější než školení to, jak a jací lidé jsou vybíráni do vedení nemocnic. Podstatné podle něho rovněž je, aby byly případy korupce či podezření na ni tvrdě postihovány jak v trestněprávní, tak politické rovině.

Analytik Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku HPI Tomáš Szalay pro deník Pravda uvedl, že snahy ministerstva mají vyvolat zdání, že proti korupci ve zdravotnictví bojuje, ačkoli tomu tak není. „Rozhodně nejsou přijímána žádná systémová opatření proti korupci, jde jen o jakási náhradní řešení, která vůbec neřeší podstatu problému.“ Stažení návrhu tak podle něho bylo dobrým krokem.

Podle údajů Transparency International Slovensko sice patří zdravotnictví k resortům s nejvíce korupčním prostředím, v posledních letech však počet případů neoficiálních plateb zdravotníkům v podobě darů, protislužeb nebo finančních pozorností mírně poklesl. Zatímco v roce 2012 takto „uplácelo“ lékaře 26 % pacientů, v posledních 3 letech to bylo 21,8 %.

(Zdroje: Pravda, SME)

(kha)

Dětské oddělení v dolnorakouském Amstettenu hledá pro doplnění týmu

lékařky/lékaře s ukončeným pediatrickým vzděláním a zkušenostmi v akutní pediatrii a neonatologii.

Oddělení disponuje 26 pediatrickými a 4 neonatologickými lůžky (NIMCU) s nejmodernějším vybavením a provozuje také speciální ambulance (diabetologie, kardiologie, dětská neurologie).

V nemocnici krajského typu je i porodnice s necelými 1000 porody ročně a další oddělení (interna, chirurgie, ortopedie, traumatologie, neurologie, anesteziologie, rehabilitace, radiologie, institut laboratorní medicíny a patologie).

Školka pro děti zaměstnanců je umístěna přímo v areálu.

Amstetten leží na hlavní západní dopravní tepně (A1/Westbahn), nabízí široký výběr škol a krásné okolí (ideální pro cykloturistiku i jiné sportovní aktivity).

V případě zdravotnických párů můžeme zaměstnat na uvedených odděleních eventuálně i partnera.

Bližší informace obdržíte u přednosta oddělení.

Landesklinikum 
AMSTETTEN

ZE ZAHRANIČÍ

Eutanazie: Nárůst případů i etických otázek

Podle výsledků dvou nejnovějších studií zaujímají evropští lékaři i v zemích, kde je asistovaná sebevražda legální, k případným žádostem pacientů o eutanazii poměrně rezervovaný postoj. Přesto počet případů, kdy lékař uspíší umírání pacienta, stále stoupá, upozorňuje *JAMA International Medicine*.

V první ze studií autoři zkoumali počet schválených žádostí o lékařsky asistovanou sebevraždu na nizozemské klinice End-of-Life Clinic za rok 2012. Do studie byli zařazeni pouze ti žadatelé, kteří splňovali zákonné podmínky pro provedení eutanazie, avšak nepodařilo se jim k jejímu provedení přesvědčit ošetřujícího lékaře. Jak vyplývá z analýzy, pracovníci kliniky vyhověli pouze 25 % z celkového počtu 645 žádostí podaných mezi březnem 2012 a březnem 2013 (někteří pacienti své žádosti stáhli, jiní zemřeli dříve, než byl jejich případ posouzen, drtivá většina však byla odmítnuta). „Někteří lékaři se rozhodli na základě osobního přesvědčení, jiní si nebyli jisti, že pacient sku-

tečně splňuje všechny podmínky, které stanovuje platná legislativa,“ říká vedoucí autorka studie Marianne Snijderwindová z Amsterdamské univerzity. Aby mohli lékaři pacientovi při umírání aktivně asistovat, musejí mimo jiné ověřit, že se nemocný rozhoduje zcela dobrovolně, trpí nevléčitelnou nemocí bez naděje na zlepšení a je schopen svou situaci jasně posoudit. Jak dr. Snijderwindová dodává, i to jsou důvody, proč jsou lékaři ochotnější eutanazii schválit či provést v případech fyzického utrpení, například u pacientů s onkologickým či kardiovaskulárním onemocněním, než v případech, že se na ně obrátí nemocný trpící psychickou poruchou.

Více žádostí

Druhá ze studií byla provedena ve Vlámku v Belgii a zjistila, že podíl lékařem asistované sebevraždy na celkovém počtu úmrtí vzrostl z 1,9 % v roce 2007 na 4,6 % v roce 2013. Nejčastěji lékaři schválili eutanazii u onkologicky nemocných. Největší nárůst schválených žádostí byl zaznamenán u žen, lidí starších 80 let, pacientů s nižším vzděláním a mezi klienty domovů pro seniory. Podle hlavního autora belgické studie Sigrida Dierickxe z bruselské Vrije Universiteit se postupný nárůst počtu případů eutanazie očekával. „V prvních letech od legalizace asistované sebevraždy byli lékaři zdrženlivější jak ve schvalování žádostí, tak i v ochotě pomoci

ci nemocnému zemřít,“ říká Sigríd Dierickx. V Nizozemsku i v Belgii byla asistovaná sebevražda uzákoněna v roce 2002.

Únava životem

V komentáři, který obě studie v *JAMA International Medicine* doprovázel, varovali dr. Barron Lerner a Arthur Caplan z New York

University Langone Medical Center před některými etickými problémy, jež z výsledků citovaných prací vyplynuly. Za nejproblematičtější označili autoři fakt, že téměř 7 % pacientů z nizozemské studie, kteří dosáhli eutanazie, uvedlo jako jeden z hlavních důvodů svého rozhodnutí „únavu životem“, 4 % pak uváděla pouze psychické obtíže. V polovině případů schválených žádostí figurovala jako jeden z důvodů „osamělost“, což je podle Barrona Lerner a Arthura Caplana rovněž znepokojivě zjištění.

U belgické studie pak autoři komentáře poukazují především na stoupající počet žádostí, jež pocházejí od skupin sociálně znevýhodněných pacientů, tedy obyvatel domovů pro seniory či nemocných s nízkým stupněm vzdělání.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Nemocniční kaplani on-line

Tři americké servery nabízejí vážně nemocným pacientům, kteří by rádi využili služeb kaplanů, ale nemají žádného v dosahu svého bydliště, duchovní pomoc zdarma prostřednictvím Skypu či telefonu.

Internetové stránky *ChaplainsOn-Hand.org*, *ChaplainCareforVeterans.org* a *CantBelieveIHaveCancer.org* podle svých zřizovatelů poskytují terminálně nemocným duchovní útěchu, pomohou s uspořádáním záležitostí týkajících se konce života a nabízejí spirituální provázání pacientů.

vová z Illinoiské univerzity. „Řada odlehklých venkovských oblastí ani nemá kostel, případně je pro mnoho lidí, kteří jsou upoutáni na lůžko, nedostupný. Navíc pro spoustu pacientů i jejich rodin žijících v malých komunitách je důležité udržet v tajnosti podrobnosti o jejich zdravotním stavu,“ dodává.

Překvapivý zájem

„Pokud lidé čelí životní krizi, často se v jejich myslích objevují otázky typu: „Proč právě já?,“ čelí křehkosti vlastního těla, hledají odpovědi a chtějí o své situaci mluvit,“ říká reverend Eric Hall, prezident neziskové organizace HealthCare Chaplaincy Network (HCCN), která tyto duchovní služby „na dálku“ poskytuje. Ohlas na spuštění spirituální pomoci on-line byl nečekaný – jen stránka *CantBelieveIHaveCancer.org* přilákala za první čtyři měsíce svého fungování 200 tisíc unikátních uživatelů. Kaplani jsou zájemcům k dispozici 24 hodin denně.

„Lidé trpí samotou, jsou často izolovaní a duchovní podpora je něco, čeho se jim nedostává, případně bývá při léčbě zcela ignorována,“ potvrzuje reverendka Amy Stranová z HCCN. Právě osamělost byla nejčastěji zmiňovaným pojmem, který lidé hledající spirituální péči on-line skloňovali. Dalšími byly pocity viny a otázky týkající se utrpení. „Po propuštění z nemocnice zůstane řada lidí bez duchovní podpory, které se jim dostávalo během hospitalizace,“ podotýká odbornice na lékařskou etiku Lisa Andersonová-Sha-

On-line návštěvy

Podle posledních průzkumů se za neregulovanou označuje pouze pětina Američanů. I to je podle HCCN důvod k co největšímu rozšíření možnosti vyhledat v případě potřeby služeb kaplana, který má výcvik umožňující těžce nemocným pacientům pomoci v otázkách smyslu života, nemoci, bolesti, utrpení či osamění – a to i mimo náboženský kontext. „V dřívějších dobách byli všichni součástí kongregace a duchovní – ať už to byl kněz, rabín nebo imám – nemocně pravidelně navštěvovali,“ podotýká reverend George Handzo z HCCN. „Ty časy jsou ale pryč, a tak jsou naše služby určeny všem, kteří sice mají to štěstí a umírají v domácím prostředí, ale bez duchovní podpory. Jak jinak jim ji zprostředkovat? Těžko můžeme kaplany posílat do všech koutů země.“

V Americe mají kaplany dvě třetiny zdravotnických zařízení. Podle údajů Institute of Medicine mají nemocnice, kde kaplani působí, nižší úmrtnost pacientů během hospitalizace a zdejší nevléčitelně nemocní častěji volí hospicovou péči.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Budou britští lékaři postihováni za předepisování antibiotik?

Britská Národní zdravotní služba (NHS) vydala nové doporučené postupy pro antibiotickou preskripci. Někteří odborníci požadují zavedení postihů pro lékaře, kteří předepisují antibiotika zbytečně.

Podle prof. Marka Bakera z Národního institutu pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE) je jen v Anglii ročně vystaveno zcela zbytečně 10 milionů předpisů na antibiotika. Podle něho je nutné, aby proti lékařům, kteří tato léčiva nadále předepisují i v případech, kdy pro to není medicínský důvod, zasáhly příslušné úřady. Královská společnost praktických lékařů s takovým požadavkem nesouhlasí.

Tlak ze strany pacientů

Vědci již delší dobu varují, že narůstá počet případů infekcí rezistentních vůči běžným lékům a že tzv. antibiotická apokalypsa může způsobit návrat starých nemocí, ale také ztížení či narušení řady medicínských procedur, jako jsou například chirurgické zákroky nebo chemoterapie. Právě zbytečné předepisování antibiotik zvyšuje rezistenci bakterií – navzdory tomu množství předepsaných léčiv z této skupiny neustále stoupá.

NICE nyní připravil nové směrnice týkající se antibiotické preskripce určené pro zdravotnická zařízení v rámci NHS v Anglii, které mohou být přejaty i v dalších regionech ve Velké Británii.

Guidelines mimo jiné upozorňují na skutečnost, že k předepisování antibiotik lékaře mnohdy nutí i sami pacienti. Prof. Baker uvádí, že někteří z nich přicházejí do ordinace s utkvělou myšlenkou, že tyto léky musejí užívat, aby se uzdravili (i v případech, kdy antibiotika objektivně nepotřebují). „A 97 procent těchto nemocných je nakonec skutečně dostane,“ dodává Mark Baker. Nové doporučené postupy výslovně stanovují, že lékař má pacienta informovat o skutečnosti, že antibiotika nejsou pro jeho léčbu potřeba, a nemá léky předepsat. Podle prof. Bakera by měli být lékaři motivováni, aby své „hazardní návyky“ v antibiotické preskripci změnili. V opačném případě odborník navrhuje, aby zasáhla britská lékařská komora (General Medical Council), která může i odejmout lékařům povolení k vykonávání praxe.

Jedinec vs. společnost

Podle údajů NICE by měly nové *guidelines* snížit počet předpisů na antibiotika, který v zemi v současnosti dosahuje 42 milionů ročně, přibližně o čtvrtinu. Jak vyplývá z údajů institutu, pokud by léka-

ři postupovali podle předchozích směrnic, množství vypsaných receptů jen u infekcí dýchacího ústrojí by kleslo o 22 %.

Tim Ballard z Královské společnosti praktických lékařů je však přesvědčen, že je nutné změnit postoj celé společnosti k antibiotikům, nikoli zaměřit se pouze na lékaře. „Jakékoliv návrhy, jež počítají s tím, že by praktičtí lékaři, kteří již nyní poskytují péči ve velmi náročných podmínkách a čelí obrovskému tlaku, měli být nahlašováni úřadům, jsou kontraproduktivní a ničemu nepomohou,“ obává se dr. Ballard. Podle NICE se chystají edukační materiály i pro laickou veřejnost – spatřit světlo světa by měly příští rok.

Výkonný ředitel General Medical Council Niall Dickson je přesvědčen, že lékaři by měli zvážit a případně změnit své preskripční návyky. „Lékaři mohou kvůli špatnému předepisování léků čelit sankcím a v některých případech se tak již děje. Chceme však především změnit postoj k antibiotikům mezi zdravotníky obecně, nikoli postihovat jednotlivce,“ uzavírá Niall Dickson.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Za vyšší kvalitu více peněz

Německá lékařská komora si hodlá v parlamentu „ohlídat“ návrh zákona, jímž se mají v letech 2016 a 2017 významnějším způsobem změnit pravidla pro plánování a financování nemocniční péče.

Reformní změny vstoupí zčásti v platnost v lednu příštího roku. Smluvní partneři – svazy pojišťoven a společnost nemocnic – však nové podmínky financování prostřednictvím DRG úhrad dojednají až s účinností od roku 2017, informuje resortní ministerstvo. Na nová opatření mají navazovat investice pro nemocnice z rozpočtů spolkových zemí. Ty jsou ostatně jedním z bodů, na něž se nyní upírá pozornost komory – podle ní musí jít o investiční prostředky právně vynutitelné, resp. nesplnění povinnosti zemí spolupodílet se na finanční podpoře by mělo být žalovatelné.

Komora souhlasí s ministerstvem, že v síti ústavů mají být preferována

nejkvalitnější pracoviště (na úrovni jednotlivých zemí v určitých intervalech probíhá přehodnocování sítě nemocnic). Návrh změn počítá s tím, že za mimořádně kvalitní výkony získají nemocnice vyšší úhrady, naopak za nedostatečnou kvalitu dojde k jejich krácení. Komora podporuje, aby se stát příliš nespolehal jen na financování za výkonnost, podle některých studií tento systém sám o sobě není efektivní. Nicméně varuje před spuštěním nových přístupů (větší orientace na kvalitu) bez dostatečného odkoušení v praxi. V parlamentu hodlá profesní organizace také lobbovat za celkově vyšší finanční podporu – prosazuje, aby nemocnice získaly každoročně nejméně



Illustrace: foto: Shutterstock

3 miliardy eur navíc. Pokud jde o konkrétní kritéria kvality péče, bude na nich pracovat spolkový výbor složený paritně z lékařů a zástupců pojišťoven. (via)

Riziko monopolu ve Vídni?

Vídeňská pobočka rakouské lékařské komory stejně jako svaz veřejných nemocnic hlavního města jsou skeptičtí k záměru vlastníků některých soukromých nemocnic propojit své ústavy v rámci „nové strategie partnerství“.

Pokud by podle komory o výrazně větším podílu lůžek rozhodoval jeden vlastník (nebo více vlastníků, avšak při těsnější vzájemné dohodě), pak by hrozilo riziko monopolu či kartelového chování. To by se mohlo negativně projevit v rostoucích sazbách zdravotního pojištění a naopak v klesajících lékařských honorářích. Monopolní

postavení nebo kartelové dohody totiž umožňují větší vliv na jednání s pojišťovnami či státem. Komora chce proto požádat příslušné instituce o přezkoumání této strategie po právní stránce. Zároveň profesní organizace varuje před prodloužením čekacích dob pro pacienty v některých oblastech. Jako příklad uvádí, že na

rehabilitaci pojištěnci dnes čekají v průměru 5 měsíců. Stát a pojišťovny by neměly sledovat prioritně jen úspory, ale podle vedení komory by si měly rovněž uvědomit, že finanční ztráty nastanou i z důvodu odkládané rehabilitace a tím prodloužené pracovní neschopnosti. (via)

Vliv „lékařské lékárny“ na náklady

Švýcarský zdravotní úřad zveřejnil studii zpracovanou nezávislými odborníky, která porovnává náklady na léky vydané pacientům přímo lékařem s výdaji na léčivé přípravky poskytnuté nemocným na recept lékárníky.

Možnost, aby lékař sám měl svou „lékárnu“, je ve Švýcarsku upravena kantonálními předpisy s velkými rozdíly. Zhruba v jedné třetině kantonů je lékařům tato činnost povolena, v další třetině je zakázána a ve zbývajících kantonech existuje smíšený systém (někdy je vydání léků lékařem omezeno jen na výjimečné případy). Lékařem vedená lékárna je nejvíce přípouštěna v německy mluvících oblastech (v 17 z 19 těchto kantonů). Lékařská komora uvádí, že v některých lokalitách si museli občané právo získat lék přímo v ordinaci „vybojovat“, protože část politiků se tuto praxi snaží omezit, či dokonce zakázat. Komora navíc uvádí, že zdravotní úřad studii zveřejnil až s ročním zpožděním, zřejmě „z taktických politických důvodů“.

Spory o interpretaci

V současné době komora polemizuje s úřadem ohledně interpretace výsledků šetření statisíců dat nejen o spotřebě léků a jejich cenách (úhradách pojišťovny), ale i dalších souvislostech. Shodují se sice v tom, že náklady pojišťoven na přípravky vydané pacientům přímo lékařem jsou o 13 % (jiná analýza hovoří o 6 %) nižší než na léčiva vydaná lékárnami, ale zatímco komora „jáá“, úřad to po přiřazení dalších dat považuje za statisticky nevýznamné. Zdravotní úřad totiž poukazuje

na to, že pacienti, jimž léky poskytl přímo lékař, inklinují k častějším návštěvám ordinací nebo i nemocnic (resp. jsou jim konzultace více doporučovány) než nemocní, kteří si chodí pro medikamenty do lékáren. Podle úřadu jsou na léčebné výkony u lékařů s vlastním výdejem přípravků náklady v průměru o 8 % vyšší, než je tomu u skupin pacientů, kteří jdou s receptem do lékárny.

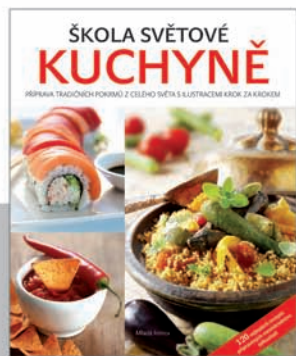
Nevysvětlená tvrzení

Lékařská komora ovšem tvrdí, že studie se měla více zaměřit také na kvalitu péče a spokojenost pacientů. Podle ní by se tak mohlo například prokázat, že lékaři s vlastním výdejem léčiv se více zabývají odstraněním možných vedlejších nepříznivých účinků farmakoterapie (to může souviset s častějším vyšetřením pacienta). Autoři studie však brání její kvalitu – poukazují mj. na preciznost výběru porovnávaných skupin nemocných (podle srovnatelného věku, pohlaví, nemoci, bydliště, místa léčby atd.) i porovnávaných léčivých látek. Komora nicméně trvá na tom, že některá tvrzení by bylo zapotřebí „více vysvětlit“, protože vyšší výdaje na lékařské výkony mohou být v některých lokalitách způsobeny vyšší hodnotou bodu (odrážející celkově vyšší náklady na provoz ordinace apod.).

Vladimíra Bošková

Inzerce M151000746

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte knihu Škola světové kuchyně

Kompletní kurz světové kuchyně je připravený ve spolupráci s šéfkuchaři prestižní mezinárodní italské kuchařské školy ALMA. 120 receptů na nejnámější či typické pokrmy národních kuchyní je seřazeno podle jednotlivých světadílů a zemí.

Doporučená cena **349 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafrota@predplatne.cz, uveďte své jméno, doručovací adresu a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0915**. 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 0915**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Neváhejte!
Tato nabídka platí jen do **25. 10. 2015**.
Předplatné na rok pouze za **299 Kč**.

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

ZE SPOLEČNOSTI

Setkání dětí, které přišly na svět díky IVF

Centrum Iscare pozvalo do pražské zoo na poslední prázdninovou neděli děti „ze zkumavky“. Na setkání jich přišlo víc než při obdobných akcích na celém světě.

Na letošní setkání dětí ze zkumavky kliniky Iscare přišlo 1334 dětí, což je nový světový rekord. Dosavadní zápis v Guinnessově knize rekordů držela podobná akce v Číně z roku 2011. Iscare letos oslavuje 20 let od založení svého IVF oddělení. Celkem se díky působení lékařů tohoto centra dostalo na svět od roku 1995 už téměř 10 ti-

síc dětí, což je pro srovnání například počet obyvatel Čáslavi či Litomyšle. „Jsme velmi rádi, že se nám rekord povedlo překonat, zvláště když ho dosud držela nejlidnatější země světa Čína. Úžasné bylo především focení vybraných dětí z každého roku od roku 1995, které ukázalo jak vývoj těch už dospělých, tak i ty čerstvě naro-

zené,“ řekl k akci primář IVF centra Iscare MUDr. Jaroslav Hulvert. První dítě ze zkumavky se u nás narodilo v roce 1984. Byl to chlapec a loni oslavil třicetiny. Narodil se díky odborníkům z Fakultní nemocnice Brno. Jednalo se tehdy o vůbec první porod takto počatého dítěte ve střední a východní Evropě. (red)



Účastníci rekordu a primář IVF centra Iscare MUDr. Jaroslav Hulvert. | Foto: ISCARE

Manažerka roku 2014 za zdravotnictví a sociální služby

Ve 22. ročníku soutěže Manažer roku uspěla také primářka a ředitelka Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí Michaela Tomanová. Stala se Manažerkou roku 2014 v oblasti zdravotnictví a sociální služby.

Akci vyhlašuje Svaz průmyslu a dopravy ČR, Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR a Česká manažerská asociace. Komise vybírala mezi 250 manažery, ze kterých vzešlo 77 finalistů. Zvítězili ti, kteří se nejvíce zasloužili o významný růst své společnosti. V odvětví zdravotnictví a sociálních služeb zvítězila primářka a ředitelka Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí MUDr. Michaela Tomanová,



Ředitelka rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí Michaela Tomanová při přebírání ocenění Manažer roku 2014

MBA. Ta působí v ústavu už 15. rokem a dlouhodobě se věnuje oboru rehabilitační a fyzikální medicíny. Vynikla také unikátní rehabilitační metodou Infinity. Porota vybírala ve finále v oblasti zdravotnictví a sociálních služeb ze čtyř kandidátů. Kromě vítězky se do finále dostali také generální ředitel lázeňského holdingu sdružujícího Lázně Luhučovice, a. s., a Léčebné lázně Jáchymov, a. s., MUDr. Eduard Bláha, ředitel oblastní nemocnice Kolín MUDr. Petr Chudomel a Kateřina Siveková Křížáková z Terapeutického centra Modré dveře. (red)

„Jsem jako ty“ i letos

„Bláznivý festival“ již potřetí zabojoval proti předsudkům vůči schizofrenii.

Po roce zamířil do Prahy Bláznivý festival. Třetí ročník tak trochu jiného festivalu, který se snaží netradiční formou přiblížit život se schizofrenií a bojovat proti předsudkům vůči této nemoci, se uskutečnil 9. září v pražských Žlutých lázních. Návštěvníky potěšily kreativní workshopy, veletrh rozmanitých ručních výrobků, největší česko-slovenská výstava Art Brut obrazů od výtvarníků se schizofrenií, koncert kapel Like It, Děda Mládek Illegal Band a Nebe. Pokud měli návštěvníci odvahu jít i do něčeho „navážno“, mohli na

chvilu zažít schizofrenii na vlastní kůži.

Bláznivým festivalem pokračuje osvětová kampaň s názvem „Jsem jako ty“, jejímž cílem je šíření znalostí o psychickém onemocnění schizofrenie a o možnostech jeho správné léčby. Kampaň se dlouhodobě snaží poukazovat na fakt, že pokud jsou pacienti se schizofrenií léčeni, jejich život nemusí být v mnohém odlišný od života ostatních. Rozhodně tedy není na místě je kvůli jejich nemoci ze společnosti vylučovat či z nich mít strach. (red)

Návštěvníci aquaparku zkusili zachránit život

Jak se zachovat v krizové situaci, poskytnout masáž srdce nebo zachránit tonoucího – tyto a další dovednosti si 22. srpna vyzkoušeli návštěvníci aquaparku v pražských Čestlicích.

Druhý ročník osvětové akce „Vítekné první pomoci“ připravila pro veřejnost farmaceutická společnost Pfizer ve spolupráci s Českým červeným křížem. „Často se setkáváme s tím, že lidé sice mají povědomí o první pomoci, ale mají strach ji poskytnout. Bojí se, že by druhému ublížili. To je ale špatně. Vždycky je lepší udělat aspoň něco, i když s chybami,“ vysvětluje ředitelka Oblastního spolku Českého červeného kříže Praha 1 Jaroslava Marková. U veřejnosti stále přetrvává řada mýtů a zastaralých informací, správně poskytnout první pomoc umí pouze 5 až před zahájením resuscitace zjiš-

tujeme tep. „Mnoho laiků nevládá tep nahmatat u sebe, natož na někom jiném. U postiženého tak v prvé řadě zjišťujeme vědomí a kvalitu dechu, a to při dostatečném záklonu hlavy. Pokud osoba nedýchá nebo lapá po dechu, začneme s resuscitací. Stejně tak je častým omylem, že srdce leží vlevo. Masáž srdce provádíme vždy ve středu hrudníku, přímo na středu hrudní kosti,“ popisuje chyby při resuscitaci Jaroslava Marková. Společně s návštěvníky si první pomoc na stanovištích vyzkoušely i známé české celebrity – moderátorky Eva Decastello a Sandra Parnová nebo herci Vendula Křížová a Bořek Slezáček. (red)

První festival záchranářských kapel 155FEST

V sobotu 29. srpna proběhl historicky první festival záchranářských kapel 155FEST. Konal se v areálu Leteckého muzea v Mladé Boleslavi.

Dopoledne přicházely mladé rodiny s dětmi, které si prohlížely sanitní vozy a zopakovaly si se záchranáři pravidla první pomoci. Děti řádily v nafukovacím hradu a nechaly si na tvářičky namalovat

různá zvířátka a akční hrdiny. Ty starší tvořily obrázky zvířat barevným pískem. Záchranář Marek Hylebrant si svolával děti na ozvučenou výuku první pomoci pro malé. Při výuce byl obyspán dětmi,

které předvedly, že jejich znalosti jsou rok od roku lepší. Ve stánku Nadačního fondu Kryštůfků probíhaly soutěže a každý účastník z něj odcházel s nějakým drobným dárečkem.

Odpoledne zahrálo pět záchranářských kapel. Přijel i středočeský hejtman Miloš Petera a ředitel Záchrané zdravotnické služby Středočeského kraje Martin Houdek. Ten převzal od zástupců Nadačního fondu Kryštůfků 200 plyšových postavíček Kryštůfka záchranáře. „Kryštůfci“ budou dělat společnost dětem, jež se ocitnou v péči záchranářů. (red)



Foto: ZS Středočeského kraje

Převoz a odcizení zdravotnické dokumentace

Může lékař zdravotnickou dokumentaci pacientů převážet nebo uchovávat doma? Může být lékař postižen v případě odcizení dokumentace z ordinace?



odpovídá
JUDr. Lenka
Lamková, Ph.D.

Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci a způsob zacházení s ní primárně řeší zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tento zákon stanoví především povinnost poskytovatele zdravotních služeb (lékaře) vést zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle platných právních předpisů. V uvedeném předpise není zakotveno, jakými způsoby se dokumentace musí uchovávat. Toto však lze dovodit z díkce samotného zákona o zdravotních službách a taktéž ze zákona o ochraně osobních údajů, kte-

rý je rovněž důležitý v tom smyslu, že zdravotnická dokumentace obsahuje osobní a citlivé údaje o daném pacientovi. Lékař tedy musí předně zajistit ochranu osobních (citlivých) údajů pacienta, tzn. zajistit, aby údaje ne-

byly zpřístupněny jiné osobě než té, o které to přímo zákon stanoví. Taktéž musí lékař zajistit například splnění povinnosti zpřístupnit informace vedené o zdravotním stavu pacienta ve zdravotnické dokumentaci, které jsou pro poskytnutí konzultačních služeb nezbytně nutné, a to jak samotnému pacientovi, tak např. jinému zdravotnickému pracovníku, od něhož si pacient vyžádal konzultační služby ohledně svého zdravotního stavu.

Z výše nastíněných situací vyplývá, že lékař by měl dbát na to, aby byla (a) řádně ochráněna data pacienta, (b) aby zdravotnická dokumentace byla na vyžádání pacienta či jiných osob dostupná. Zákon ale výslovně nezakazuje lékaři uchovávat dokumentaci doma.

Objektivní odpovědnost lékaře

Co se odcizení dokumentace týče, pak je třeba předně uvést, že ztráta zdravotnické dokumentace je především zásahem do pacientova práva na ochranu osobních údajů. Podle zákona o ochraně osobních údajů se správného deliktu dopustí ten, kdo při zpracování osobních údajů nepřijme nebo neprovede opatření pro zajištění bezpečnosti tohoto úkonu. V případě porušení povinnosti chránit data pacientů a zajistit jejich bezpečné zpracování lékař odpovídá bez ohledu na zavině-

Sestra vs. zdravotnický asistent

Jsem všeobecná sestra v nemocnici, a pokud jsem ve službě se sestrou, která je „pouze“ zdravotnický asistent, jsem v rámci tzv. skupinové péče odpovědná za její práci?



odpovídá
Mgr. Ivan David

Odpověď je možné odvodit z vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V § 30 uvedené vyhlášky jsou uvedeny činnosti, které zdravotnický asistent může vykonávat pouze pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky (§ 30 odst. 1 cit. vyhl.), všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře (§ 30 odst. 2

cit. vyhl.), případně všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí (§ 30 odst. 3 cit. vyhl.). Pokud v konkrétním případě vykonává sestra s kvalifikací zdravotnického asistenta zvláštní zdravotnické asistenta (zcela zbavena odpovědnosti; Vy však garantujete zmíněný odborný dohled.

ní, jedná se tedy o takzvanou objektivní odpovědnost. Z tohoto především vyplývá, že pokud bude dokumentace z ordinace lé-

kaře odcizena, pak za toto odcizení nese odpovědnost samotný lékař (být prokáže, že odcizení nezavinil).

Odpovědnost za nedostatečné poučení pacienta

Pokud náš lékař nedostatečně poučil pacienta o rizicích operace, jsme jako nemocnice odpovědní za ublížení na zdraví pacienta v důsledku materializace určitého rizika operace, i když jinak byla operace provedena lege artis?



odpovídá
MUDr. Mgr. Daniel Malíš,
LL.M., advokát,
AK Malíš Nevrkla Legal

Zákon o zdravotních službách stanoví zásadu, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Aby pacientův souhlas byl skutečně informovaný, je třeba pacientovi kromě jiného sdělit, jaká jsou rizika jemu navrhované operace, a to srozumitelně, tedy primárně s ohledem na důsledky pro pacientův praktický život. Tím je třeba zabránit situacím, kdy po vzniku určitého negativního následku operace pacient tvrdí, že kdyby o tomto riziku věděl, tak by danou operaci určitě nepodstoupil. Pokud toto poučení pacienta neproběhne (ať již vůbec či nedostatečně), jde ze

strany poskytovatele zdravotních služeb o porušení právní povinnosti, tedy protiprávní jednání jakožto jeden z předpokladů odpovědnosti za ublížení na zdraví.

Materializace určitého rizika operace, tedy vznik újmy na zdraví, je pak dalším předpokladem odpovědnosti za ublížení na zdraví. Avšak ani protiprávní jednání a vznik újmy na zdraví samy o sobě ke vzniku odpovědnosti poskytovatele za ublížení na zdraví nestačí - k tomu musí přistoupit ještě existence příčinné souvislosti mezi nimi. Jestliže samotná operace byla provedena lege artis, pak otázka ohledně příčinné souvislosti zní následovně: Došlo by k dané operaci (a tedy i k nechtěné materializaci rizika této operace) i v případě, že by se pacientovi dostalo řádného poučení? Pokud by pacient v příslušném soudním řízení prokázal, že při znalosti skutečností, o nichž měl být poučen, by se rozhodl opera-

ci nepodstoupit, prokázal by tak i existenci příčinné souvislosti a Vaše nemocnice by za vzniklé ublížení na zdraví odpovídala. Dle judikatury Nejvyššího soudu však v mnoha případech (zejména tam, kde neprovedení zákroku představuje vyšší riziko poškození zdraví než jeho provedení) bude platit, že i kdyby pacient onu chybějící informaci před zákrokem měl, rozhodl by se zcela stejně, tedy že příslušnou operaci podstoupí. V takových případech tedy pro pacienta bude velmi náročné unést důkazní břemeno v tom smyslu, že i přes značně negativní důsledky odmítnutí operace by ji skutečně nepodstoupil. A pokud pacient tuto příčinnou souvislost neprokáže, logicky si nese důsledky lege artis provedeného zákroku a tím i riziko jeho případného nezdaru sám, podobně jako kdyby byl řádně poučen.

Neoprávněný zásah do tělesné integrity

Odpovědnost Vaší nemocnice za ublížení na zdraví tedy závisí zejména na otázce příčinné souvislosti. Přesto i v případě absence



ilustrace: foto: Shutterstock

příčinné souvislosti mezi absencí řádného poučení a ublížením na zdraví (materializací rizika operace) může být Vaše nemocnice v důsledku nedostatečného poučení pacienta vůči němu odpovědná. Nešlo by však o odpovědnost za ublížení na zdraví, nýbrž o odpovědnost za neoprávněný zásah do tělesné integrity pacienta.

Z hlediska příčinné souvislosti je zde zřejmé, že kdyby se pacientovi dostalo řádného poučení, k neoprávněnému zásahu do je-

ho tělesné integrity by nedošlo - buď by operace nebyla provedena vůbec (pacient by ji odmítl), nebo by nešlo o zásah neoprávněný (pacient by předtím poskytl řádný informovaný souhlas). Výše náhrady za nemajetkovou újmu způsobenou sice neoprávněným, ale v dobré víře provedeným zákrokem by však logicky byla výrazně nižší než výše náhrady za ublížení na zdraví. A je otázka, zda by se pacientovi za takové situace vyplatilo soudní spor proti Vaší nemocnici vůbec iniciovat.

NOVÉ KNIHY / RECENZE

Aleš Bartoš, Miloslava Raisová Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, náladu a soběstačnosti



Rozsah:
152 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3491-3
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Ojedinelá odborná kniha s integrujícím pohledem neurologa a psycholožky systematicky představuje metody, které umožní správnou a včasnou diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění mozku ve stáří. Je průvodcem nejběžnějšími krátkými testy, komplexními psychodiagnostickými metodami, dotazníky náladu a soběstačnosti. Nabízí praktické postupy a užitečné informace doplněné konkrétními příklady a kvízy prověřující znalost metod. Nabízí i vlastní zkušenosti autorů s psychometrickými postupy odborníků, kteří se zajímají o nemoci mozku ve stáří.

Jako hlavní kritérium pro třídění metod zvolili autoři časové hledisko a dále členění podle kognitivních funkcí. Přednost dali testům s tradicí v českém prostředí, s nimiž mají vlastní zkušenosti nebo jsou jednoduché na provedení a skórování. Nejdříve jsou vysvětleny klíčové pojmy, následuje oddíl věnovaný Alzheimerově nemoci, v níž se nové poznatky o časných projevech promítly rovnou do několika diagnostických kritérií. Po seznámení s principy

psychometrie a testování představují autoři jednotlivé kognitivní testy podle jednotného schématu. Zařazeno je i několik dotazníků ke zjištění nálad, úzkostlivosti a k posouzení soběstačnosti především od pečovatelů. V závěru knihy nalezne čtenář vyřešení úvodního rébusu s komentářem a dalšími výsledky a informacemi o průběhu onemocnění.

Pavel Němec, Veronika Löfflerová, Bohdan Kousal Optická koherenční tomografie – Klinický atlas sítnicových patologií



Rozsah:
304 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3810-2
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Optická koherenční tomografie (OCT) jako diagnostická metoda vyšetření tkání *in vivo* je dnes již samozřejmou a nenahraditelnou metodou v jakékoli oftalmologické praxi. Pochopení a osvojení OCT vyšetření pomáhá zásadně zvýšit míru senzitivity a specifity u diagnostiky celého spektra sítnicových patologií, zvyšuje kvalitu terapeutického rozhodování a umožňuje přesný monitoring léčebných výsledků. První český atlas OCT diagnostiky je zaměřen jako jasný a jednoduchý obrazový průvodce pro širokou oftalmologickou obec. Bohatě obrazově dokumentovaný text umožňuje pochopit podstatu diagnostické metody, orientovat se správně v zá-

kladních charakteristikách snímaného obrazu, interpretovat a přesně popisovat získané skeny sítnice. Monografie je členěna přehledně do kapitol podle základních patologických jednotek, s nimiž se u sklivce, sítnice a cévnatky setkáváme.

Jiří Widimský jr. a kolektiv Arteriální hypertenze XIII.

Současné klinické trendy



Rozsah:
191 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-883-2
Vydavatel:
Triton

Souhrny přednášek z již XIII. ročníku symposia Arteriální hypertenze – současné klinické trendy. Výběr témat začíná popisem metabolických faktorů, diabetu mellitu a subklinického orgánového poškození, navazuje část o diagnostice hypertenze, cévních mozkových příhodách a souvislostech hypertenze s onemocněními ledvin a nadledvin. Poslední třetinu publikace tvoří příspěvky zabývající se farmakologickými aspekty hypertenze, konkrétně používáním diuretik v těhotenství, betablokátorů, blokátorů systému RAS i fixních kombinací.

Milan Kvapil (editor) Diabetologie 2015

Rozsah: 292 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-7387-887-0
Vydavatel: Triton



Nový ročník monografie věnované nejdůležitějším novinkám z oblasti diagnostiky a terapie diabetu, prevence komplikací, farmakoekonomiky a epidemiologie. Zachycuje přesah diabetologie do ostatních oborů medicíny, kardiologické a endokrinologické souvislosti. Zahnuje rovněž podrobný přehled aktuálních právních, ekonomických a organizačních aspektů vedení diabetologické ordinace.

Jozef Záhumenský, David Jilich, Daniela Vaňousová Základy moderní venerologie

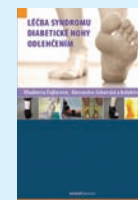


Rozsah:
176 stran
Cena: 295 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-429-6
Vydavatel:
Maxdorf
(Jessenius)

Kolektiv autorů – dermatovenerolog, infektolog a gynekolog – v učebnici pro mezioborové postgraduální vzdělávání podrobně popisuje jednotlivé infekce vznikající v souvislosti s pohlavně přenosnou nákazou. Samostatná část je věnována vlivu infekce na těhotenství. Pojednání je o možnostech rychlé diagnostiky a zejména pak léčby a prevence. Při antibiotické léčbě jsou zdůrazněny moderní kombinace preparátů, především s ohledem na potenciální hrozbu vzniku rezistence a multirezistentních kmenů bakterií. U někte-

řých diagnóz jsou vhodně zmíněny i topické preparáty. V prevenci jsou uvedeny i nové možnosti očkování proti některým patogenům a očkovací látky ve vývoji.

Vladimíra Fejfarová, Alexandra Jirkovská a kolektiv Léčba syndromu diabetické nohy odlehčením



Rozsah:
352 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-436-4
Vydavatel:
Maxdorf
(Jessenius)

Syndrom diabetické nohy je jednou z nejzávažnějších chronických komplikací diabetu. Kombinace neuropatie a ischemie ohrožuje nemocného ulceracemi, vznikem gangrén, osteomyelitidy a flegmony s hrozící amputací. Může jít i o destruktivní onemocnění kostí a kloubů nohy – tzv. neuropatickou Charcotovu osteoartropatii. Základem léčby je aktivní odlehčení. Léčba je však závislá na mnoha faktorech a musí být vždy komplexní, tj. zahrnovat kompenzaci diabetu (farmakoterapie), revaskularizaci, *débridement* včetně biologického – larvální terapie (novou metodou débridementu je tzv. hydrochirurgie), aplikaci růstových faktorů (perspektivně i kmenových buněk), kožní transplantáty, ošetření metodou VAC (Vacuum Assisted Closure), řešení infekce a při Charcotově osteoartropatii také rekalcifikační terapii bisfosfonáty nebo kalcitoninem.

Optická koherenční tomografie – Klinický atlas sítnicových patologií

Recenzovaná publikace je z pera vynikajícího odborníka, který je nejen uznávaným oftalmochirurgem se širokým vědomostním zázemím, ale i velmi žádaným přednášejícím, jehož každé vystoupení na odborném fóru nepostrádá vedle jasně formulovaných myšlenek a odkazů k širším souvislostem v problematice ani vtip a nadhled.

Pavel Němec během poslední více než dekády právem získal pověst jednoho z našich nejlepších odborníků v oblasti diagnostiky sítnice. Optická koherenční tomografie se postupně stala nepostradatelnou vyšetřovací



metodou v oftalmologii, její využití se velmi rychle dostává z vysoce specializovaných pracovišť mezi ambulantní oftalmologou. K rozšíření této moderní metody jistě nemalou měrou přispělo i pro enormní zájem mnohokrát

reprizované přednáškové autorovo turné „OCT kurzy“, kde Pavel Němec zúročil svůj didaktický potenciál. Bylo jen otázkou času, kdy se velmi oblíbené OCT kurzy dočkají knižní podoby. Za spoluautory si vybral Bohdana Kousala a Veroniku Löfflerovou – osobnosti podobného ražení, skromně projevem, nepřehlédnutelné svými zkušenostmi.

Kniha je rozdělena do patnácti kapitol. Po stručném historickém a teoretickém úvodu, který zasadí metodu OCT do souvislosti, ale neodradí zdlouhavým vysvětlováním faktů, jež jsou dosažitelná jinde, rychle přistupuje k věci. Od páté kapitoly se již věnuje jednotlivým klinicko-patologickým jednotkám. Z podstaty publikace – atlasu – je zřejmé, že bude napl-

něna bohatým obrazovým materiálem. Zde autoři těžili ze zázemí svých archivů snímků a předkládaná obrazová dokumentace je v pravém smyslu slova ilustrativní. Za ještě cennější lze označit fakt, že popisy snímků jsou vytvářeny čtivě, mají spád, nepostrádají gradací tam, kde si to situace zaslouží. Je cítit, že za každým snímkem stojí konkrétní klinická zkušenost, každý detail popisu vtahuje do děje.

Kniha je více než pouhým klasickým srovnávacím atlasem, je poutavě napsanou učebnicí s prvotřídním obrazovým doprovodem. Nebývá zvykem u díla tohoto formátu přečíst jej takřka jedním dechem. U této knihy se to však přes její vyčerpávající rozsah může přihodit.

MUDr. Štěpán Rusňák, Ph.D.,
Oční klinika LF UK a FN Píseň

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



22 / Popáleninová medicína
Psychický dopad popáleninového traumatu

24 / Výživa
Výživa nemocných s dekubity

32 / Bezdomovectví
Závažný společenský problém dnešní doby

Psychický dopad popáleninového traumatu

Popáleniny jsou nejhorším úrazem, který může člověka postihnout. U dětí nepatří mezi nejčastější úrazy, jsou však nejzávažnějším traumatem, které může dítě zažít. Rozsáhlé a hluboké popáleniny bývají velmi bolestivé a vyžadují dlouhodobou, po fyzické i psychické stránce pro pacienta náročnou léčbu.

Z vlastních zkušeností víme, jak je tento úraz traumatizující. Úraz jako takový je velmi skličující, a pokud si na něj dítě pamatuje, jsou tyto vzpomínky velmi bolestné i v dospělosti. Péče, léčba i rehabilitace jsou zdoluhavé a složité. Léčbou však péče o popáleného nekončí. Péče o jizvy je dlouhodobá, často na celý život. Člověk postižený termickým úrazem celý život žije s tím, že vypadá jinak. Jeho dospívání není takové jako u ostatních mladých lidí. Starostí každodenního života je vyrovnávat se s tím, že je jiný, ošklivý. Zejména pokud jsou popáleniny deformující nebo velmi viditelného charakteru. Takto postižení lidé mívají problém se začleňováním do nových kolektivů, s navazováním přátelství či partnerských vztahů. Je těžké se do života jiných zapsat jinak než jako „ten popálený“. Je jisté, že popáleniny jsou vážným traumatem, a i když od úrazu uplyne třeba i 20 let a člověk je s ním již smířený a vyrovnaný, bez fyzických i psychických problémů, i po tolika letech potřebuje podporu, empatii a pochopení.

Úraz popálením vyžaduje specializovanou intenzivní péči. U dětí postižených popáleninovým traumatem není problémem jen psychické trauma, které popáleniny provází, ale i odloučení od

jejich blízkých, vytržení ze známého prostředí, strach z cizích lidí, léčebných postupů a omezení pohyblivosti. Reakce na popálení závisí na povaze a věku dítěte a samozřejmě na závažnosti úrazu. Je známo, že dospívající jsou na změny těla nejcitlivější. Významným faktorem působícím na psychiku popáleného je lokalizace úrazu. Největší překážkou sociální reintegrace bývají postižené ruce a obličej. Roli také hraje rozsah popálenin, který fyzicky omezuje pacienta. Je třeba chápat, že i menší fyzické omezení může způsobit těžkou depresi.

Komplex psychických změn

Popáleninový úraz představuje trauma, které přináší obrovskou fyzickou zátěž spojenou s operačními výkony, bolestmi a tělesným dyskomfortem. Nejčastěji pozorovanými poruchami bývají:

- poruchy spánku – nespavost,
- špatné vnímání reality, apatie,
- pocit bezmoci, která souvisí s nesoběstačností.

Po rozsáhlém úrazu se rozvíjí komplex psychických změn. Symptomy lze rozdělit do tří skupin:

1. Akutní stres jako okamžitá reakce na traumatizující událost, která ohrozila somatickou integritu. Dochází ke

snížení pozornosti, omezení schopnosti chápání, k dezorientaci, až útekové reakci. Lze pozorovat úzkost, vztek, zoufalství. Tato reakce odeznívá poměrně rychle.

2. Posttraumatická stresová porucha je pozdější reakce na stresovou událost. Typické pro tuto situaci jsou epizody oživující prodělané trauma, sny související s emočním otupením, vyhýbání se sociálním kontaktům, někdy až suicidální myšlenky. Porucha může trvat i půl roku a někdy může přejít až do trvalé změny osobnosti člověka.
3. Porucha přizpůsobení, stav subjektivní tísně a emoční porucha, která narušuje sociální vazby jako následek přítomnosti somatického onemocnění. Přibližně do jednoho měsíce se zpravidla objevuje depresivní nálada, úzkost, obavy, neschopnost plánovat, zhoršení výkonu při každodenních činnostech, sklony k dramatickému chování, výbuchy, agresivita. Patří sem i hospitalismus u dětí.

Disfigured face syndrom a sociální smrt

V důsledku úrazu způsobeného popálením může dojít k velkému postižení, až znetvoření některé části těla. Slovo „znetvo-



Jizvy po popáleninách po 21 letech | Foto: archiv autorů

řený“ je neetické, znamená to vyjmutí člověka z lidské osoby, jako by nepatřil do tohoto světa. Psychika pacientů je ohrožena horší schopností se přizpůsobit, stigmatizací ze strany okolí a výrazným snížením kvality života. Popáleninový úraz je velmi specifický v tom, že u mnoha lidí při pohledu na jeho následky vyvolává spíše odpor než soucit. Veřejnost je v porovnání s jinými úrazy seznámena minimálně. Sociální okolí většinou reaguje nepřiměřeně. Lidé na posti-

ženého někdy nevhodně zírají a neomaleně se vyptávají nebo se pohledu na úraz vyhýbají. Tato reakce je velmi primitivní. Je spjata se strachem z neznámého a z myšlenky, že člověk s takovým znetvořením musí být postižen i jinak.

Disfigured face syndrom vzniká u pacientů s těžkými popáleninami obličeje, kdy dochází k jeho znetvoření hlavně v oblasti faciálního trianglu (hranice mezi vnějšími úhly očí a středem brady). Syndrom je popisován jako rozptýlený pocit






Loana a Lonaris je výrobní značkou kompresivních produktů s nejdelší tradicí na českém a slovenském trhu. Jsme také výrobcem ponožkového sortimentu se speciální úpravou, například proti klíšťatům nebo s vůní včetně antibakteriální úpravy se stříbrem. Obchodní zastoupení nám zajišťuje firma **Pobtex s.r.o.**








www.pobtex.cz
www.loana.cz

identity nebo její úplná ztráta, která je – pokud vůbec – kompenzována úplnou neangažovaností, odpoutáním od všeho a následným vyčerpáním vitality. Dochází k trvalým nepříznivým změnám osobnosti, k dismorfobii (mocný pocit ošklivosti a znetvořenosti nebo obava z ní), v různých případech až k sociální smrti, nebo dokonce sebevraždě. Postižení obličej je velmi citlivé téma. Psychologická práce v tomto případě je velmi složitá a dlouhodobá.

Práce s popálenými lidmi

Práce psychologa na popáleném oddělení spočívá v krizové intervenci, podpůrné psychoterapii, v některých případech pak v systematické dlouhodobé psychoterapii nebo rodinné terapii. V průběhu léčby se mohou v důsledku různých komplikací v léčbě krize u těchto pacientů opakovat, různě se může proměňovat jejich charakter – zprvu jde o krizi v souvislosti se zážitkem ohrožení života, později s uvědoměním si zdravotních následků popáleninového úrazu.

Při práci s krizí se vychází ze schématu, které popisuje následující fáze:

- šok a omráčení,
- fáze výkřiku,
- hledání smyslu/ hledání vinníka,
- znovuprožívání/popření,
- posttraumatická fáze – PTSD, zapouzdření, uzdravení.

Psychologická práce se zaměřuje na posílení ega a osobnosti postiženého. Jedna z možností je práce se zdroji:

- rodina a přátelské vztahy,
- materiální zázemí,
- šťastné životní vzpomínky a zážitky,
- kulturní zázemí,
- víra,
- schopnost navázat mezilidské kontakty,
- schopnost být v kontaktu se svým tělem,
- kvalita osobnosti pacienta.

Pomocí sledování spotřeby analgetik zjišťujeme, zda je pacient ve stavu, kdy může komunikovat. Již v období rehabilitace se soustředíme na možnosti sociálního a pracovního zařazení postiženého po dokončení léčby. Snažíme se zapojit všechny výše uvedené zdroje. V rámci komuni-

kace s těmito lidmi sledujeme jejich chování i reakce příbuzných. Návštěvy, které na pacienta působí nevhodně, omezíme nebo zcela vyloučíme. Přání pacienta se ale vždy snažíme respektovat. Je důležité, aby spolupráce mezi personálem na popáleninovém pracovišti a pacientem, spolu s jeho rodinou, neskončila propuštěním z nemocnice. Personál by měl být i nadále s nemocným v kontaktu, aby mu mohl s jeho těžkou životní situací pomáhat. U pacientů, kteří prodělali úraz popálením, se dá vysledovat, jak moc je zranění ovlivnilo, jak devastující vliv mělo na jejich psychiku. S následky tohoto úrazu se vypořádávají po celý život. Zajímavé je, že i po mnoha letech reagují na téma svého popálení jinak než lidé, kteří prodělali jiný úraz. Popáleninové trauma v nich i po letech zanechává pocit významné negativní události v jejich životě.

Literatura u autorů

Pavla Šenkeříková,

PhDr. Petr Snopek, DIS.,

UTB Zlín Fakulta humanitních studií,

Pavlasenkerikova@seznam.cz

Nové doporučené standardy kvality pro domovy pro seniory

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS ČR) vydala v reakci na množící se příklady špatné praxe v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby seniorům Doporučený standard kvality poskytovaných služeb v domovech pro seniory v ČR.

„Ačkoliv v posledních deseti letech došlo k výraznému zvýšení kvality poskytovaných služeb v domovech pro seniory a celá řada z nich je naprosto srovnatelná s obdobnými zařízeními v západní Evropě, stále je co zlepšovat a čemu se učit. Často jde i o malé detaily, změny a nápady, které mnohdy nestojí ani moc peněz, ale vedou ke zvýšení komfortu i kvality života seniorů. Doporučený standard kvality je pomůckou zejména pro seniory a jejich blízké k rozpoznání běžného standardu a toho, co mají od každého domova pro seniory očekávat.“ uvádí prezident APSS ČR Jiří Horecký.

Doporučený standard kvality vznikl na základě dvouleté práce týmu odborníků, jejichž cílem bylo vytvořit standard z pohledu uživatele služby, tedy seniora. Dokument je rozdělen do 5 oblastí: ubytování, stravo-

vání, kultura a volný čas, partnerství a péče, a obsahuje 92 kritérií. Ta byla ověřována u více než dvou stovek seniorů v šesti krajích ČR.

Doporučený standard myslí i na detaily a jednotlivosti (např. vybavení pokojů, možnosti regulace teploty na pokoji, možnosti zastínění denního světla, ale i velikost pokoje a všech ostatních místností). Důraz je kladen také na možnost výběru z více druhů jídla, kulturu stolování, volnočasové aktivity, ale i na oblast partnerství, tzn. individuální přístup, komunikaci a respektování všech potřeb seniorů. Dokument obsahuje mimo jiné v oblasti péče terapeutické aktivity, rehabilitaci, ale i některé oblasti opomíjené, jako je prevence pádů, podvýživy či dehydratace seniorů.

Doporučený standard najdete na: www.apsscr.cz.

(Zdroj: APSS ČR)

(kha)

RADIX
zdravotnická technika



má konečně celé portfolio



STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE



Výživa nemocných s dekubitů

Dekubitus neboli proleženina je vážným problémem ošetrovatelské péče. Přináší utrpení pacientům, na druhé straně vede k pocitu selhání sester. Prodlužuje pobyt v nemocnici, zvyšuje náklady na péči. Má výživa vliv na vznik a léčbu dekubitů? Projeví se malnutrice či obezita nemocných nepříznivě na jejich hojení?

Problematikou řešení a prevence dekubitů se zabývají odborníci intenzivní, dlouhodobé i domácí péče na celém světě (Suchý et al. 2011).

Co je dekubitus? Dle první vzniklé pracovní skupiny zabývající se problematikou dekubitů tvořené lékaři hlavně z Velké Británie a Holandska European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) se jedná o lokalizované poranění kůže nebo tkáně pod ní, které se obvykle nachází nad kostním výčnělkem a je způsobeno tlakem či kombinací tlaku a tření.

Proč dekubity vznikají

Příčiny vzniku dekubitu můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnější příčiny můžeme zařadit tlak, tedy jakékoli stlačení měkkých tkání mezi tvrdým výstupkem kostry a podložku (nebezpečný je tlak vyšší než kapilární 45 mmHg), tření, stříh, smyk, vlhkost (Hospíšil, 2009, Šeflová et al. 2010).

V případě vnitřních příčin pak nejčastěji hovoříme o poruchách mozkových a míšních funkcí, stavu výživy, anemii, hypoalbuminemii, poruchách oxygene tkání, kardiovaskulárním nebo renálním onemocněním, diabetu mellitu (DM), věku nad 75 let aj. (Šeflová et al. 2010).

Uvádí se, že až 60 % proleženin se vytvoří v prvních dvou týdnech od přijetí k hospitalizaci a 70 % všech dekubitů se vyskytuje u lidí starších 70 let (Slaninová, 2012). Výskyt dekubitů je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče. V ČR se problematikou prevence a léčby dekubitů zabývá Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR) registrovaná v roce 2001. Jak uvádí Šeflová, do roku 2009 nebyla v ČR ucelená metodika sledování, a proto každá nemocnice, která dekubity monitorovala, používala vlastní metodiku. V roce 2009 Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo „Metodiku prevalence kvality sledování dekubitů na národní úrovni“ a „Literární rešerši zaměřenou na problematiku dekubitů“. Oba dokumenty znamenají posun v problematice



ilustrační foto: Shutterstock

dekubitů a jsou pro praxi velkým přínosem (Šeflová et al. 2010).

Malnutrice a obezita

Většina odborníků se shoduje na tom, že výživa hraje v problematice dekubitů významnou roli – ať už při jejich vzniku nebo během léčby. Proleženiny a špatně se hojící rány jsou často důsledkem nedostatečné výživy pacientů či kombinací několika příčin, z nichž jednou je vždy nesprávná či nedostatečná výživa (Starnovská, 2011). Nedostatečný příjem stravy a tekutin snižuje toleranci kůže a podkožních tkání k mechanickému zatížení, zvyšuje riziko otoku tkáně a vede ke snížení prokrvení v postižené oblasti, což má za následek vznik dekubitů (Janáková et al. 2010).

Již zmiňované sdružení EPUAP vydalo v roce 1998 doporučení „Pressure Ulcer Treatment Guidelines“ a „Pressure Ulcer Prevention Guidelines“, v nichž klade důraz na význam výživy a nutriční intervence při léčbě a prevenci dekubitů. Obezita i malnutrice jsou stavy, které přispívají ke vzniku dekubitů. Důležitá je anamnéza nemocného, jeho stravovací návyky, množství i skladba potravy, bilance tekutin, laboratorní hodnoty (bílkoviny, albumin, zinek). Význam má posouzení výživy nemocného při příjmu i opakovaně během hospitalizace.

Zásadní je využití standardizovaných nutričních screenin-

gů (např. BMI, MNA, MNA-SF, SGA) při zhodnocení nemocného. Hned při jeho příjmu můžeme vytipovat riziko související s poruchou výživy a včas reagovat a předejít možným komplikacím (Kozáková, 2011). Jako základní předpoklady pro prevenci proleženin a při jejich léčbě klade Grofová důraz na péči o chrup a dentální protetiku, individualizovanou dietu, dostatečný čas k jídlu, častější podávání stravy, správnou konzistenci a teplotu, příjemné prostředí a chutnost jídla, dopomoc při jídle a pití (Grofová, 2009). Riziko vzniku dekubitů se zvyšuje u nemocných, jejichž kůže není dobře vyživená a hydratovaná, jestliže pacient nekonzumuje dostatečné množství plnohodnotné vyvážené stravy a nemá dostatečný příjem tekutin (Janáková et al. 2010).

Dekubity jsou multidisciplinárním problémem, a proto konzultace jednotlivých případů s nutričním terapeutem je nevyhnutelná (Grofová, 2009). Jak uvádí Slaninová, bez podpory nutriční a hydratace se nemůže rána dobře hojit.

Nutnost nutričně vyvážené stravy

Nutričně vyvážená strava obsahuje 15–20 % bílkovin, 25–35 % tuků a 45–65 % sacharidů. Podíl laktózy by měl být méně než 10 % všech sacharidů. Podstatné je zajistit dostatečný přísun

mastných kyselin (více než 8 g/den). Deficit esenciálních kyselin a nadměrné množství omega-3 mastných kyselin může zpomalovat hojení ran (Stryja et al., 2011). Bílkoviny jsou základní složkou pro tvorbu nových buněk a tkání. Dostatečným přísunem bílkovin ve stravě se snižuje riziko ztráty aktivní tělesné hmoty, především kosterní svaloviny. Nemocný s dekubitem by měl denně přijmout 30–35 kcal na 1 kg své hmotnosti, resp. 1–1,5 g bílkovin na 1 kg tělesné hmotnosti (Hospíšil, 2009, Součková, 2012). Při nedostatečném příjmu bílkovin se snižují imunitní schopnosti těla. Důležitý je příjem kvalitních bílkovin, které obsahují všechny nepostradatelné aminokyseliny (Chadim, 2008). Spolu s vytékající tekutinou z dekubitu ztrácí nemocný nejen vodu, ale i bílkovinu, kterou je potřeba doplnit. Pro hojení proleženiny se doporučuje dávku bílkovin navýšit o dalších 20–40 g, tedy na 1,3–1,5 g bílkovin na 1 kg tělesné váhy (Janáková et al. 2010).

Hlavním zdrojem energie jsou sacharidy, které tlumí tvorbu ketolátek, snižují tak katabolismus a spotřebu proteinů. Měly by tvořit 45–65 % denního příjmu energetické potřeby. Pokud není strava energeticky bohatá, organismus začne čerpat z vlastních zdrojů (tuková tkáň, svalová tkáň). Dochází k úbytku kosterních svalů. Ztráta kosterní sva-

loviny omezuje pohyblivost nemocného, zvyšuje tlak na kostní výčnělky, a stoupá tak riziko vzniku dekubitů. Úbytek srdeční svaloviny oslabuje oběhové funkce a redukce bránice a mezižeberních svalů zhoršuje dýchání. Mezi další významné zdroje energie patří lipidy s denní energetickou potřebou 25–35 % (Jurašková, 2007, Tomanová, 2009, Janáková et al., 2010). Klevetová řadí tuky mezi základní živiny člověka a zdroj energie. Tuky zajišťují vstřebávání vitamínů A, D, E, K z potravy. Jsou potřebné k tvorbě hormonů, podílejí se na správné funkci kůže, nervové tkáně, na srážení krve (Klevetová, 2010).

Role vitamínů a minerálů

Vitamíny a minerální látky jsou důležité pro metabolismus. Podílejí se na látkové přeměně lipidů, sacharidů i bílkovin – například B vitamíny, biotin, hořčík, chrom a zinek. Vitamíny C, E, A zajišťují obranyschopnost organismu a chrání tak ránu před infekcí, podporují činnost nervové soustavy, zlepšují hojení ran (Janáková et al., 2010, Stryja et al., 2011). Z posledních studií o vitamínech vyplývá, že mezi nepostradatelné z hlediska prevence je třeba zařadit kyselinu listovou, vitamín B6, B12, vitamíny D, E, provitamin A (karoten), vitamíny A, C a K (Bretšnajdrová, 2010).

Mezi minerální látky patří sodík, draslík, chlor, vápník, hořčík a fosfor. Tyto látky nemají v organismu funkci energetickou, ale patří mezi významné složky organismu (Navrátilová et al., 2000). Deficit vápníku může vést ke křečím kosterního svalstva, arytmiím, chronické hypokalemii, encefalopatii (Kubešová et al., 2006). Draslík zajišťuje vedení nervových impulsů, kontrakci svalů a je důležitý při prevenci vysokého krevního tlaku. Vlivem nedostatku fluoru dochází ke křečím, poruchám krevního oběhu a vypadávání vlasů a zubů. Fosfor váže vápník a přispívá ke stavbě kostí (Tomanová, 2009). Hořčík je důležitým prvkem pro funkci ve vztahu k DNA, k procesům řízeného a programového zániku buňky, stimuluje tvorbu cytoskeletu a uplatňuje se při metabolismu sacharidů a lipidů (Wilhelm, 2007).

Stopové prvky jsou anorganické látky, které jsou velmi důležité pro funkci enzymů a další

Specializovaná výživa pro podporu hojení ran / pro pacienty s dekubity



Bílkoviny¹
K doplnění ztrát
z exsudace rány

- Redukují katabolický proces a ztrátu bílkovin
- Důležité pro syntézu kolagenu

Arginin²
Stimuluje cirkulaci
a regeneraci tkáně⁵

- Stimuluje vazodilataci
- Zvyšuje kolagenovou syntézu a pružnost nové tkáně

Mikronutrienty
Stimulují regeneraci tkáně

- **Zinek** – zlepšuje regeneraci tkáně^{3,4}
- **Vitamin C** – zvyšuje tvorbu kolagenu⁶
- **Vitamin E** – chrání buňky před oxidačním stresem⁷



K dostání v příchutích:
čokoláda, vanilka, jahoda

Dle EPUAP⁴: „...energetická a proteinová suplementace, spolu s využitím argininu, vitaminů a stopových prvků s antioxidačními účinky mají pozitivní vliv na hojení ran.“

Reference: **1.** Harris, C. L. & Fraser, C. 2004, "Malnutrition in the institutionalized elderly: the effects on wound healing", *Ostomy Wound Manage* 50(10): 54–63. **2.** Witte, M. B. & Barbul, A. 2003 "Arginine physiology and its implication for wound healing", *Wound Repair Regen* 11(6): 419–423. **3.** Thompson, C. & Fuhrman, M. P. 2005, "Nutrients and wound healing: still searching for the magic bullet", *Nutr Clin Pract* 20(3): 331–347. **4.** Lansdown AB et al. 2007 "Zinc in wound healing: theoretical, experimental and clinical aspects". *Wound Repair Regen* 15(1): 2–16. Meyer et al. Nutrient support of the healing wound. *New Horizons*. 1994; 2: 202–14. **5.** Schols, J. M. G. A., van Anholt, R., Topinková, E., Sobotka, L. The CUBE trial. Manuscript submitted for publication. **6.** Klener, P., Brněnské sympozium o intravenózním podávání vysokodávkovaného vitamínu C onkologickým pacientům, *Onkologie* 2014; 8(3): 139–142. **7.** MURRAY, R. K., et al. *Harperova biochemie*, Praha, 2002, 872 s.

Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely.
Materiál je určen pro odbornou veřejnost.



Foto: Jan Ráček

biologické procesy (Bretšnajdrová, 2010). Stopové prvky mangan, zinek, měď, či fluor patří mezi látky, které se podílí na stavbě kostního skeletu a svalů, mají antioxidační účinky (Žofková et al., 2008, Janáková et al., 2010). Selen chrání buňky proti poškození kyslíkovými radikály a organismus proti toxickému působení těžkých kovů. Zinek má vliv na obranyschopnost organismu, podílí se na hojení ran, zlepšuje elasticitu a pevnost tkáně a udržuje duševní pohodu (Tomanová, 2009). Doplněním aminokyseliny argininu zlepšíme hojení ran i v případě, že není arginin

v těle deficitní. Arginin má stimulační účinky na plasmatické růstové faktory, vykazuje anti-oxidační účinek, zlepšuje imunitní reakci a tvorbu kolagenu.

Význam podávání nutričních doplňků

Nesmíme zapomínat na příjem dostatečného množství tekutin. U jedinců ve věku 18–55 let je ideální denní příjem tekutin 35 ml/kg/den, nad 55 let se doporučuje denní množství tekutin 30 ml/kg/den nebo minimálně 1500 ml/den, výjimku tvoří pacienti s renálním a kardiálním selháváním (Stryja et al., 2011). Organismus je pak schopen zajistit látkovou

výměnu, dobrou funkci ledvin, ale i vylučování škodlivých látek. Dostatek tekutin je předpokladem pro správnou funkci všech orgánů, tělesných i duševních funkcí a má vliv na stavbu pokožky. Podstatné je zdůraznit rovnoměrnost, pravidelnost a stálost v příjmu tekutin (Vybíralová, 2010).

Pokud má nemocný s rizikem vzniku dekubitu či s dekubitem problémy s příjmem běžné stravy a hrozí mu riziko nedostatečné výživy, je vhodné využít nutriční podpory. Nutriční podpora spočívá v úpravě diety a doplněním stravy o vhodné nutriční přípravky. Perorální nutriční doplňky pro léčbu jsou definovány jako kompletní směsi makronutrientů a mikronutrientů. Nejjednodušší podávání klinické výživy je perorální aplikace. Jednou z forem podávání výživy je popíjení po malých dávkách během celého dne, tzv. *sipping*. Další formou podávání je enterální, případně aplikace do žíly. Nutriční doplňky lze rozdělit na tekuté, práškové, multivitaminové a minerální. Výrobky jsou o různém energetickém obsahu, s přísadami bílkovin, vlákniny aj. a různých příchutí (Tomíška, 2008, Stryja et al., 2011). Podáváme je jako doplňky stravy me-

zi jídly, nikoli místo jídla (Janáková et al., 2012).

Studie zaměřené na vhodnost užívání nutričních doplňků ukazují, že podáváním 250–500 kcal po 2–26 týdnů došlo ke snížení výskytu proleženin u rizikových osob ve srovnání s jedinci bez nutričních doplňků. Tento pokles rizika rozvoje proleženin je až 25 % (Houwing, 2003, Stratton, 2005, Meluzínová, 2007).

Počáteční studie zabývající se hojením dekubitů u nemocných s obvyklou nemocniční výživou a hojení dekubitů u nemocných, kterým byly současně podávány nutriční doplňky, hodnotí přínos nutriční intervence jen velmi opatrně: „Význam podání nutričních doplňků s obsahem vitamínů a stopových prvků v prevenci dekubitu je nejasný.“ (Taylor et al., 1974, Riet et al., 1995) Ovšem již od poloviny 90. let 20. století se stále častěji objevují výsledky, které dávají do souvislosti nedostatečnou výživu nemocných se vznikem či špatným hojením dekubitů, studie kladně hodnotí význam nutriční intervence. Důraz je kladen na doplnění energie formou proteinů – tzv. vysokoproteinová dieta. „Energie a vysokoproteinová dieta redukuje výskyt dekubitů.“ (Stratton et al., 2005)

a „Energie a vysokoproteinová dieta redukovaly náklady na léčbu dekubitů.“ (Elia et al., 2003, 2005, Pospíšil, 2007). Na základě nově publikovaných prací lze doplnit, že existují důkazy svědčící pro to, že nutriční intervence zahrnující dostatečný denní příjem energie, zvýšený podíl proteinů a arginin, zinek a další antioxidanty významně urychlují hojení dekubitů (Pospíšil, 2007). Komplexní poskytování nutriční péče znamená v první fázi zvýšení nákladů na výživu. Tyto náklady ale následně převáží snížení nákladů na medikaci, zkrácení doby hospitalizace a celkového snížení nákladů na pacienta. Profituje nejen pacient, ale především zdravotnické zařízení a v konečné fázi i stát (Starmovská, 2011).

Pokud si máme odpovědět na otázku v úvodu článku, zda spolu výživa a dekubity souvisejí, musíme dle zmiňovaných skutečností odpovědět ano. Výživa při prevenci a léčbě dekubitů hraje jednu z důležitých rolí.

Literatura u autorů

Mgr. Marcela Grochalová,
Psychiatrická nemocnice Kroměříž,
grochalovam@seznam.cz

Návrat po rodičovské dovolené

V září mi končí rodičovská dovolená s druhým dítětem. Zaměstnavatel mi

při odchodu na mateřskou říkal, že mě po návratu bude potřebovat zase na celý úvazek. Pracovala jsem ráno od šesti hodin, což si dnes vůbec nedovedu představit, školka i škola jsou ve vedlejší obci (12 km od nás). Manžel pracuje ve směnném provozu, obě babičky jsou zaměstnané. Mám obavy, že to organizačně nezvládneme. Existuje nějaká možnost úpravy pracovní doby tak, abych mohla všechno stihnout?

odpovídá
Bc. Jana Bednářová,
sociální pracovnice

straně zaměstnavatele (např. velikost firmy, provoz a její chod), charakter regionu (např. dopravní dostupnost, množství pracovních míst, provázanost dalších služeb) i faktorů na straně zaměstnance (např. možnosti rodiny, rozpočet i rodinné priority).

Nejčastěji se v praxi aplikují zkrácené pracovní úvazky ve výši od 0,1 do 0,9 úvazku. Zaměstnavatelé často vyžadují čtvrtinově zkrácené úvazky – 0,25, 0,5 či 0,75 úvazek. Český trh je v tomto ohledu opět dosti konzervativní. Možností je kupříkladu nerovnoměrně upravená pracovní doba, kdy si lze pracovní dobu nakumulovat do menšího počtu dní, což lze udělat i u zkráceného pracovního úvazku. Další možností je tzv. flexibilní pracovní doba, kdy si se zaměstnavatelem dohodnete určitě časové rámce začátků a konců pracovního dne, které si pak upravujete podle aktuální potřeby. Někteří zaměstnavatelé umožňují i tzv. *home office* (práci

z domova), nejčastěji v kombinaci s prací ve firmě. Existuje i možnost sdíleného pracovního místa, kdy jedno pracovní místo zajišťují dvě, někdy i více osob. Zde je však nutná spolupráce všech pracovníků, kteří místo sdílí, aby byl tento typ pracovního místa výhodný i pro zaměstnavatele. Informace můžete získat například u vašeho úřadu práce (<http://portal.mpsv.cz/upcr>), na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (www.mpsv.cz), ale i v mateřském centru (<http://www.materska-centra.cz/kontakty/>) a podobných organizacích, jako je třeba Společnost pro zdravé rodičovství (APERIO, www.aperio.cz). Na těchto stránkách se také dozvíte, zda v místě vašeho bydliště či ve vašem regionu právě neprobíhají projekty, které podporují rodiče a zaměstnavatele a které také ukazují možnosti jak efektivně sladit rodinný a profesní život. Tyto projekty zvyšují celkovou informovanost v této oblasti. Obvykle také zahrnují poradenství určené zaměstnancům



Ilustrační foto: Shutterstock

i zaměstnavatelům (pomoc při hledání práce, vyjednávání se zaměstnavateli), často pomáhají vytvářet prostředí pro návrat rodičů do zaměstnání – vytváření vhodných pracovních pozic a míst. V rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost několik projektů na toto téma podpořilo i ministerstvo

práce a sociálních věcí. Kromě výše uvedených možností je třeba se poohlédnout také po určitých alternativách k běžným školkám, jako jsou třeba firemní.

Konkrétní možnosti na trhu práce po návratu z rodičovské dovolené je ale třeba hledat v místě bydliště či pracoviště.



Antidekubitní **matrace LINET**

Účinná pomoc při prevenci a léčbě dekubitů

Nebezpečné dekubity ohrožují pacienty v celém spektru nemocniční péče. Společnost LINET nabízí ucelenou řadu aktivních antidekubitních matrací, které jsou přizpůsobené jednotlivým oddělením i konkrétním diagnózám pacientů. Aktivní matrace LINET jsou díky tomu velice účinné při prevenci dekubitů a poskytují i terapeutický efekt při jejich léčbě.

VIRTUOSO®



Nulový tlak na pokožku

AIR2CARE



Variabilita a vysoká účinnost

SYMBIOSO®



Tichý provoz a mikroklimatický efekt

PRECIOSO®



Dlouhodobá péče bez dekubitů

Inkontinence moči u žen a role sestry při jejím záchytu



Ilustrační foto: Shutterstock

Inkontinence moči je samovolný, nechtěný únik moči, který je objektivně prokazatelný a je pro ženu sociálním a hygienickým problémem. Výskyt inkontinence moči u žen je vysoký, některé průzkumy ukazují, že až 50 % má někdy problémy s udržení moči.

Jednoznačně nejčastější formou je čistá **stresová inkontinence**. Jedná se o pasivní únik moči uretrou jako následek zvýšení nitrobršního tlaku, který odhaluje nedostatečnost uzávěrového aparátu. Únik je způsoben patrně jen při některých činnostech, například při kašli, kýchnutí, smíchu, běhu, později i při koitální aktivitě nebo při změně polohy. Stav se postupně zhoršuje, takže stačí i menší náplň močového měchýře a nepatrná aktivita. Stoupá i spotřeba hygienických pomůcek.

Na druhém místě je **urgentní inkontinence**, která je definována jako nechtěný únik moči při imperativním nucení na močení. Jedná se o stahy močového měchýře doprovázené silným nucením, které nelze potlačit. Dochází k úniku části náplně močového měchýře v nesprávný čas a na nesprávném místě.

Třetí místo zaujímá **smíšená inkontinence** moči, což je kombinace stresové a urgentní.

Časté močení a omezení aktivit

Vrátíme-li se do minulosti, zjistíme, že inkontinence moči u žen byla považována za normální jev spojovaný s vyšším věkem, počtem porodů a těžkou prací. Postupem doby se začali „osvícení lékaři“ zabývat možnostmi její léčby. Tím nemyslíme používání vložek, což nikdo z nás nepovažuje za léč-

bu, ale pouze za jakousi berličku nebo ochrannou pomůcku, která nic neřeší, jen momentálně zabrání průniku moči oblečením. Vložky zde mají stejnou funkci jako při menstruaci. Dnes již většína gynekologů i praktických lékařů reaguje na různé náznaky, při nichž žena většinou popírá inkontinenci úplně, častěji však zkrsluje situaci, bagatelizuje ji a popisuje různé jiné zástupné problémy, například časté močení, nucení při jízdě v dopravním prostředku a podobně. Postupně ženy naznačují, že kvůli častému nucení na močení přestaly chodit cvičit, tancovat, do kina, do divadla, bojí se jít na návštěvu nebo jezdit na dovolenou. Málokdy žena inkontinenci přizná přímo, protože se stydí.

Tady nastupují zkušené sestry. Při vstupním pohovoru nebo i při běžném preventivním vyšetření se ženami volně pohovoří a cílenými dotazy, které musí být formulovány tak, aby ženu nepřivedly do rozpaků, dokáží odblokovat její stud. Žena se pak většinou se svými problémy svěří. Samozřejmě i mezi sestrami je mnoho inkontinentních žen, které tím, že bývají u zdroje pomoci, dříve a častěji své problémy řeší. Pacientkám mohou popsat svou situaci a její řešení, tím získávají důvěru a dochází tak k lepší komunikaci. Žena se snadněji svěří někomu, kdo podobným problémem pro-

šel. Vzhledem k tomu, že většína žen postižených inkontinencí moči je ve středním nebo starším věku, bývá výhodnější, když ani sestra není přímo po škole a má potřebné znalosti a komunikační předpoklady. V této fázi může každá chyba zatvrdit ženu při získávání důvěry a oddálit řešení jejího problému, což je nežádoucí a zcela zbytečné. Dokáže-li se žena se svými potížemi svěřit, má už téměř vyhráno. Po podrobném vysvětlení je poslána na odborné vyšetření – urogynekologovi.

Včasná řešení zabrání urgenci

Díky moderní přístrojové technice a zkušenostem atestovaného urogynekologa náprava potíží netrvá dlouho. Pokud se jedná o stresovou inkontinenci, která je anatomicky daná a chirurgicky léčitelná, dochází během několika týdnů, někdy i dnů, k zavedení (implantátu) „pásky“, která je bez řezání břicha umístěna pod střední část močové trubice, samozřejmě při sjednání vaginálního přístupu. Operace netrvá dlouho, a pokud je urogynekolog také zkušený operátor, výsledek se dostaví prakticky okamžitě. Výhodná je i krátká doba rekonvalescence, rychlé zařazení do pracovního procesu, což je v dnešní době velmi důležitá informace. Kromě tohoto typu operace, který je stále populár-

nější, existuje i řada jiných operačních přístupů. Typ výkonu určí odborný lékař podle aktuálního stavu ženy.

I přes tyto pozitivní zprávy o možnosti léčby je velmi smutné, že se stále setkáváme s historickými názory, které přetrvávají zvláště na některých venkovských obvodech. Mezi ženami se pak někdy šíří nesprávné informace typu „to má každá... vás to taky čeká, vzpomeňte si na svou babičku“. Místo, aby se lékaři a sestry snažili zlepšit životní komfort postižené ženy, zavínají touto dezinformací nejen prodloužení trápení, ale oddalování řešení se může přidat urgence. Ta vzniká tím, že žena kompenzuje únik moči častějším chozením na toaletu. Pokud si tím „vypěstuje“ urgenci, dochází pak i při malé náplni ke stahu močového měchýře a k jeho vyprázdnění v nesprávný čas a na nesprávném místě. Tuto epizodu, která se může opakovat i několikrát denně, již žena nedokáže vůli ovlivnit a je třeba ji dlouhodobě léčit. Urgence se nedá operovat.

Osvěta a empatická sestra

Ve velkých městech bývají ženy lépe informovány a mají rychlejší přístup k řešení. Tato problematika je stále více středem zájmu, což není divu, protože inkontinence moči postihuje zhruba třetinu až polovinu

ženské populace. Dnes k nám přicházejí i mladé dívky, které vzhledem k životnímu stylu (aerobik, bojové sporty, trampolíny, jízda na koni...) mívají problémy s udržení moči již jako šestnácti- až dvacetileté, přestože nerodily, těžce nepracovaly, ale věnovaly se sportu, který není vhodný pro určitý typ žen. Tady by měla s informacemi opět přispěchat sestra, aby dívky před gynekologickým či urologickým vyšetřením poučila. Ze zkušenosti víme, že tam, kde inkontinenci trpěla babička, je velká pravděpodobnost, že jí budou trpět i matka, teta a další ženy v rodině. Nemí to však pravidlem. Tyto dívky a ženy by se pokud možno měly vyvarovat těžké práce a fyzicky náročných sportů. Vysvětlení a poučení by mělo opět zůstat s velkou dávkou taktu a porozumění na sestře, která se dokáže lépe cítit do psychiky takto postižené dívky či ženy. Vzdělaná sestra, která dobře rozumí problematice inkontinence, dokáže podat informace mnohem lépe a citlivěji a hlavně s menší „rutinou“ než lékař. Díky těmto sestram dochází k velkému nárůstu nových klientek, které trpí inkontinencí moči a hlavně které přicházejí pro pomoc včas.

Mgr. et Bc. Olga Kubečková,
MUDr. Richard Havel,
UROGYN, s. r. o.,
urologa@seznam.cz

Inzerce M151000537



ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČESKÉ REPUBLIKY PROFESNÍ SVAZ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS ČR) vznikla v roce 1991 a sdružuje více než 981 organizací a 2346 registrovaných sociálních služeb. Je nezávislým sdružením právnických a fyzických osob sledujícím jako základní cíl rozvoj a zvyšování úrovně sociálních služeb. APSS ČR je největší profesní asociací sdružující poskytovatele sociálních služeb v České republice.

Součástí APSS ČR je Profesionální svaz zdravotnických pracovníků v sociálních službách.

Hlavní činnosti profesního svazu je:

- podpora a rozvoj jednotlivých odborností dané profese,
- bezplatné poskytování informací,
- výměna informací mezi členy svazu,
- poskytování vzdělávacích aktivit a vytváření platformy pro odborné diskuze,
- vydávání či distribuce odborných stanovisek a periodik ve vztahu k příslušnému oboru,
- zvyšování odborné a profesní úrovně všech činností zdravotnických pracovníků v sociálních službách.

Výhody členství

Získám zdarma:
Předplatné časopisu Zdravotnictví a medicína v ceně 299 Kč
Účast na odborné konferenci v ceně 1000 Kč
Index v ceně 25 Kč
Základní roční členský poplatek: 390 Kč/osoba

Hlavní výhody členství

Bezplatný informační servis
Možnost slev na semináře, kurzy, poradenství aj.
Odborný časopis Zdravotnictví a medicína

Profesionální svaz zdravotnických pracovníků v sociálních službách

Více informací vám poskytne kancelář APSS ČR
– výkonná ředitelka APSS ČR
Ing. Bc. Alice Švehlová, Vančurova 2904, 390 01 Tábor
e-mail: reditelka@apsscr.cz, tel./fax: 381 213 332
www.apsscr.cz

Akutní stavy na KJ a monitorace EKG u pacientů ohrožených srdečními maligními arytmiemi

Cílem článku je seznámit čtenáře s principy a postupy monitorování akutních stavů na koronární jednotce (KJ). Sdělení je určeno především sestřám, které se s danou problematikou setkávají.

Akutní stavy

Kardiovaskulární choroby a srdeční maligní arytmie patří mezi nejčastější příčiny smrti a jsou častou příčinou pracovní neschopnosti a invalidity. Kvalita poskytování první pomoci v přednemocniční péči může významně ovlivnit další prognózu života. Nezbytným aspektem je včasný zásah a převoz pacienta do zdravotnického zařízení, kde lze zahájit monitoraci všech životních funkcí. Přístrojová technika dnes umožňuje dlouhodobě monitorovat, zaznamenávat a následně reagovat na aktuální stav pacienta.

Mezi akutní stavy na KJ patří: AIM, srdeční selhání, plicní edém, plicní embolie, poruchy srdečního rytmu, poruchy vědomí.

Metody

Zdravotní stav nemocných vyžaduje dlouhodobou monitoraci všech základních životních funkcí pomocí přístrojové techniky. Specifika monitorování jsou stanovena dle aktu-

álního zdravotního stavu pacienta. Využíváme jak invazivní, tak neinvazivní metody. Oproti neinvazivním metodám jsou invazivní metody přesnější a účinnější s výhodou kontinuálního monitorování. Zde nehrozí prodlžení v rychlé reakci na zhoršení stavu pacienta.

Úloha sestry na KJ

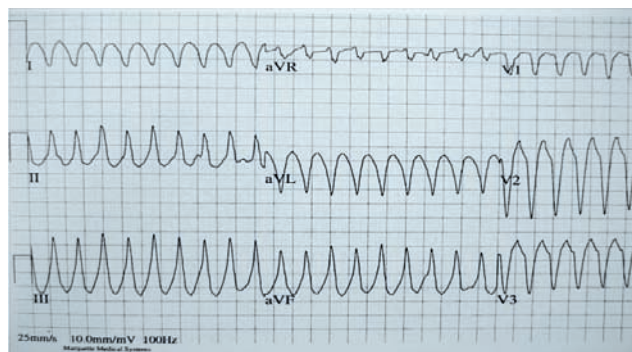
Sestra je nejlepší a jednoznačně nejbezpečnější monitorací. Lidský faktor je tedy nenahraditelný! Absence patologických hodnot v laboratorních výsledcích neznamená, že pacient nemůže být ohrožen na životě. Velice důležité je, aby sestra nepodléhala panice (může se jednat o poruchu přístroje - NE však vždy) a monitoraci ověřila jinou metodou. Mohou nastat neočekávané situace, kdy monitor špatně měří nebo nesprávně vyhodnocuje danou situaci. Velice často jsou neočekávané situace spojené s bolestí v souvislosti s využitím monitorovací techniky, a to zejména u neklidného pacienta.

Maligní arytmie

Maligní arytmie vedou k rychle nastupujícímu šokovému stavu a zástavě oběhu. Vznikají poruchou tvorby vzruchu, poruchou tvorby vedení nebo kombinací obou poruch. Příčina může být jak mimosrdeční, tak srdeční.

Mezi maligní arytmie patří komorová tachykardie, fibrilace komor, AV blokáda III. stupně a také AV blokáda II. stupně typu Mobitz, která může vyústit v AV blok III. stupně.

- **Komorová tachykardie** - ovlivňuje hemodynamiku a je typická širokými QRS komplexy. V některých situacích může přejít ve fibrilaci komor. Tento typ arytmie ohrožuje pacienty s AIM a se záněty myokardu (viz obr. 1).
- Komorová tachykardie může mít také podobu tzv. **AIVR** (akcelerovaný idioventrikulární rytmus), který vzniká po otevření infarktové tepny při SKC, jako reperfuze úspěšné rekanalizace věnčité tepny.



Obrázek 1

Ve většině případů je pacient nevnímá a nepocituje žádnou bolest.

• **Fibrilace komor** - chaotická nesynchronní komorová depolarizace, která se vyznačuje hrubými či jemnými fibrilačními vlnkami. Způsobuje zástavu a vyžaduje KPCR a defibrilaci. Ohrožení jsou pacienti s AIM či hypotermií (viz obr. 2). V současné době je velice důležité zajistit krevní oběh - tedy srdeční masáž. Poté dýchací cesty a nakonec dýchání.

Minulost: *airway, breathing, circulation*; **současnost:** *circulation, airway, breathing*.

• **Důležité:** Při svolávání resuscitačního týmu ke KPCR ve zdravotnickém zařízení je velice důležitá aktivace KJ s jasnou výzvou resuscitace a s jasným určením místa. Nadále zahájit srdeční masáž sestrou. V katetrizčních laboratořích mají možnost využití nepřímé srdeční masáže - systémem LUCAS. Využíváme objemově řízenou ventilaci a monitoraci mozkové saturace přístrojem INVOS. Dále využíváme přístroj Rhinochill nebo Arctic Sun k hypotermii.

Inzerce M151000786



XXII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně

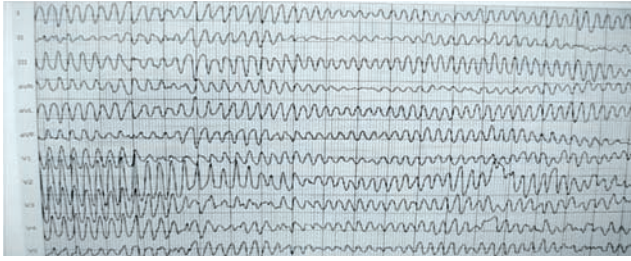
ve spolupráci
s dalšími odbornými společnostmi
a s Interní sekci České asociace sester

22. - 25. listopadu 2015

Kongresové centrum Praha, 5. května 1640/65, Praha 4

www.kongrescis2015.cz





Obrázek 2

Monitorace EKG

Jedna ze základních diagnostických metod u maligních arytmií, kde monitorujeme tepovou frekvenci a její stabilitu. Důležitě je napojení pacienta (pro kvalitnější vodivost jej oholit a očistit alkoholem). Standardem je 12svodové EKG, nadále možnost natočení zadních svodů a také svodů z pravostranného prekordia. Další možností je pořizování kopií, záznamů k archivaci a také kontinuální záznam.

- **Zadní svody** – zobrazení zadní stěny levé komory, která se do standardních 12 svodů nepromítá. Nemocný je uložen na pravý bok – 5. mezižebří – V4 (V7), posuneme do polohy zadní axilární čáry. V5 (V8) levá skapulární čára. V6 (V9) oblast obratlových trnů.
- **Pravostranné prekordium** – dg. postižení pravé komory, AIM (V3R-V6R).

Hodnocení EKG

Pokud pořizujeme záznam EKG, je velice důležité jeho zhodnocení, a to následujícím způsobem: srdeční rytmus, srdeční frekvence, převodní intervaly, osa QRS komplexu, odlišnosti v morfologii vlny P, přítomnost či absence vlny

U a zhodnocení celkového EKG, tedy závěr.

Monitorace

Při monitorování EKG u hospitalizovaného pacienta mohou nastat chyby a alarmy přístroje jednak při odpojení svodů, nebo v situaci, kdy přístroj špatně hodnotí srdeční frekvenci (vysoké vlny T, *pacemaker*). Mohou vznikat také artefakty v průběhu měření, kdy je pacient nějakým způsobem soběstačný a může provádět ranní hygienu. Alarmy či artefakty se mohou vyskytovat i při třesavce u podchlazeného pacienta. Další chybná monitorace vzniká, když je pacient napojen na telemetrii a není dostatečně edukován o dosahu signálu.

Bezpulsová elektrická aktivita

Stav, kdy je na EKG patrná elektrická aktivita srdce, avšak je extrémně nízký nebo nulový srdeční výdej (plicní embolie, hemoragický šok, tamponáda). Tento stav vyžaduje okamžitou resuscitaci. Nestačí tedy jen monitorovat EKG, ale je nutné měřit i jiné funkce – TK, SPO2. Samozřejmě je velice důležitá komunikace mezi sestrou a pacientem.

Zajímavost: Atropin již není doporučován pro rutinní podání u bezpuls. el. aktivity, asystolie (viz obr. 3).

Monitorace

1. Krevní tlak: neinvazivně a invazivně – *arteria radialis, brachialis a femoralis*.

Výhody: hodnocení tvaru pulsové křivky a hemodynamické odezvy na periférii, aktuální hodnoty – návaznost při podávání léčiv, možnost častého odběru ke kontrole krevních plynů.

Nevýhody: možnost zanesení infekce, omezení pohybu končetin, zalomení katétru, zavzdušnění – měření nesprávných hodnot.

2. Centrální žilní tlak

Zavádí se ve většině případů do žil, které ústí do horní duté žíly (v. *jugul. interna, v. subclavia*). Poskytuje informace o stavu hydratace a velikosti žilního návratu. Kolísá s dechovou aktivitou. Můžeme zde odhalit pravostranné kardiální selhání. Normální hodnoty se pohybují okolo 5-8 mmHg. Nevýhodou je však opět ucpaní katétru. **Srdeční výdej:** Množství krve vypuzené srdcem do těla za jednu minutu.

Metody: Swan-Ganz katétr, Vigileo, PICCO a Echo

Swan-Ganz katétr – plicnicový katétr: po zaplávání katétru a nafouknutí balónku do plicnice monitorujeme TK v *arteria pulmonalis*. Je to vlastně měření srdečního výdeje tzv. termodilucí. Pozor na katétr, který může špatně měřit při stočení se do klubíčka v právě komoře (viz obr. 4). Indikace k zavedení Swan-Ganz katétru jsou šokové stavy, AIM a jeho



Obrázek 4

komplikace, respirační selhání, plicní embolie apod.

3. Tělesná teplota: kontinuální nebo intervalové měření. Mezi způsoby měření patří **kontaktní** (v zevním zvukovodu), **distanční** – bezdotykové, **invazivní** – jícnové či močové čidlo, kožní čidlo a **měření** v axilární nebo rektální oblasti. Při jícnovém měření musíme věnovat zvýšenou pozornost prevenci dekubitů v oblasti vnitřní části nosu.

4. Tkáňová oxygenace mozku – INVOS

Tento přístroj umožňuje právě měření oxygenace tkáně, a to zvláště v mozku. Kontinuální monitorace až 4 kanálů současně – mozkové a periferní tkáně, které včasné odhalují ischemie. Je to jeden z velkých pokroků v neinvazivním monitorování. Velice důležitá je správná příprava před nalepením elektrod, očištění alkoholem, fixace čelenkou. Při odlepení elektrod zde může působit světlo, které zkreslí hodnoty.

5. SPO2 – pletysmografická křivka – saturace hemoglobinu kyslíkem

Měříme pomocí prstového nebo ušního čidla, musíme dát pozor při studených akralních částech nebo nalakovaných a dlouhých nehtech, kde čidlo není schopné zachytit kvalitní křivku na monitoru. Další příčinou nekalitních hodnot je neklidný pacient. V neposlední řadě dbáme i na střídání prstového čidla.

6. CO₂ – kapnografická křivka: čidlo se zapojuje do dýchacího okruhu. Kapno nám udává hodnoty nejvyšší koncentrace

CO₂ na konci výdechu. Současně také koreluje s pCO₂ v Astrupu. S dechovým objemem však může kolísat.

7. Koronární perfuzní TK: čidlo se zavádí epidurálně, intraparenchymově nebo nitrokomorově,

- MAP – střední arteriální tlak, CPP – koronární perfuzní tlak – lze určit z hodnot středního arteriálního tlaku, intrakraniálního a středního tlaku (CPP = MAP - ICP nebo CVP).
- Koronární perfuzní tlak a jeho hodnota jsou v těsné korelaci s úspěšným obnovou sponstáního oběhu = ROSC pacienta. Mozková perfuze rychle klesá – hodnota CPP pod kritickou hodnotu 50 torrů. Zde vzniká hypoperfuze a ischemie až mozková smrt. Stabilitní perfuze je 50-160 torrů.

Závěr

- Srdeční zástavu z 80 % způsobuje právě kardiální příčina AIM.
- Až 60 % umrtí během první hodiny od začátku příznaků AIM je způsobeno maligními komorovými arytmiemi. Zde je velice důležitý čas – „time is muscle“.
- Vznik KJ snížil mortalitu AIM díky včasnému zachytu maligních arytmií z více než 30 % na 20-25 %.
- Komplikace u AIM dnes již nejsou tak výjimečné, ale díky profesionální úrovni intenzivní péče jsou velice dobře zvládnutelné.
- Díky dostupnosti invazivních metod revaskularizace incidence závažných komplikací klesá. Metody správného provedení monitorace zažívají velký rozmach. Nové technologie zefektivňují léčebné metody a jsou jednodušší v jejich provedení.

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



Obrázek 3

Inzerce M151000723

JDE TO.

I SE SCHIZOFRENÍ SE DÁ ŽÍT.

www.capz.cz/jdeto

Společně můžeme pacienty vrátit zpátky do života.

Kvalita života s astmatem bronchiale

Astma bronchiale je stále aktuální téma. Astmatiků přibývá, proto jsem se zaměřila právě na zmíněné onemocnění. Cílem mé práce bylo zjistit, jak moc astma bronchiale ovlivňuje kvalitu života pacientů.

Chtěla bych vás seznámit s některými výsledky mého zkoumání. Zaměřila jsem se na vlivy negativně působící na astma (kouření, ovzduší, stres, nesnášenlivost kyseliny acetylsalicylové), jiné otázky byly směřovány ke klimatoterapii, volbě povolání či zaměstnání, léčbě a pohybové aktivitě. Průzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Probíhal elektronickou a tištěnou formou. Dotazníky byly rozděleny na plicním oddělení a plicní ambulanci v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s., ve Zlíně. Oslovení byli ve věku 18-50 let. Průzkumu se zúčastnilo celkem 94 respondentů.

Nekouřit a jezdit k moři

Z výsledků průzkumu v kategorii „**Negativní vlivy**“ vyplynulo, že ovzduší a kouření ovlivňuje kvalitu astmatu. Třiatřiceti respondentům (tj. 35,11 %) se v období zhoršeného ovzduší špatně dýchá a musejí užívat úlevový lék. Dotazovaní také odpověděli, že při stresu se jim příznaky astmatu zhorší. Velmi překvapující bylo, že 79 respondentů (tj. 84,04 %) není informováno o tom, že nesmí užívat léky obsahující kyselinu acetylsalicylovou. Další kategorií byla „**Klimatoterapie**“, kde jsem zjišťovala, zda pacienti kvůli svému onemocnění navštěvují lázně nebo jezdí k moři. Výsledky ukázaly, že astmatici k moři jezdí poměrně často, protože pobyt zde jim příznaky onemocnění pomáhá zlepšovat.

V kategorii „**Povolání**“ jsem se dotazovala, jaký vliv má astma na zaměstnání účastníků průzkumu nebo zda své „vysněné“ povolání museli kvůli nemoci změnit. U 76 respondentů (tj. 80,85 %) onemocnění nemělo na jejich zaměstnání vliv. Pouze 8 dotázaných (tj. 8,51 %) si nemohlo zvolit povolání, které chtěli vykonávat, protože jim to jejich zdravotní stav neumožňoval.

V kategorii „**Pohybové aktivity**“ jsem zjišťovala, kolik pacientů pravidelně sportuje a jak astma ovlivňuje jejich pohybovou ak-



tivitou. Z výsledků vyplynulo, že menší polovina odpovídajících sportuje pravidelně. V průběhu aktivity muselo 68 respondentů (tj. 72,34 %) přestat a odpočinout si, aby po přestávce mohli v aktivitě pokračovat.

Co výsledky ukázaly o léčbě

V poslední kategorii jsem se zaměřila na **léčbu**. Zjišťovala jsem, jestli jim léčba pomáhá, zda užívají léky, jestli byli poučeni o užívání inhalátoru, zda dodržují všechna doporučení ohledně úpravy prostředí a jaké způsoby léčby (kromě úpravy prostředí a léků) si myslí, že existují.

Z výsledků jsem zjistila, že 33 pacientům (tj. 35,11 %) léčba nevádí a jsou s ní spokojeni. Našly se ovšem i odpovědi, že léčba nepomáhá nebo pacienty uvádí do rozpaků při užívání na veřejnosti. 50 respondentů (tj. 53,19 %) užívá pouze úlevové léky a 33 z nich (tj. 31,91 %) užívá kortikoidy. Více než polovina dotázaných byla poučena o používání inhalátoru. 40 účastníků výzkumu (tj. 55,56 %) bylo nuceno kvůli onemocnění udělat změny v úpravě prostředí.

Poslední otázka v mém dotazníku zněla, zda mají astmatici **povědomí o dalších možných způsobech léčby**. Tato odpověď byla volná. Překvapilo mě, kolik různých odpovědí jsem obdržela. Dotazovaní uváděli dechovou rehabilitaci, jógu, alternativní medicínu, pobyt na čerstvém vzduchu, speleoterapii, omezení styku s alergenem, přestěhování do oblastí s méně znečištěným

ovzduším, úpravu životosprávy a životního stylu, bylinné kapky. Zarazila mě odpověď „nevím“ v 21 případech (tj. 22,34 %), což je poměrně vysoké číslo.

Závěrem

Dotazníkové šetření bylo započato koncem března a ukončeno začátkem května. Období, během něhož účastníci průzkumu odpovídali, mohlo ovlivnit výsledky šetření. 35 dotázaných (tj. 37,23 %) uvedlo, že nemají žádná omezení a neuvádějí léky. Domnívám se, že kdyby byl průzkum prováděn v období, kdy je zvýšené množství emisí nebo pylových alergenů v ovzduší, počet respondentů bez omezení a léčby by mohl být nižší.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že kvalita života pacientů s astmatem bronchiale je nemocí bezesporu negativně ovlivněna. Astmatici ale mají povědomí i o pozitivních vlivech, které jim život s onemocněním mohou usnadnit. Za dodržování určitých podmínek dokážou žít plnohodnotný život.

Je důležité, aby veřejnost byla o onemocnění astma bronchiale, způsobech jeho léčby a životě astmatiků informována ve stejné míře, jako je tomu v případě jiných chronických onemocnění, jako jsou například roztroušená skleróza, diabetes mellitus či Alzheimerova choroba.

Marie Szromková,
studentka oboru „všeobecná sestra“,
Fakulta humanitních studií,
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně,
Marie.Szromkova@seznam.cz

Ilustrace: M151000396

Cadenza®

PROFESIONALITA A PRESTIŽ

Vytvořte si svůj styl
v profesních modelech
Cadenza.

zelená linka 800 148 830
www.cadenza.cz



Bezdomovectví

– závažný společenský problém dnešní doby

Článek popisuje současnou situaci v oblasti jednoho ze sociálně patologických jevů, kterým je bezdomovectví. Poukazuje na okolnosti vzniku bezdomovectví a popisuje jeho formy. Na závěr nastiňuje možnou pomoc českých a evropských institucí.

Pojem bezdomovectví

Sociálně patologických jevů je ve společnosti řada. Je jisté, že společnosti nejenže neprospívají, ale stávají se velkým problémem finančním, etickým, politickým a především sociálním. Jedním z nich je bezesporu fenomén bezdomovectví, který zde byl sice od pradávna, ale velký rozmach zaznamenal po politických změnách v roce 1989. Za bezdomovce je označována osoba nemající domov či možnost dlouhodobě využívat nějaké přístřeší. Termín bezdomovectví pak označuje způsob života této osoby a existenci tohoto jevu.

Bezdomovectví je nejvíce patrné ve velkých městech a většinou je spolu s dalšími negativními faktory doprovázeno sociální izolovaností a psychickým i fyzickým strádáním. Právně se pojmem bezdomovec či bezdomovkyně označuje osoba, která nemá státní občanství žádného státu.

Dle manželů Hradeckých, kteří se tímto problémem zabývají hlouběji, se pojem bezdomovec dá velmi těžko charakterizovat, a to hned z několika důvodů. Zprvé tato definice pracuje pouze s tzv. bezdomovci „zjevnými“ (viz dále). Z druhé se daleko větší skupinou bezdomovců v poslední době zdá být skupina bezdomovců „skrytých“ a „potenciálních“ (viz dále) a ti v této definici nejsou vůbec zahrnuti. Existuje však mnoho životních situací, které mohou člověka zařadit do některých ze skupin bezdomovců, přestože by jen těžko naplnil oficiální definici.

Okolnosti vzniku a faktory bezdomovectví

Okolnosti, které vedou člověka k bezdomovectví, můžeme rozdělit do několika skupin:

- absence střechy nad hlavou (spaní na ulici či jiných veřejných místech),
- absence domova (život v instituci nebo v dlouhodobém či krátkodobém podnájmu nebo ubytovněch různého typu),

- bydlení nejisté (*squat*, bydlení bez smlouvy).

Faktory bezdomovectví:

- objektivní (ovlivněny sociální politikou a právním systémem daného státu),
- subjektivní (ovlivněny jednotlivci, rodinami, společenskými skupinami).

Faktory můžeme dále dělit dle povahy na:

- faktory materiální – ztráta bydlení, ztráta zaměstnání, dlouhodobá nezaměstnanost, nedostatečné příjmy, zadluženost, ztráta živitele či ztráta majetku,
- faktory vztahové – manželské nebo partnerské problémy, rozvod, problémy mezi rodiči a dětmi, rozpad rodiny, násilí v rodině, sexuální zneužívání aj.,
- faktory osobní – mentální retardace, duševní či tělesná choroba, nesamostatnost, invalidita, stáří, alkoholismus aj.,
- faktory institucionální – propuštění z ústavu, vězení, opuštění dětského domova, dlouhé čekací doby na umístění v domově důchodců apod.

Podle výzkumů je nejčastější příčinou bezdomovectví ztráta zaměstnání, následuje rozvod, odchod z rodiny, výkon trestu, špatné hospodaření a výstup z ústavního zařízení. Jiné příčiny tvoří 29 % a pouze u 7 % bezdomovců má jít o dobrovolné rozhodnutí (ovšem i zde je třeba vzít v úvahu jejich psychologický stav a další okolnosti).

Formy bezdomovectví

- Zjevní bezdomovci** – osoby žijící na ulicích, na nádražích, ti, kteří vyhledávají ubytování v zimních noclehárnách, azylových domech, v noclehárnách zřizovaných městy nebo charitativními organizacemi.
- Skrytí bezdomovci** – lidé bez přístřeší, kteří se z nějakého, jen jim známého důvodu neobracují na veřejné či charitativní služby, aby našli nocleh.

- Potenciální bezdomovci** – osoby, jejichž potřeby jsou úřadům buď neznámé, nebo známé jen částečně. Žijí v nejistých podmínkách, v domech určených k asanaci či k demolici, v bytech sociálních, v holobytech, v podnájmech. Do této skupiny řadíme i ty, kteří čekají na propuštění z různých ústavů, vězení, na odchod z dětského domova, a dále ty, kteří aktuálně tvoří velkou skupinu migrační a exilní.

Bezdomovecká populace v Česku

Podle Českého helsinského výboru žije v ČR přibližně 110 tisíc bezdomovců a odhaduje se, že každým rokem jich 10 % přibývá. V budoucnosti tento problém může být ještě palčivější vzhledem k deregulacím nájemného a možnému nárůstu nezaměstnanosti. Podle údajů ze sčítání lidí, domů a bytů v roce 2011 žilo v České republice 10 230 060 lidí. Z toho v bytech žilo 10 101 302 lidí. A co těch zbylých 128 758 lidí? 71 181 žilo v různých zařízeních (dětských domovech, nápravných zařízeních, ústavech sociální péče). Mnozí z takto žijících jsou potenciálními bezdomovci. Další 41 604 lidí žilo mimo byt a zařízení, ale v nějakém domě (v chatě, na pracovišti, v ubytovně či jinak různě provizorně). I to jsou potenciální bezdomovci. Skutečně zjevných bezdomovců (osob žijících mimo dům) bylo sečteno 11 500. Podle údajů ze sčítání lidí, domů a bytů máme tedy v ČR více než 300 tisíc zjevných, skrytých či potenciálních bezdomovců. S bezdomovectvím souvisí i další problém, jímž je nezaměstnanost. Průměrný počet nezaměstnaných v roce 2015 za prvních 5 měsíců činí více než 517 000 osob. Přitom volných pracovních míst bylo např. v měsíci březen 2015 více než 76 tisíc. Již tato poměrně vysoká čísla naznačují, že problém bezdomovectví má společenské příčiny a že se nejedná převážně o osobní selhání jednotlivců.



Ilustrační foto: Jan Raček / Seďmicka

Sociologické údaje

- Pohlaví – ženy u nás tvoří 10–15 % bezdomovců (v USA a EU je to celých 25 %).
- Věková struktura – 4 % bezdomovců jsou ve věku 0–18 let, 9 % ve věku 18–25 let, 19 % ve věku 25–40 let, 28 % ve věku 40–50 let, 25 % ve věku 50–62 let a 15 % bezdomovců jsou starší 62 let.
- Předchozí patologická zkušenost – 25 % českých bezdomovců jsou invalidní důchodci, cca 25 % z nich má zkušenost s dětským domovem, 15 % s psychiatrickou léčebnou a 35 % s vězením.
- Dosažené vzdělání – 34 % bezdomovců jsou vyučení, 30 % má základní vzdělání, 7 % středoškolské s maturitou, 6 % středoškolské bez maturity, 1 % vyšší než středoškolské vzdělání, 1 % nedokončené základní vzdělání. U 21 % nebylo vzdělání zjištěno.
- Présávání bezdomovců – 21 % na ubytovně, v noclehárně či azylovém domě, 15 % na nádraží, 13 % u někoho v bytě,

2 % v podnájmu, 1 % ve squatu, 48 % jiné, nestálé nocování.

Pojem „nádražní populace“

Podle francouzského sociologa Serge Paugama lze charakterizovat tři typy jedinců přicházejících na nádraží:

- Oslabení** (ti, kteří přicházejí na nádraží poprvé, méně odolní) Pod pojmem „oslabení“ si představíme člověka, který přichází po prvním nezdaru ve svém životě a začíná kariéru bloudícího člověka. Jsou to „nově chudí“, bez domova, jimž je určeno vyloučení. Zprvu těžce poznatelní v davu dávají posléze svým zanedbaným zevněškem najevo trápení a potíže svého nového postavení.
- Navyklí** (ti, kteří zde pobývají delší dobu) „Navyklí“ jsou ti, kteří jsou z různých příčin sociálně vyloučení. Tito lidé (bezdomovci i jiní) navštěvují nádraží kvůli možnosti vyhledání blízkých osob či možnost získání finančních prostředků.

c) **Marginální** (zvláštní, nesourodá vrstva)
„Marginální“ je skupina osob, která je různá a velmi nesourodá. Patří sem skupiny skinheadů, příznivců punku, ale i bezdomovců. Jsou to lidé opuštění, bez přístřeší a bez domova, nechtění, kteří domov opustili i z vlastní vůle z nejrůznějších možných příčin. Všechny tři skupiny spojuje bída, sociální problémy, násilí a na nádraží přichází z důvodu pocitu vyloučenosti, zranitelnosti fyzické i psychické a objektivní desocializace.

Život na nádraží

Pokusíme se nyní vysvětlit přitažlivost nádraží pro bezdomovce na korigované pyramidě potřeb člověka. Autorem původní pyramidy potřeb člověka je americký humanistický psycholog Abraham Harold Maslow. Ten zastává názor, že životní styl každého z nás je úzce napojen na hodnotové orientace a motivace, které jsou mnohdy nevědomé a proměnlivé. Za nejdůležitější považuje vztah mezi vnitřním vyladěním člověka a jeho vnější situací. Podle Maslowa dě-

líme potřeby na základní a meta-potřeby. Základní potřeby jsou pak děleny na fyziologické (hlad, žízeň, sex, spánek) a psychologické (pocit bezpečí a jistoty, láska a sou-náležitost, sebeúcta). Pokud nejsou základní potřeby (byť z části) uspokojeny, nedochází k uspokojení vyšších potřeb. Metapotřeby jsou výsledkem učení, mohou být málo rozvinuty nebo zcela chybí. Patří k nim např. potřeba spravedlnosti, krásy, pořádku, cti, sebe-realizace, ocenění, uznání apod. Pascale Pichon (francouzský sociolog) tuto základní pyramidu potřeb upravil a vysvětluje přitažlivost nádraží pro vyloučené osoby. Dle něj je patrný jev, kdy se neju-božejší desocializovaní jedinci snaží uspokojit své potřeby v určité hierarchii. Na prvním místě budou potřeby fyziologické, dále i pocit bezpečí a potřeby sociální. Dále se pyramida nedostává, metapotřeby uspokojovány nejsou. Nádraží danému jedinci pomáhá uspokojovat jeho novou pyramidu potřeb a dotýčný zde nalézá pocit bezpečí, který na ulici nemá. Zároveň může nádraží sloužit i skupinám marginálním, např. desocializovaným rodinám, ale i jako určité

prostředí společnosti, družnosti, ruku v ruce s prostředím vysoce nebezpečným. Závěrem lze shrnout, že u osob sociálně destrukturalizovaných jsou jakékoli seberealizační potřeby v naléhavých, kritických a nevyřešených existenčních situacích potlačeny.

Pomoc bezdomovcům

Od května letošního roku po re-structuralizačních změnách v ČR existuje při Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR (MPSV) specializované pracoviště, které se otázkou bezdomovectví zabývá (oddělení sociálního bydlení a začleňování). Již jeho předchůdce, oddělení sociálního bydlení, předložilo vládě první ucelený návrh na řešení neutěšené situace v této oblasti. V roce 2013 schválila vláda (poprvé v historii) tzv. Konceptci prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. V současné době je předložena její novela. MPSV přispívá svými dotacemi na azylové domy a jiné ubytovny pro bezdomovce (převážně provozované křesťanskými organizacemi), ale tyto dotace zdaleka nezabezpečují jejich provoz. Například za rok 2000 činily 76 535 664 Kč, což je částka zhruba

2,5x menší, než byly dotace požadované. Města se problémem bezdomovců zabývají jen okrajově. Pouze třetina měst provozuje levnou ubytovnu pro bezdomovce, a to ještě většinou s velmi nízkou kapacitou (pod 25 lůžek). V roce 2008 byl v Praze vyhlášen pilotní program, díky kterému 50 bezdomovců získalo práci na hlavní pracovní poměr. Účastníci projektu našli uplatnění v zahradnictví, pásové výrobě nebo na stavbách. Jednalo se o první, zcela jistě záslužnou vlastovku tohoto druhu a o příklad hodný následování. Azylové domy a ubytovny pro bezdomovce v ČR provozují převážně charitativní organizace (Armáda spásy, Charita, Naděje, Sestry matky Terezy), nicméně tato pomoc se nedostává zdaleka všem. Bezdomovcům pomáhá také pouliční časopis *Nový prostor* (původně *Patron*), který od konce roku 1999 vydává občanské sdružení *Nový prostor*. Od února 2001 vychází druhý pouliční časopis (vydává občanské sdružení *Mezipatro*).

Celoevropský závazek

Ve dnech 9.–10. prosince 2010 se v Bruselu konala průlomová evropská konsenzuální konference

o bezdomovectví. Jelikož Evropská unie vnímá fenomén bezdomovectví jako problém celé Evropy a jelikož předsedající belgický stát měl tento problém za hlavní prioritu sociální oblasti, bylo stanoveno několik cílů jak dosáhnout značného pokroku v této oblasti. Jedním ze závěrů byla myšlenka ukončení pouličního bezdomovectví do roku 2015.

Za tímto cílem bylo stanoveno 6 klíčových otázek (co znamená bezdomovectví, je jeho ukončení reálným cílem, jsou přístupy zaměřené na získání bydlení nejúčinnějším nástrojem, jak zajistit, aby se lidé bez domova mohli podílet na rozvoji politiky, jakou měrou by měl být těmto lidem zajištěn přístup ke službám pro bezdomovce, co by měla zahrnovat celková strategie EU). Byla sestavena skupina odborníků, kteří jsou zodpovědní za závěry, jež vzešly z této konference, a kteří se společně budou podílet na řešení tohoto problému.

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

Inzerce M151000703



Soutěž pro zdravotníky G5 Plus slaví narozeniny

Slavte s námi a vyhraďte v naší soutěži **týdenní zájezd k moři, wellness víkend nebo předplatné časopisu.**



Oficiální partneri
soutěže



PŘIHLASTE SE

do soutěže na našem Facebooku
kliknutím na záložku „Soutěž
G5 Plus slaví narozeniny“

www.g5plus.cz |

G5+

Mezinárodní kariéra
ve zdravotnictví

Zpráva, která potěší

Následující řádky jsou určeny tisícům všeobecných a dětských sester, které absolvovaly studium na Střední zdravotnické škole Šumperk v letech 1950–1979.

Do této obrovské skupiny patříme i my, studentky 4. A – absolventky z roku 1960. V posledních letech, kdy nás postupně ubývá, se naše pomaturitní setkání uskutečňují již každoročně. V našich vzpomínkách na mladá léta strávená ve školních lavicích stále hraje významnou roli paní profesorka Zora Komárková. Aprobovaná němčinářka tenkrát vedle matematiky a psychologie učila hlavně tělesnou výchovu a v těch

to hodinách formovala po celé čtyři roky i naši třídu. Byla pro nás ideálem ženské krásy, obdivovaly jsme ji, milovaly, ale naše snaha podobat se jí byla marná. Paní profesorka byla prostě jedinečná, nenapodobitelná a takovou i zůstala. Na setkání po 55 letech, které uplynuly od naší maturity, jsme s údivem sledovaly líčení spolužaček, které paní profesorku Komárkovou potkávají v šumper-

ských ulicích. Svoji vzpřímenou a svižnou chůzí prý úspěšně konkuruje nejen nám, 73letým bývalým žákyním, ale i 55letým dámám. Je stále půvabná a především obdivuhodná svojí úžasnou pamětí! Bez problému si vybavuje dívčí jména studentek, které učila před téměř 60 lety, dokonce i to, odkud do školy dojížděly či která z nich měla talent pro řešení matematických úloh. Taková je paní profesorka Zora



Paní profesorka Komárková ve spodní řadě, 3. zleva

Komárková dnes, vzdor skutečnosti, že 10. srpna oslavila 100 let svého věku. S dojetím, obdivem a úctou jí k tomuto významnému jubileu srdečně blahopřejeme!

Nejen za moji třídu 4. A, ale za vás všechny, které na paní profesorku jistě rády vzpomínáte.

Marie Komendová, rozená Hořáková

Lékaři a sestry jsou partnery

Zkušenost a spolehlivost jsou nenahraditelné

Glaukom představuje vážné onemocnění a často je příčinou nevratné slepoty. Ve světě jím trpí 60 milionů lidí a asi polovina z nich o své nemoci neví.

Až 90 % všech nemocných – většinou vyššího věku – trpí primárním glaukomem s otevřeným úhlem. „U většiny lidí se neobjeví žádné nebo minimální příznaky,“ vysvětluje MUDr. Petr Mlčák z Oční kliniky LF UP a FN Olomouc. „Prvním příznakem obvykle bývá pomalá ztráta periferního vidění, která může dlouho zůstat bez povšimnutí. Při onemocnění glaukomem s uzavřeným úhlem se mohou objevit jednostranné bolesti hlavy a oka na stejné straně, rozmazané vidění i pocity na zvracení.“



MUDr. Petr Mlčák

Léčba zeleného zákalu je nejučinnější v počátečních stadiích nemoci a jejím cílem je oddálit nebo zpomalit ztrátu zraku. Podle typu glaukomu je možné provést operaci nebo některý typ zákroku pomocí laseru, ale nejběžnější léčbou je pravidelné kapání očních kapek.

Jak vám ve vaší práci pomáhají sestry? Na to jsme se zeptali právě MUDr. Mlčáka. „Sestřičky mají u nás přímo nezastupitelnou roli. Sestra je prvním člověkem, s nímž se pacient setká, když vejde do ordinace. Zjistí, jak na tom nemocný je, změří mu nitrooční tlak i počet dioptrií, což má svůj význam i u zeleného zákalu, a hlavně – změří mu hodnoty zorného

pole. To dělá vždy sestra. Instruuje pacienta, řídí průběh vyšetření a na její zkušenosti a spolehlivosti mnohdy záleží jeho výsledek. Umí pacienta uklidnit, vysvětlit mu, co ho čeká, a on je potom schopen soustředit se na vyšetření. Práce sestry je rovněž nezastupitelná při operacích i v pooperační péči, když je pacient na lůžkovém oddělení. Lékař vidí pacienta několik minut ráno při vizitě, sestra je kolem něj prakticky celý den, kontroluje jeho stav po operaci... Zkrátka – pokud se neděje něco akutního, je to sestra, která se o pacienta stará a sama vyřeší problémy, jež jsou v její kompetenci. Práce sestry je v na-

ší oblasti lékařské péče nesmírně důležitá i v terénu. U praktického lékaře nebo v různých pečovatelských domech umí zajistit pravidelnou péči o pacienty, kteří si sami nedokážou správně aplikovat kapky na léčení glaukomu, a to jak v těchto ústavech, tak docház-

kou do jejich bydliště v případě, že nemají příbuzné nebo známé, kteří by jim tuto péči byli schopni a ochotni zajistit.“

(Jh)

Pozitivní vliv kojení na zdraví dítěte potvrzen

Ke stovkám studií, které dokumentují pozitivní vliv kojení na nižší výskyt různých nemocí, se s novými výsledky připojila v roce 2015 nová americká „Year 6 follow-up study of children in the Infant Feeding Practices Study II“, která zkoumala vliv výživy v kojeneckém věku na zdraví, způsob stravování a některé další faktory u 1542 šestiletých dětí.

Kojení je jedním z nejučinnějších preventivních opatření, jímž mohou matky chránit zdraví dítěte i své. Studie potvrdila, že kojení může chránit před některými onemocněními ještě dlouho po kojeneckém věku. Na výskyt infekcí (zánět uší, hrdla nebo nosních dutin) měla vliv nejen délka kojení celkem, délka výlučného kojení, doba zahájení podávání náhrad mateřského mléka, ale i intenzita kojení definovaná jako podíl mateřského mléka z příjmu jakéhokoliv mléka v průběhu prvních 6 měsíců života. Studie „Year 6 follow-up“ dále ukázala, že výlučné kojení po dobu 4 měsíců nebo déle může snižovat riziko rozvoje potravinové alergie po prvním roce života u dětí bez jiných ri-

zik. Delší trvání kojení bylo spojeno se zdravějším stravováním v 6 letech. Děle kojené děti například měly větší spotřebu vody, ovoce a zeleniny a naopak menší spotřebu cukrem slazených nápojů a džusů. „Není jasné, jestli zjištěné vztahy mezi stravováním v kojeneckém období a v 6 letech odrážejí vývoj chuťových preferencí během dětství nebo způsob stravování rodiny, ale studie rozhodně poukazuje na potřebu vytvořit zdravé stravovací návyky už v časném dětství,“ říká MUDr. Eva Kudlová z Ústavu hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFV v Praze.

Podle dostupných informací má tedy kojení pozitivní vliv na prevenci infekčních onemocnění, obezity a s tím spojených dalších nemocí.

Kojené děti mají rovněž nižší riziko nekrotizující enterokolitidy. Kromě dobře zdokumentovaných účinků mateřského mléka na výživu kojení také podporuje utváření jedinečného emocionálního vztahu mezi matkou a dítětem. Z velkých epidemiologických studií vyplývá, že delší doba kojení souvisí se zlepšením IQ a kognitivních funkcí v pozdějším období dětství. „Kojení dokonce zlepšuje kognitivní vývoj nedonošených i donošených dětí, a to i pokud vypustíme vlivy jako socioekonomické zázemí a dosažené vzdělání. Podpora kojení na národní a vládní úrovni je nezbytná,“ upozorňuje vedoucí lékařka Národního laktačního centra v Thomayerově nemocnici MUDr. Anna Mydlilová. (kha)



30. BŘEZNA 2016
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

Sestra roku 15



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

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

Přihlaste svého kandidáta!

Dopřejte získat
toto prestižní
ocenění
těm, kteří si
jej opravdu
zaslouží!

Titul Sestra roku je
udělován ve dvou
kategoriích:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči
- Sestra v managementu a vzdělávání

Redakce časopisu
Zdravotnictví
a medicína uděluje
mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek 31. 12. 2015

Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přístupná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: www.sestraroku.cz

PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů:
– e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
– vložení na www.sestraroku.cz
– v obálce označené heslem „Sestra roku 2015“ na adresu redakce

časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 31. 12. 2015. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2015“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Těž si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu sestraroku@mf.cz.

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzavření soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2016 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat kritéria soutěže, kterými jsou například nadstandardnost přístupu při zvládnutí náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému a podobně. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na: www.sestraroku.cz

V případě dotazů pište na adresu: sestraroku@mf.cz

Využijte také diskusní fórum: www.facebook.com/FBSestra

Generální partner



O krok dál
pro zdraví

Hlavní partner



Partneři galavečera



www.sestraroku.cz



Sestra roku 2015



Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže Sestra roku 2015 v kategorii:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči
 Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele
Kontaktní adresa PSČ
E-mail Telefon

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) PSČ
Kontaktní adresa
E-mail Telefon
Obor, ve kterém soutěžící působí
Funkce
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace
Registrovaná sestra: ano ne Počet let ve zdravotnictví
Publikační činnost
Přednášková činnost
Jazykové znalosti
Zahraniční stáže

Podpis soutěžícího: Podpis navrhovatele: Datum:

Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících kritériím soutěže musí být k přihlášce přiložen ve formě stručného písemného odůvodnění nominace.

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamou spojenou

s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správcem a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační

společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

kardiovaskulární onemocnění a jejich komplikace jsou celosvětovou epidemií a stále nejčastější příčinou úmrtí mužů i žen. V aktuálním čísle jsme se proto zaměřili na problematiku kardiometabolického syndromu, jehož přítomnost zvyšuje rizi-

ko kardiovaskulárních příhod. Základní poznatky o něm s důrazem na preventivní opatření shrnula v úvodním článku profesorka Hana Rosolová. Vedle úpravy životního stylu je jedním z nejučinnějších opatření v prevenci a léčbě aterotrombotických

cévních příhod snížení koncentrací aterogenních lipoproteinů. Podrobněji se tématu věnuje docent Michal Vrablík v článku Novinky v léčbě hyperlipidemií a dyslipidemií. Vyšetření hladin lipidů v krvi, jejich interpretaci a stanovení kardiovaskulárního rizika v klinické praxi je věnován příspěvek MUDr. Barbory Nussbaumerové.

V medicínské části se dále dočtete o ženských sexuálních dysfunkcích, jejich nové klasifikaci a léčbě, v pokračujících trendech v oftalmologii se zaměřujeme na kontaktní čočky. Nechybí aktualita ze světa medicíny a českého zdravotnictví.

MUDr. Andrea Skálová

Kardiometabolický syndrom v prevenci kardiovaskulárních onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) na podkladě aterosklerózy jsou stále nejčastější příčinou úmrtí téměř na celém světě. V Evropě na tato KVO umírají každým rokem více než 4 miliony lidí.

Choroby vyskytující se v populaci masově jsou nazývány epidemiemi a každá epidemie má tzv. obecný zdroj, což představuje určitou „chybu“ v životním stylu nebo v životním prostředí dané populace. V případě aterosklerózy a KVO je tímto obecným zdrojem strava bohatá na nasycené mastné kyseliny, které jsou obsaženy především v živočišných tucích (s výjimkou rybích tuků), a to zvláště v mléčném tuku a červeném mase. Je známo, že bez obecného zdroje epidemie nevznikne, ale na druhé straně choroba nevznikne u všech jedinců popula-

ce, i když jsou obecnému zdroji vystaveni. Vznik nemoci závisí na dědičné výbavě i na výskytu dalších rizikových faktorů, které vedou k rozvoji aterosklerózy: dyslipidemie, hypertenze, kouření, sedavý způsob života, diabetes mellitus 2. typu a chronický stres.

Inzulínová rezistence

Největší problém současného životního stylu je bohatá nabídka potravin, mezi kterými je mnoho technologicky nevhodně zpracovaných, např. uzeniny, tučné mléčné výrobky, cukrovinky, dorty, sladké pečivo, sladké nápoje aj. S nadměrným příjmem

vysokoenergetické stravy bohaté na nasycené mastné tuky, jednoduché cukry (a také kuchyňskou sůl) jde ruku v ruce nedostatečný pohyb, tj. sedavý způsob života. To vede logicky k ukládání přebytečné energie v podobě tuků.

U jedinců s nedostatečnou citlivostí k vlastnímu inzulínu, tj. s inzulínovou rezistencí (IR), se ukládá tuková tkáň především do břicha a břišních orgánů, a tak dochází k rozvoji abdominální (centrální) nadváhy nebo obezity, kterou můžeme připodobnit k obezitě tvaru jablka, na rozdíl od obezity tvaru hrušky, kdy se tuková tkáň ukládá na hýždě

a stehna. Změřením obvodu pasu (viz obr.) můžeme jednoduchým způsobem zjistit tento nadbytek tukové tkáně.

Kardiometabolický syndrom

U těchto jedinců dochází postupem času také ke zvyšování krevního tlaku, rozvoji dyslipidemie (vyšší triglyceridy a nižší HDL cholesterol) a postupně i k rozvoji poruch glukózového metabolismu (viz tab. 1). Poruchy glukózového metabolismu se rozdělují do 3 skupin: hraniční lačná glykemie, porušená glukózová tolerance, nebo diabetes mellitus 2. typu (viz tab. 2). Všechny zmíněné faktory v *tabulce* se nápadně často vyskytují společně; vyskytují-li se 3 a více z těchto faktorů (nebo i léčba některého z nich), je přítomen

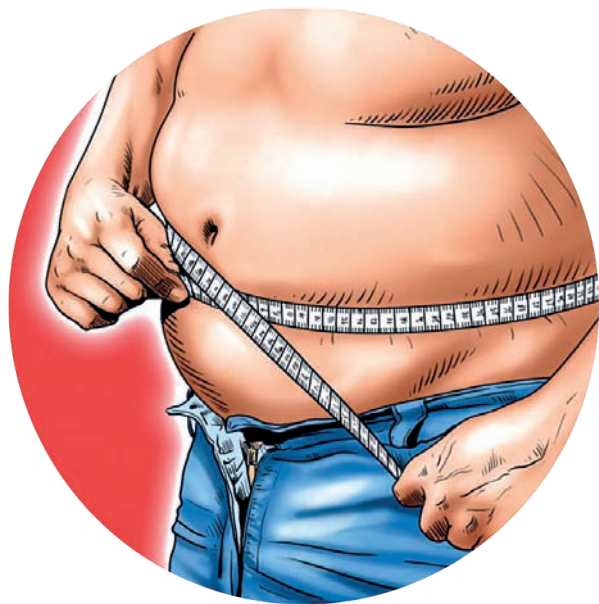
metabolický, resp. kardiometabolický syndrom (KMS).

Tato definice je jednoduchá a v běžné praxi použitelná, i když nevystihuje zcela přesně přítomnost IR. Nejvyšší pravděpodobnost, že je přítomna IR, je u těch nemocných, u kterých se vyskytuje všech 5 rizikových faktorů charakterizujících KMS. Přítomnost KMS je také obrazem tzv. reziduálního vaskulárního rizika, o kterém se v poslední době hodně píše a hovoří. Je to riziko, které přetrvává u pacientů s dobře léčenými základními (standardními) rizikovými faktory (hypercholesterolemie, hypertenze, kouření, cukrovka).

Význam prevence, nekuřáctví

Ze studie INTERHEART je velmi dobře známo, že kardiovaskulární

KARDIOMETABOLICKÝ SYNDROM



Obř. Abdominální obezita. Obvod pasu měříme vestoje, ve výdechu a v místě největšího objemu (v polovině vzdálenosti mezi okrajem žeber a hranou pánevní kosti).

Zdroj: Rosolová H, Matoulek M: Metabolický syndrom a prevence srdečně cévních nemocí, Mladá fronta, 2012

riziko několika přítomných rizikových faktorů pro aterosklerózu a KVO se nesčítá, ale násobí. Celkové kardiovaskulární riziko je tedy pro pacienta s KMS vyšší, než je pouhý součet rizika jednotlivých rizikových faktorů. Nemocní s KMS mají 3krát vyšší riziko, že dostanou KVO, a 5krát vyšší riziko, že se u nich rozvine diabetes mellitus 2. typu (DM 2). Z tohoto důvodu je třeba v klinické praxi pátrat po nemocných s KMS, včas diagnostikovat jednotlivé rizikové faktory a včas zahájit jejich léčbu.

Léčba KMS spočívá především v úpravě životních návyků: kuřáci tabáku by měli přestat kouřit, všichni nemocní změnit stravování a začít se pravidelně pohybovat. Existuje řada inter-

venčních studií, které prokázaly, že zavedení zdravých životních návyků u nemocných s KMS významně snižuje riziko vzniku DM 2, dokonce více než léčba metforminem, který zlepšuje citlivost tkání k vlastnímu inzulínu (tedy snižuje IR). Je málo známé, že kouření tabáku (aktivní i pasivní) kromě svých známých účinků na dýchací ústrojí (vznik karcinomu plic nebo horních cest dýchacích) a tepny (urychluje aterogenezi a zvyšuje pohotovost krve ke srážení) vede také ke zhoršování IR a tím urychluje rozvoj DM 2. Kouření se dnes klasifikuje jako nemoc (F 17), která zhruba polovině kuřáků zkracuje život o 15 let! Ženy jsou k účinkům kouření citlivější než muži. Přestat kouřit je

považováno v preventivní medicíně za neekonomičtější opatření; jinými slovy ekonomicky se nejvíce vyplatí pro daného kuřáka i pro celou společnost. Náklady na léčbu nemocných kuřáků jsou mnohonásobně vyšší než u nekuřáků, stejně tak nemocnost a invalidita jsou u kuřáků častější než u nekuřáků. V prevenci a léčbě nikotinizmu vycházíme ze současných platných doporučení.

Strava a konzumace alkoholu

Pod pojmem zdravé stravování se myslí pravidelná strava (nejlépe 5krát denně) se správným složením potravin. Většinu energetického příjmu by měly tvořit polysacharidy (55–65 %), dále bílkoviny (15 %) a tuky 20–30 % s převahou rostlinných tuků (olejů) a včetně rybích tuků (ryby bychom měli konzumovat alespoň zkrát týdně). Celkový energetický příjem by se měl nastavit tak, aby bylo dosaženo optimálního *body mass* indexu (BMI 24–25 kg/m²). Řada studií prokázala, že pravidelná konzumace malého množství alkoholu je v asociaci s nejnižší nemocností a úmrtností na KVO. Problémem je však definice protektivního množství alkoholu. V současné době je možné tolerovat jako denní dávku alkoholu jeden alkoholický nápoj pro ženy a dva nápoje pro muže, přičemž alkoholickým nápojem je myšleno půl litru 10° piva nebo 2 dl vína nebo 5 cl lihoviny. V žádném případě nelze nikomu konzumaci alkoholických nápojů doporučovat, protože při překročení uvedené dávky se zvyšuje riziko vzniku jaterní cirhózy, akutní pankreatitidy, hypertenze, myokardiální dysfunkce, arytmie i náhlé smrti. Alkohol je také známý jako „spouštěč“ kancerogeneze, jak jsme také prokázali v rámci studie PILS I (Pilsen Longitudinal Study 1) u mužů středního věku.

Fyzická aktivita

Sedavý způsob života je v naší populaci velmi rozšířen. Pohyb je však třeba přizpůsobit možnostem daného pacienta, a proto je vhodné, aby pacient zkontroloval svůj zdravotní stav a svoje pohybové možnosti nejen s lékařem, ale i s fyzioterapeutem, aby se podařilo pohybovou aktivitou celkový fyzický i duševní stav pacienta zlepšit, nikoli zhoršit. Ideální je pohybovat se denně, minimálně však ob den. Délka pohybu je velmi individuální, ideálně však 40

minut. Nejdostupnější je rychlejší chůze, jízda na kole nebo plavání. Pravidelný pohyb vede nejen k většímu výdeji energie a následně ke snížení nadváhy nebo obezity, ale i ke zlepšení nálady, k větší kapacitě na každodenní stres, ke zlepšení IR, k přeladění organismu ve prospěch parasympatiku a ke snížení sympatické nervové aktivity, a tím ke snížení tepové frekvence i krevního tlaku.

Farmakoterapie KMS

V současné době bohužel neexistuje jeden lék, který by ovlivnil všechny přítomné rizikové faktory typické pro KMS. Nemocní s vyjádřeným KMS se však řadí do skupiny nemocných s vysokým nebo velmi vysokým celkovým kardiovaskulárním rizikem, a proto se u nich má medikamentózně léčit přítomná arteriální hypertenze (TK opakovaně 140/90 mmHg a vyšší) a možná v blízké budoucnosti i vysoký normální krevní tlak (TK 130–139/85–89 mmHg). Je třeba pečlivě vybírat antihypertenziva, která sníží krevní tlak a renin-angiotensinovou aktivitu (nejlépe inhibitory ACE nebo sartany).

Léčba dyslipidemie je v první řadě zaměřená na snížení LDL-cholesterolu (statinem), ale v druhé řadě i na aterogenní dyslipidemii, která je spojena s výskytem malých denzních LDL částic a remnantních částic bohatých na triglyceridy a remnantní cholesterol. Zde jsou nejvhodnějšími léky do kombinace ke statinu fibráty nebo ezetimib. Léčba obezity zahrnuje vedle úpravy stravy také podporu psychologem, medikamentózní nebo bariatrickou léčbu. Léčba poruchy glukózového metabolismu je založena kromě nefarmakologických opatření na léčbě metforminem. V současné době je možné v případě přítomnosti DM 2 kombinovat metformin s dalšími novými antidiabetiky (inhibitory DPP4, glifloziny apod.).

Rizikové faktory, komplikace

Z této nabídky je patrné, že léčba KMS zaměřená na prevenci KVO na podkladě aterosklerózy a prevence DM 2 může snadno vést k polypragmazií, a proto je třeba volit vhodné fixní kombinace léků (např. antihypertenzivum + statin nebo statin + fibrát apod.). Tím se sníží počet tablet a následně selepší *compliance* nemocného k léčbě. Nejdůležitější je však edukace pacienta s KMS. Ta zahrnuje opakované

a trpělivé vysvětlování závažnosti syndromu, nakupení rizikových faktorů, resp. nemocí, které mnohonásobně zvyšují riziko aterosklerózy, infarktu myokardu, ischemické cévní mozkové příhody, ischemické choroby dolních končetin a dalších projevů aterosklerózy a také rozvoje cukrovky 2. typu. Přítomnost DM 2 s sebou nese rizika mikroangiopatií: zhoršování zraku až oslepnutí, selhávání ledvin na podkladě diabetické nefropatie, rozvoj diabetické nohy, která může vést až k amputaci končetiny. Diabetes mellitus 2. typu významně zhoršuje kvalitu života a přináší 2–3krát vyšší riziko KVO, na které umírá nadpoloviční většina diabetiků. Vzhledem k tomu, že v současné době probíhá a stále se zvětšuje epidemie DM 2 téměř na celém světě (včetně české populace), je problematika KMS velmi aktuální, neboť v této fázi, která se také nazývá prediabetes, je možno zastavit nebo alespoň zpomalit rozvoj DM 2 a snížit vysoké nebo velmi vysoké celkové kardiovaskulární riziko.

Edukace a včasná léčba

Největší význam diagnostiky a léčby KMS je v klinické praxi především u osob v primární prevenci KVO a DM 2. Vedle základních rizikových faktorů (věk, pohlaví, kouření, systolický krevní tlak, hladina celkového cholesterolu nebo poměr celkového a HDL-cholesterolu), podle kterých určujeme v primární prevenci KVO celkové KV riziko (tabulky SCORE), bychom měli pátrat po rizikových faktorech KMS. U osob s nízkým nebo středním standardním KV rizikem (podle tabulek SCORE) přítomnost KMS (stejně jako pozitivní rodinná anamnéza KV příhod nebo nálezy subklinické aterosklerózy apod.) navyšuje KV riziko do oblasti vysokého rizika. Výzkum patogeneze a léčby KMS je v plném proudu a mnohé názory se mohou časem změnit, přesto je třeba na základě současných znalostí a zkušeností vyhledávat nemocné s KMS a co nejdříve u nich zahájit nefarmakologickou léčbu, tj. navození zdravých životních návyků, a případně zahájit farmakologickou léčbu jednotlivých rizikových faktorů, tj. hypertenze, aterogenní dyslipidemie, obezity nebo porušené glukózové homeostázy.

prof. MUDr. Hana Rosolová, CSc., FESC,
Centrum preventivní kardiologie,
2. interní klinika LF UK a FN Píseň

Tab. 1 Definice (kardio)metabolického syndromu z r. 2009 (modifikace pro českou populaci)

Obvod pasu	muži > 102 cm, ženy > 88 cm
Triglyceridy	≥ 1,7 mmol/l nebo léčba hypolipidemiky
HDL-cholesterol	muži < 1,0 mmol/l, ženy < 1,3 mmol/l nebo léčba hypolipidemiky
Krevní tlak	≥ 130/85 mmHg nebo léčba antihypertenziv
Lačná glykemie	≥ 5,6 mmol/l nebo léčba antidiabetiky
Obvod pasu	si může zvolit každá země či etnická skupina podle své distribuce tohoto faktoru u mužů a žen v populaci.

Tab. 2 Poruchy glukózového metabolismu

Hraniční lačná glykemie	5,6–6,9 mmol/l
Porušená glukózová tolerance	glykemie ve 2. hod oGTT 7,8–11 mmol/l
Diabetes mellitus	lačná glykemie 7 mmol/l a více (opakovaně) nebo glykemie ve 2. hod oGTT nad 11 mmol/l

oGTT = orální glukózový toleranční test (zátěž 75 g glukózy v podobě vodného roztoku)

Za vysoké hodnoty cholesterolu mohou i genetické vlohy. Včasná léčba výrazně prodlouží a zkvalitní život. Znáte svůj cholesterol?

Infarkty, mozkové mrtvice a také smrt padesáti tisíc Čechů ročně. To vše má na svědomí vysoký cholesterol. Ne vždy ale za něj může nezdravý životní styl, často jde o dědičnou genetickou poruchu. Na význam včasného testování cholesterolu upozorňuje v rámci Světového dne srdce přední farmaceutická společnost Sanofi. Prevence totiž může prodloužit život o desítky let.

I přes varování lékařů mnoho lidí stále prevenci podceňuje, a tak kardiovaskulární choroby připraví ročně o život přes 17 milionů lidí po celém světě. A zdravotní systémy přicházejí o miliardy korun, které jsou potřeba na léčbu těchto pacientů. „I proto, aby se mezi širokou veřejností podpořila osvěta, probíhá každoročně Světový den srdce, který připadá na 29. září,“ přibližuje ředitel komunikace Sanofi v ČR Libor Kytýr. Společnost Sanofi se ve spolupráci s Českou společností pro aterosklerózu rozhodla letošní Světový den srdce spojit s cholesterolem a důležitostí jeho testování, protože vysoké hodnoty cholesterolu přímo souvisejí se vznikem srdečních infarktů.

Preventivní prohlídka může zachránit život

Na kardiovaskulárních chorobách, tedy infarktech, mozkových mrtvicích či jiných komplikacích aterosklerózy, se podílí vysoký cholesterol. Mnoho lidí však rizika s ním spojená stále zlehčuje a hodnotu svého cholesterolu nezná. „V žádném případě není dobré podceňovat prevenci. Vysoký cholesterol lze u mnohých pacientů regulovat pomocí statinů,“ zmiňuje Libor Kytýr. Včasné podchycení nemoci by zároveň výrazně ulehčilo zdravotním systémům jednotlivých zemí. „Léčba kardiovaskulárních chorob představuje vysokou finanční zátěž. Pacient s infarktem myokardu potřebuje nákladnou akutní péči, jejíž cena se může vyšplhat na stovky tisíc korun. Chronická léčba nemocných s oběhovými chorobami představuje pro zdravotní systém druhou nejvyšší položku po onkologické léčbě,“ vysvětluje doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., předseda České společnosti pro aterosklerózu. Celkové náklady na léčbu kardiovaskulárních chorob se jen v Evropské unii v roce 2012 vyšplhaly na 196 miliard eur (tedy zhruba 5,4 bilionu korun), jak uvá-

dí Evropská statistika kardiovaskulárních chorob (European Cardiovascular Disease Statistics).

Nebezpečné geny

Vysoký cholesterol však neohrožuje jen lidi s nesprávnou životosprávou, často za něj mohou i geny. Vrozená porucha metabolismu, která se projevuje právě výrazně zvýšenými hladinami cholesterolu, má název familiární hypercholesterolemie (FH). „Tato nemoc způsobuje dramatické urychlení aterosklerózy a pacienti mohou zemřít na infarkt nebo mozkovou mrtvici už kolem pětaticátého roku věku,“ říká doc. Vrablík. Byly však zaznamenány i případy infarktu u dětí mladších deseti let, které měly tuto genetickou poruchu.

Familiární hypercholesterolemii má jeden Čech z 500 a tato porucha se dědí z generace na generaci. Nevyhýbá se ani malým dětem. „Jestliže je tedy v rodině pacient s FH, měli by se nechat otestovat všichni její členové. Je pravděpodobné, že každý druhý potomek nemoc zdědí,“ radí lékař. Prvním krokem k odhalení FH je běžné a prakticky nebolestivé vyšetření hladin cholesterolu v krvi. Cholesterol se kontroluje při preventivní prohlídce v 18 letech a dále od 30 let věku v desetiletých intervalech. U dětí mladších 18 let se krev vyšetřuje v případě, že se v rodině již FH vyskytuje. Zajít do lipidové poradny (jejich seznam je na stránkách www.diagnozafh.cz – kontakty) by měli všichni, kterým v rodině zemřel příbuzný na infarkt nebo mrtvici, ještě před svými pětapadesátými narozeninami. Takové úmrtí není běžné a příbuzní by si měli nechat vyšetřit nejen hladinu cholesterolu v krvi, ale i další rizikové faktory. Pro ty, u nichž se vyšetřením zjistí výrazně vyšší hodnoty cholesterolu v krvi, je vhodné

podstoupit genetické testy, které vyloučí diagnózu FH. FH má vcelku jednoduchou léčbu: změnu životního stylu, více pohybu a méně živočišných tuků v potravě. A k tomu tabletky statinů, které cholesterol také hlídají.

Česká republika patří v léčbě vysokého cholesterolu ke světové špičce. V současnosti mají lékaři zachyceno 30 % z předpokládaného počtu nemocných FH, což je třetí nejlepší výsledek na světě. „Familiární hypercholesterolemii u nás trpí zhruba 20 tisíc lidí. Pokud nemoc zachytíme včas, mohou k léčbě stačit statiny,“ říká doc. Vrablík.

A pokud se pacient s FH neléčí? Na 80 % dostane mezi třicátým a čtyřicátým rokem závažný infarkt. Díky tomu, že v ČR je skvělá organizace léčby akutních srdečních příhod, sice přežije 95 % pacientů, ale do konce života už mohou mít různá omezení. Pokud se FH začne léčit včas, není životní prognóza pacientů horší než u zdravých lidí.

Pacienti s FH už nejsou v Česku na svou nemoc sami

Česká společnost pro aterosklerózu iniciovala založení nezávislé organizace pacientů s názvem Diagnóza FH. Diagnóza FH bude v souladu s novým občanským zákoníkem fungovat jako spolek, jehož cílem je především: poskytovat psychosociální podporu nemocným s FH a jejich blízkým, předávat informace o FH a aktuálních možnostech léčby včetně praktických doporučení (jak se stravovat, jaký zvolit režim fyzické aktivity), ale i zprostředkovat vzájemnou komunikaci pacientů s FH a sdílet zkušenosti. K setkávání a vzdělávání budou určeny akce pořádané pro členy spolku (výroční schůzka, vzdělávací semináře, rekondiční víkendové pobyty atd.). Členství ve spolku Diagnóza FH je bezplatné a otevřené všem pacientům s FH, jejich blízkým a přátelům.

KARDIOMETABOLICKÝ SYNDROM

Novinky v léčbě hyperlipidemií a dyslipidemií

Lipidy modifikující terapie přitahuje pozornost odborné veřejnosti již dlouho. Není divu – zájem o tuto tematiku podporují pravidelně nová pozorování příznivých i méně žádoucích vlivů strategií ovlivňování hladin sérových lipidů a lipoproteinů.

Přiliv nových informací a zejména fakt, že snížení koncentrací aterogenních lipoproteinů představuje nadále jedno z neúčinnějších opatření v prevenci a léčbě aterotrombotických cévních příhod, zdůvodňují trvající zájem odborníků a přitahuji pozornost laické veřejnosti. V poslední době se oblast lipidologie dostává ještě více do popředí, protože po delší odmlce přicházejí nové možnosti ovlivnění poruch lipidového metabolismu, často se zcela novými mechanismy působení.

Nefarmakologická léčba dyslipidemie

Často považujeme úpravu jídelníčku a zvýšení pohybové aktivity za nedostatečně účinné, zejména ve srovnání s efekty léčiv. Přesto na dodržování režimových opatření trváme u všech pacientů. V posledních doporučeních pro léčbu dyslipidemie z pera evropských společností najdeme přehled nejčastěji zmiňovaných intervencí a jejich významu pro navození žádoucích změn lipidového spektra, které shrnuje *tab. 1*.

Režimová opatření mají řadu výhod – ovlivňují kromě hladin sérových lipidů i ostatní parametry KV rizika, nemají nežádoucí účinky a nemusíme se při jejich dodržování bát lékových inter-

akcí. Fakt, že úprava stravovacího režimu má velký význam, dokumentovala názorně v nedávné době španělská studie PREDIMED. Ta jasně ukázala, že obohacení diety o olivový olej (zdroj mononenasyčených mastných kyselin) a ořechy (zdroje vícenasyčených mastných kyselin, včetně třídy omega-3) snižuje výskyt komplikací aterosklerózy o 30 %. Souhrnně můžeme říci, že ani v kontextu novinek, které rozšíří možnosti léčby dyslipidemií v nejbližší době, neztratí režimová opatření nic na své důležitosti a budeme se je nadále snažit prosadit u našich pacientů. A to i u těch, kteří musí k dosažení léčebných cílů být léčeni i farmakologicky.

Farmakologická léčba dyslipidemie dnes

Zvýšená hladina LDL-cholesterolu (LDL-c) v séru je po právu označována za hlavní „hnač motor“ aterosklerotických cévních změn. Snižování LDL-c představuje hlavní cíl léčby dyslipidemie. Hlavním prostředkem dosahování stále ambicióznějších cílových hodnot LDL-c, které pro kategorii nejvyššího KV rizika posunuly poslední revize doporučených postupů na úroveň 1,8 mmol/l, zůstávají statiny. Tato léková skupina patří k neúspěšnějším léčivům v-

bec a není divu, že v Česku statiny užívá více než 900 tisíc nemocných. V článku o novinkách v oblasti hypolipidemické léčby se podrobněji mnohokrát popsaným statinům věnovat nebudeme. Připomeňme však, že i další, „starší“ hypolipidemika stále mají své místo.

Fibráty dnes používané hlavně v kombinaci se statiny ke snížení reziduálního rizika (tj. rizika cévní příhody u pacienta správně léčeného statinem) nacházejí i nové uplatnění. Zjistilo se totiž, že fenofibrát má příznivý vliv na průběh mikrovaskulárních komplikací diabetu. Zajímavé je, že tento vliv nezprostředkovávají změny sérových lipidů, ale jde o tzv. „mimolipidový“ účinek – potlačení novotvorby cév, snížení aktivity zánětu, snížení oxidačního stresu a další mechanismy.

Statiny zůstávají základem léčby, k němuž v některých případech hledáme vhodné přídavky umožňující další snížení koncentrací LDL-cholesterolu. Ideálním doplňkem z tohoto hlediska se jeví ezetimib – selektivní blokátor absorpce cholesterolu ze střeva. Po přidání ezetimibu ke statinu můžeme očekávat snížení LDL-c o dalších 20 %. Význam a četnost použití ezetimibu bude pravděpodobně stoupat, protože na sklonku roku 2014 byla pu-

blikována zpráva z rozsáhlé studie IMPROVE-IT, která prokázala další zlepšení prognózy nemocných léčených kombinací statinu s ezetimibem ve srovnání s monoterapií statinem.

Podobně jako v oblasti arteriální hypertenze či diabetologie se i léčba dyslipidemie ubírá směrem ke kombináční léčbě – dnes kombinujeme statiny s ezetimibem či fibráty, máme k dispozici i první fixní kombinace. Možnosti kombinací se budou v brzké době zásadně rozšiřovat.

Farmakologická léčba dyslipidemie zítra

Výzkum nových možností ovlivnění poruch lipidového metabolismu v posledních letech nabídl mnoho zajímavých konceptů. Některé z nich se ukázaly jako slepé cesty – připomeňme například tyreomimetika, látky působící na jaterní buňku podobně jako hormony štítné žlázy, které se nedostaly do klinického použití pro řadu nežádoucích účinků. Další nová léčiva své místo v terapii dyslipidemií hledají. Inhibitory cholesteryl-ester transferázového proteinu (CETP), tzv. cetrapiby, mají cestu zvláště trnitou. Přestože jejich působením stoupá významně HDL-cholesterol a příznivě se mění i další lipoproteinové třídy, dva reprezentanti této nové třídy léčiv již



Ilustrace foto: Shutterstock

skončili klinické testování nedarem. Ve fázi klinických studií zůstávají ještě dva zástupci – anacetrapib a evacetrapib, jejichž farmakologické vlastnosti se liší od dvou dříve zkoumaných zástupců (vyšší stupeň inhibice CETP, výraznější elevace HDL-c při léčbě). Trvá tedy naděje, že by inhibice CETP mohla přispět nejen ke zlepšení lipidogramu, ale především k poklesu kardiovaskulárního rizika.

Inhibitory MTTP

Inhibitory mikrozomálního triglyceridy transferujícího proteinu (MTTP) jsou dalším možným směrem ovlivnění dyslipidemie. Aktuálně máme k dispozici pouze jediného zástupce – lomitapid. Připomeňme, že v terapii DLP byly inhibitory MTTP testovány ještě v předstatinové éře, ale právě statiny vytlačily tyto molekuly zcela na okraj zájmu. Bylo to zejména pro spektrum nežádoucích účinků zahrnujících pravidelně se vyskytující dyspepsii, hepatopatii a rozvoj jaterní steatózy. S ohledem na mechanismus účinku (zabránění tvorby lipoproteinů) představuje lomitapid nadějnou možnost ovlivnění lipidogramu a cévního rizika (nejen) u homozygotů familiární hypercholesterolemie. Právě u těchto jinak velmi obtížně léčitelných nemocných klesají při použití lomitapidu koncentrace LDL-c o 50 % a koncentrace apolipoproteinu B o 55 % za současné redukce triglyceridemie až o 65 %. Lomitapid je schválen evropskými i severoamerickými autoritami k léčbě homozygotů

Tab. 1 Přehled hlavních dietních doporučení pro prevenci KV onemocnění

Jak snížit celkový a LDL-cholesterol?	Očekávatelný efekt	Jak snížit triglyceridy?	Očekávatelný efekt	Jak zvýšit HDL-cholesterol?	Očekávatelný efekt
Snížit příjem nasycených (živočišných) tuků*	+++	Snížit nadměrnou hmotnost	+++	Snížit příjem trans tuků	+++
Snížit příjem tzv. trans tuků	+++	Snížit příjem alkoholu	+++	Zvýšit fyzickou aktivitu	+++
Snížit konzumaci cholesterolu	++	Snížit příjem jednoduchých cukrů (sacharidů)	+++	Snížit tělesnou hmotnost	++
Zvýšit konzumaci vlákniny	++	Zvýšit fyzickou aktivitu	++	Nahradit sacharidy v dietě nenasycenými (rostlinnými) tuky	++
Používat potraviny obohacené rostlinnými steroly	+++	Snížit konzumaci složitých sacharidů (polysacharidů)	++	Mírně konzumovat alkohol	++
Zařadit do jídelníčku sojové produkty	+	Používat doplňky s obsahem omega-3 mastných kyselin	++	Preferovat potraviny s vysokým obsahem vlákniny	+
Snížit nadměrnou tělesnou hmotnost	+	Nahradit nasycené (živočišné) tuky nenasycenými (rostlinnými)	+	Snížit konzumaci mono- a polysacharidů	+

*živočišné tuky rybiho původu jsou prospěšné a jejich příjem by měl být zvyšován

KARDIOMETABOLICKÝ SYNDROM

Tab. 2 Mechanismy účinku a cílové molekuly cílené terapie DLP

Účinek	Cílové molekuly				
antisense terapie	apo B (mipomersen)	apo CIII	apo (a)	PCSK9	CETP
monoklonální protilátka	anti-PCSK9 (evolokumab, alirokumab, bokocizumab)	anti-IL 12	anti-IL 6	anti-VEGF	
genová terapie	alipogene tiparvovec – léčba LPL deficience				
vakcinace proti ateroskleróze	AFFITOPE anti PCSK9 vakcína				

apo B – apolipoprotein B; apo CIII – apolipoprotein CIII; apo (a) – apolipoprotein (a); PCSK9 – proprotein konvertáza subtilisin/kexin typu 9; IL 12 – interleukin 12; IL 6 – interleukin 6; VEGF – vaskulární endoteliální růstový faktor; LPL – lipoproteinová lipáza

familiární hypercholesterolemie a je dostupný i v České republice.

Parenterální léčba dyslipidemie

I v oblasti ovlivnění lipoproteinového metabolismu se v posledních letech začala uplatňovat cílená terapie založená na biotechnologickém přístupu. Množství možností se rozšiřuje a nemine měsíc, abychom se nedozvěděli výsledek další z řady probíhajících studií v této oblasti. Vybrané možnosti cílené terapie DLP uvádí tab. 2.

Protilátky proti PCSK9

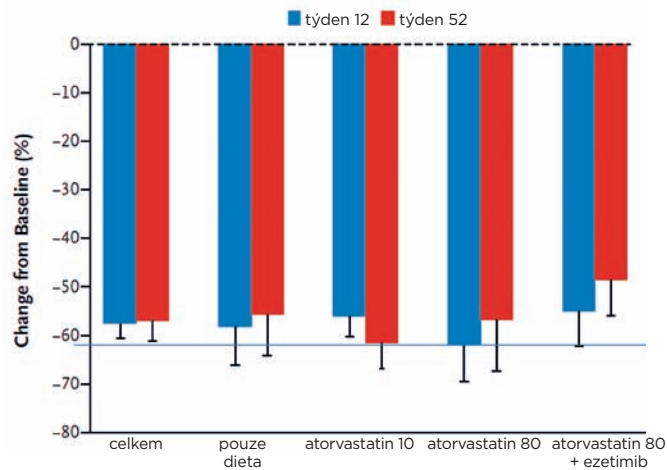
Největší pozornost dnes přitahuje klinický vývoj inhibitorů proteinu PCSK9. Tato nová hypolipidemika charakterizuje neuvěřitelná účinnost a dobrá tolerance. Jedná se o monoklonální

protilátky proti PCSK9 (proprotein konvertáza subtilisin/kexin typu 9). Vazba PCSK9 na LDL receptor v buňce brání normálnímu průběhu recyklace receptoru a jeho zpětnému vystavení na plasmatické membráně. Interakce PCSK9 s LDL receptorem vede k degradaci receptoru a v konečném důsledku ke snížení počtu funkčních receptorů na buněčné membráně, což vede k vzestupu hladiny LDL-c.

Ve třetí fázi klinického vývoje jsou tři zástupci: alirokumab, evolokumab a bokocizumab.

Monoklonální protilátky proti PCSK9 nebo také PCSK9 inhibitory mají několik zajímavých společných vlastností. Konzistentně snižují hladiny LDL-c o 30–60 %. Jsou obecně velmi dobře tolerovány a vyskytly se nezáždné účinky se zatím zdá být podobný jako

v placebových větvích výše citovaných studií. Problémem není ani subkutánní forma podání, naopak se zdá, že řada pacientů by dokonce preferovala možnost aplikace v intervalu 1krát za 14–30 dnů před každodenním podáváním tablet. PCSK9 inhibitory mají také pozoruhodně uniformní a výrazný účinek na snižování hladin LDL-cholesterolu. Ve studiích jsou většinou přidávány ke standardní terapii včetně maximální nebo maximálně tolerované LDL-c snižující léčbě. Zajímavý je pohled na srovnání hypolipidemické účinnosti evolokumabu podávaného v monoterapii a v kombinaci se statinem v základní a maximální dávce, případně s přidáním ezetimibu. Další společnou vlastností monoklonálních protilátek proti PCSK9 je významné snížení plasmatic-



Změna hladin LDL-cholesterolu ve srovnání se vstupními koncentracemi při podávání evolokumabu ve studii DESCARTES (týden 12 a týden 52)

ké koncentrace Lp(a) provázející jejich podávání. Mechanismus tohoto účinku nebyl vysvětlen, ale poklesy hladin Lp(a) o více než třetinu výchozích hodnot budou jistě důležitou součástí mozaiky vaskuloprotektivních vlastností těchto nových terapií.

Shrnutí

Oblast lipoproteinového metabolismu se dostala do centra pozornosti nejen výzkumníků, ale také farmaceutických a zejména biotechnologických společností. Jsme svědky neuvěřitelně rych-

lého přechodu od objevu nových mechanismů a faktorů ovlivňujících metabolismus lipoproteinů po vývoj látek, které jejich funkci moduluji. Naplní-li se očekávání založená na dosavadních výsledcích zkoušek i patofyziologických představách o roli lipoproteinů v aterogenezi, věřme, že se díky novým terapiím otevře nemocným další možnost snížení kardiovaskulárního rizika.

Doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.,
Centrum preventivní kardiologie,
3. interní klinika I. LF UK a VFN Praha

Současný pohled na cholesterol a laboratorní hodnoty

Problematika poruch lipidového spektra – hyperlipoproteinemií (HLP) a dyslipidemií (DLP) – je v dnešní době již akceptovanou součástí klinické praxe. Ovlivnění těchto chorob je jedním ze základních kamenů kardiovaskulární (KV) prevence a klinické medicíny vůbec.

Bylo totiž dostatečně a opakovaně prokázáno, že snižuje nemocnost i úmrtnost na kardio-/cerebrovaskulární onemocnění (KVO), která jsou celosvětově hlavní příčinou úmrtí (v Evropě u osob do 75 let u 38 % mužů a 42 % žen). Prevence KVO je účinná, více než 50% snížení mortality na KVO je důsledkem změn v rizikových faktorech vč. HLP/DLP a 40 % připadá na zlepšení léčebných postupů. Právě zvýšení celkového a LDL-cholesterolu představují jeden z hlavních rizikových faktorů KVO a hypertriglyceridemie a nízká hladina protektivního HDL-cholesterolu jsou nezávislými rizikovými faktory KVO.

Diagnostika, SCORE

V diagnostice a léčbě HLP/DLP je bezpodmínečně nutné řídit se platnými odbornými doporučeními (z nejnovějších jmenujme Souhrn Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi z r. 2012 a Doporučení Evropské kardiologické společnosti a Evropské společnosti pro aterosklerózu pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z r. 2011, dostupné např. na: www.athero.cz a www.kardio.cz). HLP/DLP nelze vnímat jako izolovaný problém. Management KV rizikových faktorů v primární prevenci se opírá zejména o použití tabulek SCORE, které odhadují na základě pohlaví, věku, kuřáckého návyku,

hodnoty krevního tlaku a celkového nebo celkového a HDL-cholesterolu riziko fatální aterosklerotické příhody ve výhledu 10 let. Používat bychom měli již existující tabulky specifické pro ČR, vysoké je riziko $\geq 5\%$. Tabulky se nepoužívají u osob, které jsou ve vysokém nebo velmi vysokém riziku (anamnéza KVO, dokumentovaná subklinická ateroskleróza, diabetes mellitus s orgánovým postižením, chronické renální onemocnění 3. a vyššího stupně a osoby s významně zvýšeným jedním rizikovým faktorem – např. těžcí hypertonici nebo právě pacienti s významným zvýšením cholesterolu). Je třeba zdůraznit, že pouze odhadnuté KV riziko se do-

sti liší od rizika stanoveného podle tabulek SCORE, což je pádným důvodem k jejich rutinnímu používání.

Dyslipidemie

Hyperlipoproteinemie a dyslipidemie jsou velmi časté metabolické choroby charakterizované nadbytkem nebo nevhodným složením plasmatických lipidů. Z klinického hlediska je nejjednodušší dělit HLP/DLP na hypercholesterolemii (zvýšený LDL-cholesterol), hypertriglyceridemii (zvýšené triglyceridy) a kombinovanou HLP/DLP (kombinace obou). Zvláštní místo zaujímá tzv. inzulinorezistentní DLP (zvýšené triglyceridy a snížený HDL-cholesterol) provázející často diabe-

tes mellitus 2. typu a metabolický syndrom. Primární poruchy lipidového spektra jsou vrozené, geneticky podmíněné. Mezi nejčastější patří familiární hypercholesterolemie a defekt apolipoproteinu B (apoB). Sekundární HLP/DLP provázejí některé další stavy (např. diabetes mellitus, hypotyreóza, hyperkortizolismus, mentální anorexie, alkoholismus, jaterní porfyrie).

Vyšetření, lipidogram

Základem péče o nemocného s poruchou lipidového spektra je kvalitní osobní a rodinná anamnéza zaměřená zejména na KVO a jejich ev. časnou manifestaci. Při fyzikálním vyšetření si všímáme možných šlachových xantomů, xantelasmat očních víček a *arcus senilis corneae*, které zejména v mladším věku mohou poukazovat na osoby s familiární hypercholesterolemii. V dětské populaci jsou rizi-

KARDIOMETABOLICKÝ SYNDROM



Ilustrační foto: Shutterstock

koví jedinci stran KVO vyhledávání selektivním screeningem v 5, 13 a 17–18 letech podle rodinné anamnézy KVO. Vzhledem k tomu, že se jedná o mladé jedince, kteří mají i mladé rodiče, tážeme se na eventuální přítomnost KVO i u prarodičů. Preventivní vyšetření krevních lipidů je doporučováno u dospělých mužů starších 40 let, u žen starších 50 let (nebo u časně postmenopauzálních žen i v mladším věku) a dále u skupin populace se zvýšeným rizikem KVO. K těm jsou nově zařazeni nemocní s chronickými zánětlivými autoimunitními onemocněními (revmatoidní artritida, psoriáza, systémový lupus erythematoses), pacienti léčení antiretrovirovými léky a nemocní s chronickým renálním onemocněním. Indikací ke stanovení rizika KVO je i pouhá žádost pacienta.

Před odběrem lipidogramu je nutné dodržet 14hodinové lačnění, zejména kvůli přesnému stanovení hladiny triglyceridů. Je důležité, aby bylo vyšetření provedeno u osob bez známek infektu a v případě nemocných s akutním koronárním syndromem do 24 hodin od počátku stenokardie nebo až po minimálně 6 týdnech od prodělané koronární příhody. V opačném případě jsou výsledky laboratorních testů nevalidní. V rutinní klinické praxi stanovujeme celkový, LDL (*low density lipoprotein*) a HDL (*high density lipoprotein*) cholesterol a triglyceridy. LDL-cholesterol může být vypočten podle Friedewaldovy rovnice při hladině triglyceri-

dů do 4,5 mmol/l nebo stanovení přímo a takto získané hodnoty mají stejnou váhu, i když je nyní spíše doporučováno přímé stanovení. V indikovaných případech stanovujeme ještě apoB. Stanovení apoB může být přínosné u osob s relativně normální hladinou LDL-cholesterolu, kde máme podezření na přítomnost malých denzích a vysoce aterogenních LDL částic. Hodnota apoB odráží skutečný počet LDL částic a upřesní tím KV riziko vyšetřované osoby. Jedná se zejména o nemocné s diabetem mellitem 2. typu a metabolickým syndromem. Stanovení apoB může nahradit stanovení LDL-cholesterolu jako cíle léčby při sledování účinku terapie. Cílová hodnota apoB pro osoby ve velmi vysokém riziku je stanovena < 0,8 g/l, pro osoby ve vysokém riziku < 1,0 g/l. Zvýšený lipoprotein (a) ukazuje na vyšší riziko rozvoje ischemické choroby srdeční a ischemického iktu, nicméně není důvod pro jeho vyšetřování v obecné populaci a nejsou důkazy pro stanovení cílových hodnot. Měření subfrakcí lipoproteinů (LDL, HDL) není doporučováno v žádné indikaci. Odečtením hladiny HDL-cholesterolu od celkového může být doložen non-HDL-cholesterol, který v sobě zahrnuje cholesterol v částicích o nízké, střední a velmi nízké hustotě (LDL, IDL a VLDL), kdy hodnota dává informaci o riziku rozvoje KVO stejně jako LDL-cholesterol. Cílové hodnoty non-HDL-c jsou o 0,8 mmol/l vyšší než cílové hodnoty LDL-cholesterolu.

Pokud diagnostikujeme poruchu lipidového spektra, je třeba dovést funkci štítné žlázy odběrem TSH a tím vyloučit hypotyreózu jako nejčastější příčinu sekundární HLP/DLP. Před započítáním léčby hypolipidemiky je vhodné stanovení CK, glykemie a jaterního souboru (přestože vyšetření jaterního souboru není v současných odborných doporučeních při další léčbě doporučováno).

Léčba, snížení KV rizika

Snížení LDL-cholesterolu je klíčové, protože jeho pokles o 1 mmol/l sníží KV morbiditu a mortalitu o 22 %. Je nutná stratifikace KV rizika, abychom vyselektovali osoby, které budou profitovat z farmakoterapie. Cílové hodnoty celkového a LDL-cholesterolu se liší dle KV rizika dané osoby. V současné době v Evropě již neuvžíváme Framinghamské skóre, ale z evropských dat vycházející již zmíněný systém SCORE.

Výjimkou v primární prevenci KVO, kdy tabulky SCORE neuvžíváme, jsou osoby s vysokou hladinou celkového/LDL-cholesterolu s familiární hypercholesterolemií, kde léčbu zahajujeme individuálně a nezávisle na riziku podle tabulek SCORE je považujeme za vysoce rizikové. Problematické je rozhodování u osob v intermedialním riziku, kdy použijeme raději SCORE tabulku s poměrem celkový/HDL-cholesterol a mohou být využity některé další biomarkery KV rizika s omezenější prediktivní hodnotou (zánětlivé jako hs-CRP, fibrinogen a trombotické – homocystein, fosfolipáza A2 asociovaná s lipoproteiny Lp-PLA2). U osob v primární prevenci KVO s nízkým a středně vysokým rizikem je nyní dle platných doporučení cílová hodnota celkového cholesterolu nižší než 5 mmol/l a LDL-cholesterolu 3 mmol/l. Cílové hodnoty pro osoby s vysokým rizikem rozvoje KVO jsou hodnota LDL-cholesterolu < 2,5 mmol/l. U pacientů s velmi vysokým rizikem rozvoje KVO nebo již s manifestním KVO je doporučená cílová hodnota LDL-cholesterolu < 1,8 mmol/l nebo, pokud nelze dosáhnout této cílové hodnoty, ≥ 50% snížení LDL-cholesterolu. Stejná hodnota platí i pro prevenci ischemických iktů a ischemické choroby dolních končetin.

Reziduální riziko je tvořeno jednak nedostatečnou léčbou standardních rizikových faktorů a zároveň zejména inzulinorezistentní DLP (zvýšené triglyceridy a snížený HDL-cholesterol) při dosažení terapeutického cíle celkového a LDL-cholesterolu.

Často se pojí s metabolickým syndromem a diabetem mellitem 2. typu. Pro HDL-cholesterol a triglyceridy nemáme cílové hodnoty, pouze mezní hodnoty ukazující na zvýšené KV riziko. Za hodnoty nesoucí zvýšené KV riziko jsou považovány ≥ 1,7 mmol/l u triglyceridů a u HDL-cholesterolu < 1,0 mmol/l u mužů a 1,3 mmol/l u žen. K významné redukci reziduálního rizika napomáhá úprava životního stylu, u nejrizikovějších osob je pak možné volit farmakoterapii fibráty. Jasnou indikací k zahájení léčby fibráty je hladina triglyceridů v prevenci akutní pankreatitidy vyšší než 5–10 mmol/l.

Stále opomíjenou, nicméně bazální součástí KV prevence jsou režimová opatření. Všechny osoby nezávisle na KV riziku mají dost odborné doporučení týkající se škodlivosti a možností zanechání kouření, racionální diety a pohybové aktivity.

Lékem volby při zvýšení LDL-cholesterolu jsou statiny, u nemocných v sekundární prevenci v maximálních doporučených dávkách. Někteří autoři uvádějí, že statiny je možno podávat již dětem od 8–10 let věku. Sekvestranty žlučových kyselin mají v léčbě DLP/HLP omezené místo, zejména u pediatrických pacientů nebo osob s intolerancí ostatních hypolipidemik. Kyselina nikotinová byla opětovně stažena z trhu pro nepřesvědčivé výsledky recentních studií stran KV morbidity a mortality. Pokud není léčba statiny účinná, lze sáhnout po kombinaci s ezetimibem nebo dalšími dostupnými hypolipidemiky. Kombinace statinů s fenofibrátem je bezpečná stran možných nežádoucích účinků a je již k dispozici i fixní kombinace simvastatinu s fenofibrátem.

Vývoj nových léků

Ve světle poznatků o léčbě hypercholesterolemie statiny s mottem „čím níže, tím lépe“ a nedosahování cílových hodnot u mnoha nemocných začaly být vyvíjeny nové léky. Vynořují se ale otázky týkající se dlouhodobé bezpečnosti velmi nízkých hladin LDL-cholesterolu. Studie IMPROVE-IT dokázala, že i snížení LDL-cholesterolu (pomocí kombinace simvastatinu s ezetimibem) na hodnoty 1,3 mmol/l je bezpečné a znamená další snížení KV rizika. U těžkých forem HLP/DLP, zejména u homozygotních forem familiární hypercholesterolemie, je možné již od 5 let věku indikovat LDL aferézu. Je prokázáno, že včasná léčba oddaluje manifestaci ICHS.

Pacienti s těžkými formami HLP/DLP nebo ti, kteří nedosahují cílových hodnot LDL-cholesterolu a např. při intoleranci maximálních dávek statinů, mají na dosah novou a velmi účinnou farmakologickou léčbu. Lomitapid je mikrozomální triglyceridový transportní proteinový (MTP) inhibitor a je již dostupný v ČR. Mipomersen je *antisense* oligonukleotid, schválen je zatím jen zatím jen FDA. Velmi zajímavou a slibnou lékovou skupinou jsou inhibitory PCSK-9 (inhibitory proprotein konvertního subtilisin/kexin-9, kdy evolocumab je již schválen Evropskou komisí a měl by být tedy brzy dostupný). Při léčbě inhibitory PCSK9 lze dosáhnout hodnot LDL-cholesterolu nižších než 0,5 mmol/l, jelikož snižují jeho hladinu o 40–65 %. Probíhají klinické studie zjišťující dlouhodobý prospěch, ale i bezpečnost těchto léků a dosud bylo zaznamenáno minimum nežádoucích účinků. Je sice nutné je aplikovat podkožní injekcí, nicméně pouze 1x za 2 týdny nebo i 1x za měsíc. Inhibitory CETP (cholesterol ester transfer proteinu) zvyšující hladinu protektivního HDL-cholesterolu zatím v klinických studiích přinesly neutrální, nebo dokonce záporné výsledky stran snížení KV morbidity a mortality. Pro prospěch stran KV morbidity a mortality díky snížení LDL-cholesterolu při užívání funkčních potravin s obsahem rostlinných sterolů a stanolů nejsou data z klinických studií. Evropská společnost pro aterosklerózu doporučuje jejich spotřebu osobám v nízkém a středním KV riziku, které neprofitují z farmakoterapie, jako doplněk potravy osobám ve vysokém nebo velmi vysokém KV riziku nedosahujícím cílové hodnoty LDL-cholesterolu hypolipidemiky a osobám s familiární hypercholesterolemií starším 6 let. Genové terapie se možná dočkáme ve vzdálenější budoucnosti.

Závěrem

V léčbě HLP/DLP je klíčové stanovení celkového KV rizika a vnímání hodnot lipidogramu v kontextu celku. Spolu s narůstajícími poznatky o prospěšnosti stále nižších cílových hodnot LDL-cholesterolu dostáváme k dispozici i nová a velmi účinná hypolipidemika. Základem léčby HLP/DLP nicméně stále zůstávají režimová opatření.

MUDr. Barbora Nussbaumerová, Ph.D.,
Centrum preventivní kardiologie,
II. interní klinika LF UK a FN Píseň

Korekce zraku pomocí kontaktních čoček

Mnohým lidem s refrakční vadou usnadňují život kontaktní čočky. V dnešní době je jejich používání velmi bezpečné a pohodlné. Ale nebylo to tak vždycky, kontaktní čočky představovaly riziko pro oko (především pro rohovku) a jejich používání, včetně péče, nebylo rozhodně snadné.

Z počátku byly kontaktní čočky určeny k medicínským indikacím, hlavně ke krytí přední plochy oka a korekcím afakie po operacích šedého zákalu. U nás je obecně známa až poslední, bezpochyby nejvýznamnější etapa historie kontaktních čoček. Etapa měkkých kontaktních čoček.

Historie kontaktních čoček je však mnohem delší.

Vývoj kontaktních čoček

První matematické modely, ve kterých můžeme sledovat snahu o korekci refrakčních vad příložením nějakého optického systému na oko, pocházejí od Leonarda da Vinciho z počátku 16. století. Této problematice se věnovali později další velmi významní vědci jako R. Descartes v 17. století, T. Young na počátku 19. století se svým „hydrodiascopem“ a hlavně J. F. Herschel, který v první polovině 19. století popsal první představu čočky vytlačené z gelu a přiložené na oko. I když od tohoto modelu k moderním kontaktním čočkám byla ještě dlouhá cesta, byl to nepochybně začátek, od kterého se odvíjí moderní historie kontaktologie.

První skutečně použitelné kontaktní čočky, jejichž použití bylo publikováno, pocházejí z Německa od E. Ficka z roku 1888. Používaly se čočky skleněné, foukané nebo lité, případně broušené, a to ke krytí rohovky, ke korekci irregulárního astigmatismu, keratikonu nebo vysoké krátkozrakosti. Na počátku 20. století převládala

tento typ použití, hlavním výrobcem byla firma Carl Zeiss z Jeny, která vyráběla kvalitní skleněné kontaktní čočky v různých typech i velikostech.

Skutečnou novodobou kontaktologií uvádí až vstup lehkých akrylátů do hry. Tím hlavním je polymethylmetakrylát (PMMA), známý jako plexisklo, který umožnil výrobu kvalitních korneálních čoček, jež byly snášeny na oko po řadu hodin. To se odehrávalo v poválečných letech 20. století, kolem roku 1948. Největší rozvoj a rozšíření kontaktních čoček však přinesl rok 1961, kdy profesor Otto Wichterle zveřejnil svůj objev měkkých kontaktních čoček z hydrofilního gelu HEMA (poly-hydroxyethylmetakrylát). Tento objev umožnil výrobu zcela nových typů kontaktních čoček, dobře tolerovaných, velmi dobrých optických vlastností, s možností širokého využití.

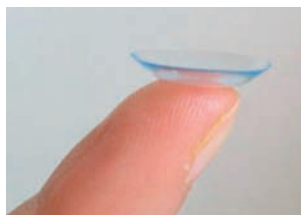
Na dlouhá léta se tak HEMA stal hlavním materiálem pro výrobu kontaktních čoček a v různé podobě kopolymerů je základem čoček mnoha výrobců. Teprve Wichterleho vynález dovolil masové rozšíření kontaktních čoček s jednoduchou aplikací i péčí a hlavně s dostupnou cenou.

Dělení čoček

Pro orientaci ve světě kontaktologie musíme kontaktní čočky dělit do různých skupin. Dělit je můžeme podle několika hledisek, některá jsou důležitá pro výrobce, jiná pro prodejce nebo pro uživatele. Podle velikosti dělíme čočky na nejmenší **korneální**, které překry-



Obr. 1 Mechanické čištění povrchu kontaktní čočky



Obr. 2 Kontaktní čočka obráceně - naruby

vají jen část rohovky a jsou v průměru menší než 10 mm. Jsou to tvrdé nebo RGP (*rigid gas permeable*) čočky. Větší a nejrozšířenější kontaktní čočky jsou **sklerokorneální**, které kryjí celou plochu rohovky a přesahují na skléru, jsou to obvykle měkké čočky o průměru do 15 mm. Největší **sklerální** čočky se dnes používají již jen výjimečně pro speciální účely, dříve to byly skleněné čočky.

Podle materiálu rozeznáváme čočky **tvrdé**, dříve čočky skleněné, obvykle sklerální, později vyrobené z PMMA, s omezenou snášenlivostí, ale přesto již dobře použitelné



Obr. 3 Správně orientovaná kontaktní čočka

na několik hodin. Tyto čočky byly ve velikosti korneální. Dnes se již nepoužívají pro nízkou toleranci, vysoké riziko komplikací a zastaralost koncepce. **RGP** kontaktní čočky jsou většinou korneální, výjimečně sklerokorneální. Používají se většinou pro vyšší astigmatismus a irregularity. **Měkké** kontaktní čočky se obvykle používají jako sklerokorneální. Pro snadnou a levnou výrobu jsou nejdostupnější a nejrozšířenější skupinou kontaktních čoček. Zahrnují celou škálu čoček z různých měkkých materiálů od klasické Wichterleho HEMA s různým stupněm

hydratace a ve formě různých kopolymerů přes silikonhydrogelové čočky až po čočky silikonové.

Materiály pro výrobu kontaktních čoček jsou velmi různorodé, neustále se vyvíjejí, zlepšují se jejich vlastnosti pro výrobní možnosti, ale především pro zdraví oka. Ve vývoji se zohledňují vlastnosti materiálů vzhledem k průniku kyslíku, tuhosti a pružnosti materiálu a jeho následnému chování na povrchu oka. Důležité jsou také lubrikační a frikční vlastnosti materiálu, které určují pohyb čočky na oku. Hydrofilní čočky se u mnoha typů kontaktních čoček přizpůsobuje úpravami povrchu, zlepšuje se tak výrazně snášenlivost.

Jednoduché, přehledné dělení podle skupin materiálů, přihlížející k současnému stavu a rozšíření jednotlivých skupin, je následující:

- tvrdé nepropustné (sklo, polymethylmetakrylát - PMMA),
- tvrdé plynopropustné (RGP materiály),
- měkké silikonové,
- hydrogelové standardní (2-hydroxyethylmetakrylát - HEMA, 40 % H₂O),
- hydrogelové výšebobtnavé,
- hybridní (silikonhydrogelové).

Závěrem jmenovaný silikonhydrogel přinesl v posledním desetiletí velký rozmach kontaktologie. Spojení vlastností hydrogelu, ve smyslu vysoké snášenlivosti na oko a silikonu, tedy průniku kyslíku, umožnily vznik velmi kvalitních čoček, ale vzhledem k vyšší tuhosti materiálu může být jejich použití limitováno. Do popředí se tak začínají opět dostávat hydrogelové čočky s vysokou hydratací. Kontaktní čočky dělíme také podle doby použití jednoho páru. RGP čočky jsou vzhledem k povaze materiálu určeny k dlouhodobému použití v řádu měsíců až roků. Měkké kontaktní čočky jsou **konvenční**, klasické konvenční čočky jsou určeny k celoročnímu používání, týká se to hydrogelo-

Inzerce M151000535

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

PLASTICKÁ CHIRURGIE

vých s nízkou hydratací, nesou vysoké riziko znečištění bílkovinnými a lipidovými usazeninami a tím i vyšší riziko komplikací, materiál se může časem také degradovat a ztrácí optickou kvalitu. Modernější konvenční čočky se používají 3 měsíce.

Čočky **pro plánovanou výměnu** jsou určeny pro častou výměnu po čtyřech nebo lépe po dvou týdnech. Tento způsob je výrazně bezpečnější, na čočkách se nestací vytvořit usazeniny, plísně, bakteriální kolonie, a tak se riziko vzniku komplikací minimalizuje. V této skupině preferujeme kratší interval výměny. Ze zdravotního hlediska, ale i pro pohodlí uživatelů, jsou nejlepší čočky **jednodenní (disposable)**. Po každém použití se čočky zahodí, odpadá péče, riziko znečištění a vždy se na oko nasazuje nová čočka.

Režimy nošení

Nejběžnější je **denní režim** nošení, velmi jednoduché řečeno ráno nasadit, večer vyjmout. U moderních čoček by při správné aplikaci

ci mělo být pohodlné, bezpečné a bezproblémové nošení i více než 18–20 hodin denně.

Flexibilní režim je v zásadě denní, ale pokud používáme kvalitní čočky doporučené i pro nošení přes noc, můžeme v nich občas i 1–2 noci přespát bez rizika.

Prodloužený režim představuje variantu, kdy se čočky nosí bez vyjmutí 1 týden (tzn. 7 dnů a 6 nocí), po vyjmutí tyto čočky již nedoporučujeme znovu nasadit. Sice odpadá péče o čočky a užívání je pohodlné, může se ale zvyšovat riziko vzniku komplikací.

Kontinuální režim nošení znamená nošení jeden měsíc bez vyjmutí, týká se jen vybraných typů čoček a vyžaduje každodenní sebekontrolu.

Speciální režim nošení představuje u nás zatím nepoužívaná metoda tzv. **orthokeratologie**. U této metody se individuálně vyrobené RGP čočky nasazují na noc a cíleným tlakem mění tvar povrchu rohovky a tím kompenzují krátkozrakost i astigmatismus na několik hodin, takže přes den je možno být bez ko-

rekce. Tato metoda má však mnohá úskalí.

Použití kontaktních čoček

Materiály kontaktních čoček mají mnoho velmi dobrých vlastností, které můžeme využít. Jejich dobré optické parametry je předurčují ke korekci refrakčních vad. Bobtnavost materiálů umožňuje čočku nasytit roztokem, který se může na oku postupně uvolňovat. Možnost barvit čočku přináší kosmetické čočky. Čočky se také mohou používat jako kryt nemocné rohovky po úrazech, operacích i při některých onemocněních.

Nejčastěji známe čočky jako korekční pomůcku. Oproti brýlím neomezuji zorné pole, nepřekáží mechanicky, nezamřezují se a umožňují korigovat i větší rozdíly v refrakci mezi očima. Kontaktní čočky mohou korigovat i vysoké refrakční vady, astigmatismus i presbyopii.

Barevné kontaktní čočky mohou zvýrazňovat vlastní barvu očí, nebo ji dokonce měnit, ale kosmetické čočky mohou i zakrý-

vat poškozené, kosmeticky nevýhodné oko a tak výrazně zlepšit handicap.

Aplikace kontaktních čoček

Kontaktní čočky se dnes staly velmi snadno dostupným zbožím a každý je může nosit bez jakéhokoli omezení. Tento stav vede k pocitu, že je to vlastně velmi jednoduché a není potřeba žádné další péče. To je pocit však mylný a nebezpečný.

Přestože jsou čočky velmi bezpečným prostředkem ke korekci refrakčních vad, pokud se nesprávně používají, mohou způsobit celou řadu komplikací, které mohou vážně poškodit oko.

První aplikaci musí předcházet vyšetření kontaktolem (oftalmolog nebo optometrista), při němž je stanovena hodnota refrakční vady, vyšetřen přední segment oka, slzný film a pomocné orgány oka. Na základě těchto zjištění a potřeb klienta je vybrána kontaktní čočka. Po výběru je čočka vyzkoušena a přezkoušena již

na oku, zkontrolována kvalita vidění, pohyb čočky na oku. Pak odborník provede zácvek v nasazování a vyjímání čočky, je vysvětleno jak o čočky pečovat a stanoven kalendář pravidelných kontrol, které jsou napřed nutné v kratších intervalech, později stačí jednou až dvakrát za rok.

Výběr čočky a zácvek pod vedením odborníka jsou základem bezpečného užívání kontaktních čoček, jedině správně vybraná a správně užívaná čočka je bezpečná. Stejně tak jsou pro bezpečnost nezbytné pravidelné kontroly.

Prodej čoček bez vyšetření, bez zácviku, vysvětlení možných komplikací a jejich počátečních projevů a konečně bez následných kontrol je nebezpečný, může vést k vážným komplikacím a poškození oka.

Naopak při dodržování všech zásad bezpečného nošení a při absolvování kontrolních vyšetření jsou kontaktní čočky velmi bezpečnou variantou korekce refrakčních vad.

MUDr. Pavel Rezek, CSC.

oční oddělení Oblastní nemocnice Kolín

V plastické chirurgii hodně záleží na psychice

O mezinárodním edukačním programu NewMamma jsme hovořili s jedním z jeho zakladatelů, plastickým chirurgem Nemocnice Na Bulovce a Kliniky Esthé MUDr. Ondřejem Měšťákem.

Co je cílem projektu?

NewMamma neboli „nový prs“ je projekt podpořený Mezinárodním visegrádkým fondem a zastištěný lékaři z České republiky, Maďarska, Polska a Slovenska. Je určen ženám, které podstoupily operaci prsu kvůli rakovině nebo se k ní chystají a přemýšlejí o následné rekonstrukci prsu. Cílem je informovat o možnostech, ale také zvýšit povědomí o tématu a poskytnout kontakt na odborníky v oboru. Ukázat, co je rekonstrukce prsu, představit její potenciální výhody či nevýhody. Součástí jsou podrobné popisy různých metod rekonstrukce prsu s bohatou fotodokumentací. NewMamma přináší užitečný teoretický základ, který však nemůže nahradit konečnou osobní diskusi s lékařem.

V čem se spolupráce visegrádké čtyřky v tomto směru projevuje?

Především jde o výměnu poznatků a zpětnou vazbu. Aby člověk věděl, co se dělá na jiných klinikách. Obecně spolupráce mezi odborní-

ky – i v rámci ČR – přináší spoustu pozitiv. Je důležité mít možnost ptát se na zkušenosti z jiných pracovišť, včetně těch zahraničních. Nejvíce spolupracují s MUDr. Boháčem z Bratislavy, který má obrovské znalosti. NewMamma byl vlastně jeho nápad. Vášnivě diskutujeme o spoustě témat z oboru plastické chirurgie, nejčastěji o přenosu tukové tkáně, kterému se teď nejvíce věnujeme. Spolupráce se odvíjí díky financování z visegrádkého fondu, což zajistil právě doktor Boháč. Cílem bylo připravit 4 mutace tohoto webu, o němž si myslíme, že je velice potřebný, na Slovensku ještě mnohem více než u nás.

Co rekonstrukce prsu představuje?

Rekonstrukce prsu je chirurgický výkon, který spadá do sféry plastické chirurgie. Cílem je obnovení vzhledu prsu po výkonu tak, aby byl co nejpřirozenější. U nás počet rekonstrukcí prsu výrazně vzrostl za posledních 15 let. V současné do-

bě se považuje za poslední fázi léčby rakoviny prsu, kdy se pacientka po té nejdůležitější fázi, tedy doléčení, navrací zpět do běžného života. A to i tím, že se jí obnoví souměrnost hrudníku. Rekonstrukce prsu není jednoduchý výkon, vyžaduje dlouhodobý trénink a zkušenosti s větším objemem operací.

Nemůže rekonstrukce prsu narušit léčbu karcinomu?

Nemůže. Přistupuje se k ní na základě souhlasu onkologa. V minulosti byl zastáván názor, že samotná augmentace prsu s implantátem riziko karcinomu prsu zvyšuje, v USA byl silikon zakázaný. Existují obrovské studie provedené na desetitisících žen, které dokazují, že jakákoli rekonstrukce prsu riziko recidivy lokálního ani celkového karcinomu prsu nezvyšuje. Na naší klinice také sbíráme data a sledujeme, zda není zvýšené riziko karcinomu prsu u pacientek s rekonstrukcí prsu pomocí vlastní tukové tkáně (liposukcí odebraný tuk z břicha či stehna).

Ani naše studie neukazuje zvýšené riziko recidivy karcinomu prsu.

Kdy je k rekonstrukci nejnvhodnější doba?

Prs můžeme zrekonstruovat hned po mastektomii, tedy v rámci jedné operace, nebo až se rána zahojí. Většinou to bývá tak okolo roku po ukončení léčby, když je pacientka v pořádku a nemá žádný nále, a samozřejmě vždy na základě svolení onkologa. Rekonstrukce je okamžitá, nebo oddálená. Okamžitá se provádí více ve Spojených státech. Je pro pacientky pozitivní. U nás se okamžitá nedělá, protože onkologové jsou konzervativnější a navíc je taková operace složitá i organizačně. Ne každé pracoviště má podmínky k tomu, aby pacientku objednálo na mastektomii s okamžitou rekonstrukcí do několika týdnů. Problémem je, že u nás máme na implantáty dlouhé čekací doby. Pacientka je v pořádku a čeká třeba i dva roky. Je to škoda, protože žena se těší, že bude mít co nejdříve souměrný hrudník, že ko-



Foto: ondrejmestak.com

nečně udělá tečku za léčbou, a musí tak dlouho čekat.

Proč je čekací doba tak dlouhá?

Je to dáno ekonomickými limity. Ve všech rozvinutých zemích, tedy i u nás, tyto operace hradí zdravotní pojišťovny. Plastická chirurgie je obor, který nemá úplně dobře nasmlouvané výkony a velice snadno se stane ztrátovým. Všechny nákladnější výkony proto musíme pečlivě regulovat. Máme asi 200 pacientek v pořádku.

Jsou ženy, které rekonstrukci prsu nechťejí?

Určitě. Moje babička žila více než 20 let bez prsu a nevdalo jí to. Plastická chirurgie je hodně o psychice a kvalitě života. Záleží na tom, jak člověk sám sebe vnímá.

Více informací najdete na:

www.newmamma.eu

(eta)

Brother tiskárny štítků pro využití ve zdravotnictví a laboratořích

Tiskárny štítků Brother ze série P-touch jsou skvělými pomocníky pro práci v laboratořích a zdravotnických zařízeních. Tato řada nabízí pestrou paletu produktů a zajišťuje tak rozmanitost výběru dle požadavků klienta. V nabídce jsou jak základní modely, které nelze propojit s počítačem, tak i složitější zařízení, jež je možné připojit k počítači USB kabelem nebo sdílet tiskárnu mezi více uživateli ethernetovým portem. Tiskárny jsou schopné potisknout štítky o šířce 6–36 mm

(v závislosti na modelu). Obvyklá délka pásky je 8 m. Součástí modelů připojitelných k počítači je software k vytváření a editaci štítků (PT editor). Umožňuje také tisknout štítky s grafikou, symboly, texty nebo čárové kódy. Je také možné tisknout štítky z databázových systémů vytvořených například v programech Excel nebo Access. Tiskárny P-touch tisknou také na laminované TZe pásky, které jsou vysoce odolné proti políť chemikáliemi, teplotním vlivům, slunečnímu



záření, otěru a vlhku. TZe pásky se vyrábějí v různých barevných variantách tak, aby odpovídaly legislativním požadavkům na značení.

Tiskárny Brother P-touch jsou profesionálním pomocníkem všude tam, kde je potřeba označování štítky.

Tiskárny štítků PŘEHLED A POŘÁDEK

Benefity

- rychlý a flexibilní tisk štítků na míru
- profesionální vzhled štítků
- tisk čárových kódů a jiných dat důležitých pro organizaci práce
- možnost sdílení tiskárny štítků v rámci pracoviště
- snadná obsluha a variabilita



Implementace do IT prostředí nemocnic a zdravotnických zařízení

Tiskárny štítků Brother nacházejí uplatnění i v českých nemocnicích, kde jsou například využívány při elektronické komunikaci mezi klinikami a laboratořemi, konkrétně na tisk štítků s čárovým kódem, kterými jsou jednoznačně identifikovány odběrové zkumavky zasílané do laboratoře. Pomocí čárového kódu, tištěného na straně kliniky, je možné na straně laboratoře načítat došlé požadavky

elektronicky pomocí čtečky čárových kódů. Díky bohatému funkčnímu i programovému vybavení lze tiskárnu štítků okamžitě implementovat do stávajícího IT prostředí nemocnice. Žádanka společně s průvodkou a štítkem tak omezuje chyby způsobené lidským faktorem (přepisování rodných čísel z papíru do IS atd.). Systém štítků reprezentuje automatizaci příjmu na straně laboratoře (úspora personálních zdrojů), možnost vynucení zadání povinných položek na žádance, sjednocení parametrů odběrů pro všechny kliniky

(zrušení výjimek), elektronický přehled žadatelů (kdo, kdy, koho, o co žádal) apod.

Proč tiskárny štítků Brother?

- přední japonský výrobce s více než 25-ti letou zkušeností v oboru
- vysoká spolehlivost a odolnost tiskáren
- 3 roky záruky
- široký sortiment pásek

Společnost Brother nabízí do prostředí lékařských zařízení a laboratoří i další produktovou řadu, a sice řadu tiskáren štítků PT. Tyto tiskárny tisknou na extrémně odolné laminované pásky, a proto jsou vhodné zejména na potisk a označování zkumavek v laboratořích a ordinacích lékařů.



SEXUOLOGIE

Ženské sexuální dysfunkce

V posledních měsících se na mne obracují kolegyně gynekologové s dotazem, zda nepozorujeme nárůst ženských sexuálních dysfunkcí. Gynekologové se v první linii s ženskými dysfunkcemi občas setkávají. Nenajdou-li jasnou organickou příčinu, pacientkám většinou doporučují vyhledat manželskou poradnu nebo sexuologa.

Pravdou je, že v povědomí běžné populace jsou spíše mužské dysfunkce – poruchy erekce nebo poruchy ejakulace – a s dysfunkcemi žen si společnost příliš hlavu neláme. „Vždyť žena může, i když nechce, kdežto muž, i když chce, často nemůže,“ zní jedna z řady lidových proklamací na toto téma.

Dysfunkce v centru pozornosti

Zdá se ale, že v poslední době můžeme pozorovat mírně zvýšený zájem o konzultace pacientek, které se obávají, že trpí sexuální dysfunkcí. Nepochybně je tento zájem spojen s množstvím ne vždy zcela validních informací, které kolují po internetu, v neposlední řadě také se zprávami o přibývajících vaginálních infekcích, především z kategorie výsevu *herpes genitalis*, kondylomat, chlamydií nebo urea či mykoplazmat. Důvodů ale pochopitelně může být podstatně víc. Pouček či definic pro stanovení diagnózy „sexuální dysfunkce“ je několik, patrně tou nejvýstižnější je ale konstatování, že jde o stav, při kterém se jedinec nemůže podílet na svém sexuálním životě podle svých představ, ať už je příčinou cokoli. Obdobně jako u mužů se i u žen dříve věřilo tomu, že většina dysfunkcí (až 80 %) je psychogenního původu. V současné době říkáme, že 80 % dysfunkcí u mužů je nikoli psychogenního, nýbrž somatogenního (převážně jde o cévní faktor) původu (Pohanka). U žen je to obdobné. Jen malé procento dysfunkcí je čistě psychogenního původu, většinou jde o faktory cévní, hormonální, chronické zánětlivé stavy nebo o komplikace ženského cyklu, endometriózu nebo stavy po závažnějších, např. nádorových onemocněních. Určitou část zaujímají také stavy po porodech, a to i po těch, které probíhaly spontánně a bez komplikací. Abychom mohli sexuální dysfunkci u žen řádně diagnostikovat, je nezbytné odebrat opravdu důkladnou anamnézu, která zahrne nejprve získání obecnějších informací – rodinná anamnéza. Stejně

nutná je ale také důkladná anamnéza osobní, s přihlédnutím k aspektům především gynekologicko-porodnickým a pak také anamnéza sociální a sexuální. Důvodem je mimo jiné také skutečnost, že máme jen velmi málo vyšetřovacích metod a prostředků jak diagnózu potvrdit či nakonec vyloučit a konstatovat, že o dysfunkci nejde. Především je třeba provést důkladné gynekologické vyšetření včetně sonografie, případně hysteroskopii, někdy je nutné laparoskopické vyšetření (např. při diagnostice endometriózy nebo při nálezech na vaječnicích apod.). Je třeba také zjistit hormonální profil pacientky, případně doplnit vyšetření endokrinologické.

Mezinárodní klasifikace dysfunkcí u žen

Do první skupiny zařazujeme poruchy sexuální touhy nebo zájmu, a to pokud je sexuální zájem dlouhodobě, případně trvale oslaben, nebo dokonce chybí úplně. Jak již bylo řečeno, aby mohlo jít o dysfunkci, musí ženě působit potíže. Zde se právě ukazuje důležitá sexuální a sociální anamnéza, která pomáhá rozlišit, zda u ženy nedochází k přirozenému poklesu sexuální touhy dané určitou mírou stereotypu soužití s partnerem.

Druhou častou skupinou dysfunkcí jsou čtyři varianty poruch sexuálního vzrušení, kdy opakovaně, nebo dokonce trvale dojde k poruchám vzrušivosti, případně dochází k poruchám udržení vzrušení.

I u těchto dysfunkcí vidíme, jak často jdou somatogenní a psychogenní složka ruku v ruce, což je právě tehdy, kdy dochází ke kombinaci subjektivní a genitální poruchy. Jindy ale můžeme popsat tzv. subjektivní poruchu sexuálního vzrušení, kdy si partner vůbec nemusí být vědom toho, že u partnerky existuje sexuální dysfunkce, protože ji vnímá pouze ona sama. V případě genitální poruchy sexuálního vzrušení je přítomna jen minimální lubrikace, často zcela chybí, subjektivní vnímání vzrušení je ale zachováno. Tuto poruchu může zpozorovat

i partner, dokonce na ni sám partnerku upozorňuje, což někdy vede k prohloubení dysfunkce. V případě, že žena si ke vnímání subjektivní vzrušení, ale to je často provázeno spíše nelibými pocity, dokonce i bolestivými, hovoříme o permanentní poruše. Občas projev tyto dysfunkce trvají nejen hodiny, ale i dny.

V pořadí třetí dysfunkci u ženy je porucha orgasmu. Ten často definujeme jako přechodný pocit intenzivní rozkoše, která je vnímána jako změna vědomí, spojená s pocitem klidu, pohody a štěstí. Somatickým projevem bývájí bezděčné rytmické stahy perivaginálních a pánevních svalů. Někdy žena vnímá i děložní nebo dokonce anální stahy.

V případě, kdy přes vysoký stupeň sexuálního vzrušení k orgasmu nedojde vůbec nebo až s časovým odstupem, hovoříme o orgastické dysfunkci. Je nutné si ale říci, že samotná absence orgasmu není dysfunkcí. Ostatně anorgastické ženy tvoří podle statistiky asi 25 % ženské populace. Právě rozdíl mezi tím, že i přes vysoké vzrušení k orgasmu nedojde, s chyběním orgasmu v těch případech, kdy vzrušení ženy není nijak výrazné, je zásadním kritériem pro stanovení diagnózy. Dosahuje-li žena při sexu přiměřeného a adekvátního pocitu vzrušení a uspokojení i přesto, že orgasmus neprožije, nehodnotíme stav jako sexuální poruchu (Pastor).

Poruchy provázené bolestí

Zvláštní skupinou sexuálních poruch jsou ty, které jsou provázeny bolestivými pocity. Typickým příkladem je např. dyspareunie. Stav, kdy žena při vniknutí penisu cítí krátkodobou opakující se nebo dlouhodobou bolest. Nejčastějším důvodem bývají zánětlivé změny, stavy po úrazech, po cytostatické nebo radiologické terapii, ale také u žen s anomáliemi ženských orgánů nebo u žen klimakterických nebo postklimakterických, často v případech, kdy je přítomna atrofie genitálu. Stanovením správné, větší

nebo gynekologické anamnézy a následným přeléčením může dojít k odstranění organických příčin a vyřešení problému. Někdy ale může jít o kombinovaný nebo pouze psychogenní faktor, kde je třeba přistoupit i k jiné než jen ke klasické gynekologické terapii.

Do této skupiny řadíme i vaginismus. V minulosti býval často přeceňován, později pak zase zavrhován, protože bylo velmi obtížné verifikovat skutečný vaginismus. Současná klasifikace o vaginismu hovoří tehdy, pokud u ženy dochází k opakujícímu se nebo trvalému stavu, při kterém není možné zavést penis, případně jiný předmět do pochvy, a to i tehdy, pokud si to žena sama přeje. Důvody jsou samozřejmě opět somatogenní, psychogenní nebo kombinované, velmi často se žena vysloveně souloži brání nebo se jí důrazně vyhýbá, což u dyspareunie není tak jednoznačné. V obou případech ale může být důvodem negativní sexuální zkušenost, ať již spojená či ne také s tělesným traumatem. Stejně jako u dyspareunie, tak i u vaginismu nemusí být ale narušeno ani libido, případně ani schopnost dosažení orgasmu.

Jaké jsou možnosti léčby

Léčba ženských sexuálních dysfunkcí je bohužel často velmi obtížná a ne vždy se podaří brzy dosáhnout kýženého efektu. Je to proto, že ve většině případů, pokud nejde o klasickou organickou příčinu, kterou lze jednoduše odstranit a u ženy se neprojevila výrazně psychogenní složka dysfunkce, je možné postupovat pouze symptomaticky. Poněkud jednodušší úkol mají gynekolog nebo sexuolog tehdy, prokáže-li u ženy výraznou hormonální dysbalanci, většinou spojenou s hypoestrinním stavem. Ten často pozorujeme v jednotlivých etapách menopauzy, je spojen se suchostí pochvy, postupnou ztrátou její elasticity, častějšími mykologickými záněti a následně také se snížením lubrikace. Právě v těchto případech je hormonální léčba úspěšná. Pravdou ale



Ilustrační foto: Shutterstock

zůstává, že pacientek se sexuální dysfunkcí v období menopauzy nebývá mnoho a u standardně estrogenních žen je pochopitelně tato terapie kontraindikována. Občas pozorujeme výrazně sníženou sexuální apetenci nebo bolestivou sexuální dysfunkci tehdy, pokud má žena hormonální profil standardní, pouze je výrazně snížena hladina testosteronu. V těchto případech je možné zkoušet pod stálou kontrolou aplikovat některý z lokálně působících androgenních preparátů.

Z nehormonálních preparátů je možné v některých případech použít dříve často u mužských dysfunkcí používaný yohimbin, který dle některých studií pozitivně ovlivňuje sexuální apetenci, někdy bývá používán v kombinaci s argininem. Lékem by mohl být také prostaglandin E1, vazodilatans alprostadil, v zahraničí používán v lokální gelové formě. Český výrobek Alprostan je užíván pouze k injekční aplikaci, např. v některých případech mužské erektilní dysfunkce, ale ženám bohužel není určen.

V poslední době skloňovaná tzv. ženská Viagra, fungující na podobné bázi jako klasické PDE-5 (inhibitory fosfodiesterázy), které se tolik osvědčily při léčbě mužských sexuálních dysfunkcí, na své uvedení čeká. Jaký bude její skutečný léčebný efekt, ukáže teprve čas.

A tak v případech, že léčba organických příčin není úspěšná, zůstává reálným léčebným postupem, který může vést k cíli a postupně zbavit pacientku některé ze sexuálních dysfunkcí, rehabilitace zaměřená na ovládnutí pánevního dna, terapie mechanickými prostředky v rámci autoterapie, případně psychoterapie podle Masterse a Johnsonové (USA) nebo Kratochvílova sexoterapie (ČR).



Akci zaštiťují:



ČESKÁ
LÉKAŘSKÁ KOMORA



1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE

Pražský sexuologicko-andrologický mezinárodní kongres 20. – 21. 11. 2015 Hotel SEN, Senohraby

Kongresu se mezi předními odborníky zúčastní například

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc.
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA
prof. MUDr. RNDr. Luboslav Stárka, DrSc.
MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D. a další

Účastnický poplatek: **990 Kč**

Akce je evidována v centrálním registru ČLK
a je ohodnocena **12 kredity**.

Registrace na stránkách
www.kongres-medical.cz/aktualni-akce

studenti lékařských fakult
a sestry **VSTUP ZDARMA**

UROGYNEKOLOGIE

Perzistence na léčbě OAB a studie MIRACL

Vysoký stupeň perzistence na léčbě hyperaktivního močového měchýře při používání mirabegronu prokázala studie MIRACL (MIRAbegron Clinical trial) platformy InkoBoard.

Klinický syndrom označovaný jako hyperaktivní močový měchýř (OAB) je závažný zdravotní problém, který se běžně vyskytuje u žen i mužů. Evropská urologická asociace (European Association of Urology) odhaduje prevalenci OAB u mužů v rozmezí 10–26 % a u žen v rozmezí 8–42 %, s jasným trendem nárůstu výskytu s věkem. Prevalence činí 4,8 % u žen mladších 25 let, ve skupině žen nad 65 let věku stoupá přítomnost OAB až na 30,9 %. Jedná se tedy o jeden z nejčastějších zdravotních problémů dospělé populace a takto postiženým přítomnost OAB výrazně komplikuje běžný život.

Hyperaktivní močový měchýř se projevuje komplexem symptomů dysfunkce dolních močových cest a zahrnuje symptomy urgencye, které mohou být s nebo bez urgentní inkontinence moči, obvykle s častým močením během dne a noci. Urgence je definována jako náhlý a nutkavý pocit potřeby vymočit se, který je obtížné oddálit.

Nežádoucí účinky a přerušení léčby

OAB je chronickým stavem vyžadujícím změnu životního stylu a dlouhodobou medikamentózní léčbu. K té jsou v současnosti obvykle předepisována parasymptolytika první či druhé linie. Tyto léky zmírňují příznaky OAB, ale u některých pacientů vyvolávají nežádoucí účinky a jsou kontraindikovány u některých komorbidit, zejména glaukomu s uzavřeným úhlem. Nežádoucími účinky parasymptolytik bývají nejčastěji sucho v ústech, mlhavé vidění a obstipace. I zde platí obecná teze o nežádoucích účincích léků – pokud převládá nad efektem léčby, pacientů ji často přerušují.

Při medikamentózní léčbě OAB je nutné sledovat jak její adheřenci (*compliance*), definovanou jako stupeň užívání doporučené léčby určené intervalem podávání a dávkou léku, tak i perzistenci. Perzistence na léku je určena časem trvání předepsané léčby, tedy počtem dnů od započetí léč-



Ilustrační foto: Shutterstock

by do jejího ukončení. Určovat ji lze i procentem pacientů, kteří setrvávají na léčbě po určitém čase podávání léku. Perzistence u dlouhodobé léčby chronických pacientů bývá ve studiích udávána kolem 50 %, je tedy nízká. U praktických lékařů bývá nižší než při sledování pacientů zařazených v klinických studiích. V důsledku již uvedených faktů a podle dalších studií hodnotících léčbu OAB anticholinergiky dojde k ukončení léčby anticholinergiky po prvních 30 dnech u 43–83 % pacientů a obdobné výsledky jsou prezentovány i v dalších studiích, kdy při delším sledování perzistence na anticholinergikách činila po 6 měsících méně než 50 % a po 1 roce méně než 25 %.

Nová možnost farmakoterapie OAB

Nově doplňuje možnost terapie OAB stimulace β_3 -adrenoreceptorů mirabegronem, tedy lékem působícím na jiný typ receptoru v močovém měchýři než anticholinergika. Mirabegron způsobuje relaxaci měchýře, čímž dochází ke zvýšení jeho kapacity. Tato terapie vykazuje i méně nežádoucích účinků a je možností léčby po nedostatečném efektu, selhání nebo při kontraindikaci parasymptolytik. Vlastnosti mirabegronu umožňují vysoké procento perzistence na léčbě.

Recentní česká studie MIRAbegron Clinical trial, zkráceně MIRACL, měla vyhodnotit perzistenci na léčbě u pacientek s OAB při užívání mirabegronu a také potvrdit hypotézu, že perzistence na léčbě bude větší než při léčbě parasymptolytiky udávané v jiných studiích, hlavně vzhledem k malému množství nežádoucích účinků léku a dobrému léčebnému efektu mirabegronu¹.

InkoBoard a studie MIRACL

Nositeltem prospektivní multicentrické klinické studie MIRACL se stal InkoBoard jako unikátní, samostatný interdisciplinární poradní sbor odborníků sdružující renomované české urogynekology a urology, kteří se zabývají problematikou inkontinence moči a OAB. Hlavním cílem této platformy je rozvoj vzdělávání v problematice ženské urologie a urogynekologie v ČR. Mezi aktivity InkoBoardu patří i provádění a vyhodnocování vlastních studií. Jednou z nich je i MIRACL.

Na studii MIRACL se podílelo 6 gynekologů a 4 urologové. Spolupráce na studii probíhala na pracovištích v rámci Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN (prof. MUDr. Alois Martan, DrSc., doc. MUDr. Jaromír Mašata, CSc., as. MUDr. Kamil

Švábík, Ph.D.), Urologické kliniky 1. LF UK a VFN (prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.), urologického oddělení FN Ostrava (doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.), urologického oddělení Thomayerovy nemocnice (doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.), Urogynekologické ambulance GONA (MUDr. Lukáš Horčíčka), Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce (prof. MUDr. Michael Halaška, DrSc.), Ústavu pro péči o matku a dítě (doc. MUDr. Ladislav Krofta, Ph.D.) a Uromeda, s. r. o. (MUDr. Monika Hanáková).

Atributem center je i vysoká koncentrace složitých a jinde dříve ne zcela úspěšně nebo neúspěšně léčených pacientů, což samozřejmě platí i o těch, kteří sem přicházejí s OAB.

Materiál a metodika studie

Prospektivní multicentrická klinická studie MIRACL byla zahájena v květnu 2014 a probíhala jeden rok.

Do studie byli zařazeni pacienti a pacientky starší 18 let. Všichni zařazení trpěli příznaky OAB minimálně 3 měsíce. Jejich zařazování bylo prováděno na základě výsledků dotazníku PPBC (viz níže) a OAB-q. Kontrolní vyšetření pacientů bylo provedeno 6 měsíců (s maximální odchyl-

kou 2 týdny) od započetí léčby. Dávkování mirabegronu bylo 50 mg denně. Do studie byli pacienti zařazeni v souladu s plánem léčby. Všichni byli předem informováni o typu i způsobu léčby a souhlasili s nimi.

Během kontrolního vyšetřování bylo zjišťováno, kolik respondentů přerušilo léčbu mirabegronem a z jakého důvodu.

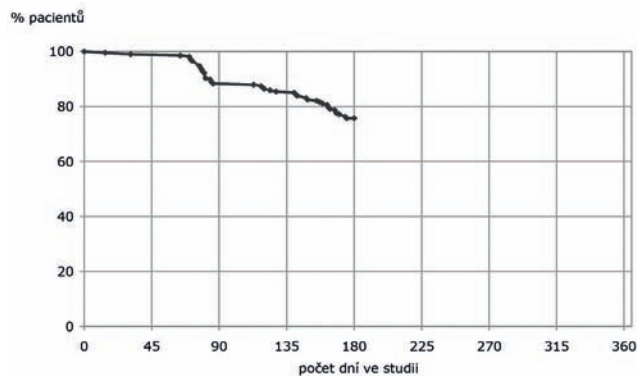
Do studie MIRACL bylo zařazeno 206 pacientů, z toho 176 žen. Ukončení léčby bylo nejprve určeno pro celou skupinu pacientů, následně byla skupina rozdělena do dvou podskupin podle věku: pacientů ve věku 60 nebo méně let bylo 76 (37 %), starších 60 let bylo 130 (63 %). Dále bylo vyhodnoceno přerušení léčby mirabegronem ve vztahu k pohlaví a předchozí léčbě anticholinergiky. Celkem 178 (86 %) respondentů dříve užívalo anticholinergika, v průměru 2 roky. Průměrný věk pacientů dosahoval 62,8 roků (23–89) – u mužů 63,4 (30–78) let a 62,7 (23–89) let u žen. Průměrný BMI byl pro celou skupinu 27,3, obdobný u žen i mužů.

Výsledky studie

Při kontrolním vyšetření 6 měsíců od začátku studie bylo zjištěno, že léčbu ukončilo 55 pacientů (tedy 27 % zařazených). Bylo to 43 (24 %) ze 176 žen, 12 (40 %) z 30 mužů. Důvodem ukončení léčby (n = 55) byl u 24 (43 %) nedostatečný efekt léčby. Jiné důvody, jimiž byly hospitalizace z odlišných příčin, chirurgický zákrok či gravidita, způsobily ukončení léčby mirabegronem u 29 (53 %) pacientů. U zbývajících 2 účastníků (4 %), kteří studii nedokončili, přerušení léčby nastalo kvůli nežádoucím účinkům – tachykardií, podráždění spojivek, bolesti břicha nebo vaskulitidě (středního stupně). Skupiny podle věku (< 60 let, > 60 let) vykazovaly obdobné procento pacientů, kteří přerušili léčbu.

Ve skupině bez předchozí léčby anticholinergiky (n = 28) před nasazením mirabegronu přerušilo léčbu 25 % pacientů. Ve druhé skupině, tvořené pacientkami již dříve léčenými antimuskariniky, byla léčba přerušena u 48/178 (27 %). Pacienti, kteří přerušili léčbu, byli před nasazením mirabegronu léčení zejména solifenacilem – 21 ze 48 (44,4 %), trospiem – 10/48 (21 %), fesoterodinem – 6/48 (12,3 %) nebo jinými parasymptolytiky – 11/48 (22,3 %).

Ve skupině pacientů, jimž bylo 60 nebo méně roků (n = 76), studii přerušilo 20 (26 %) pacientů,



Perzistence pacientů s OAB na léčbě mirabegronem

z nich 7 (35 %) pro nedostatečný efekt léčby a 2 (10 %) pro nežádoucí účinky léku. Ve skupině pacientů nad 60 roků (celkem 130, tedy 63 % všech zařazených do MIRACL) léčbu přerušilo 35 (27 %). Důvodem přerušeni byl u 17 (49 %) nedostatečný efekt léčby.

Zásadní význam pro potvrzení hypotézy, která stála na začátku studie MIRACL, mělo vyhodnocení efektu léčby mirabegronem. Při hodnocení efektu léčby na škále TS-VAS (otázka: „Jste spokojeni s vaší léčbou?“, možné odpovědi od „Ne, vůbec ne“ = 0

bodů až po „Ano, naprosto“ = 100 bodů) udalo 93 % pacientů po léčbě mirabegronem hodnotu TS-VAS vyšší než 50 a její průměrná hodnota byla 77,5 (SD 21,7). Na šestibodové stupnici PPBC (od 1 = „žádný problém“ až po 6 = „hodně krutých problémů“) byla před léčbou mirabegronem průměrně udávána hodnota 3,56 (SD 0,72), po léčbě to bylo 1,77 (SD 0,099).

Perzistence na mirabegronu vyšší až o 30 %

Úspěšnost terapie symptomů OAB vyžaduje dlouhodobou per-

zistenci na léčbě. Nyní jsou základem léčbou OAB u žen i mužů anticholinergika, perzistence na nich je však nízká; poněkud vyšší bývá u parasympatolytik s prodlouženým účinkem, která se podávají jednou denně. Konkrétně – perzistence na léčbě anticholinergiky u pacientů s OAB po 6 měsících léčby je podle referencí 40 %, jak uvádí řada pramenů. Nejčastější ukončení léčby nastává v prvním čtvrtletí užívání léku.

Cílem studie MIRACL bylo dokázat, že perzistence léku stimulačního β_3 -adrenoreceptory sympatiku bude vyšší.

Jak studie MIRACL prokázala a doložila, na léčbě mirabegronem je perzistence po stejné době přibližně 73 %, rozdíl ve srovnání s parasympatolytiky je přibližně 30%. Na vyšší perzistenci na terapii mirabegronem ve studii MIRACL se mimo jiné podílel fakt, že probíhala na 8 klinických pracovištích a pouze u dvou lékařů první linie. To je v souladu se závěry studie Basry a kol.², že ve studiích na klinických pracovištích je perzistence na léčbě vyšší.

Důvodem ukončení léčby (n = 55) byl nedostatečný efekt léčby mirabegronem u 24 (43 %) pacientů a jen 2 (4 %) pacienti jako důvod ukončení léčby udali nežádoucí účinky léku. Z nežádoucích účinků byla uvedena tachykardie, podráždění očí, bolesti břicha a vaskulitida. Nebyly přítomny příznaky sucha v ústech, obtíže a poruchy vidění, které jsou časté při léčbě anticholinergiky. Předchozí léčba OAB před nasazením mirabegronu také neovlivnila perzistenci na léčbě.

Z výsledků hodnocení efektu léčby na škále TS-VAS je zřejmé, že pacienti byli s výsledkem léčby spokojeni, značný pokles stupně obtíží prokázalo i šetření pomocí dotazníku PPBC. V průběhu studie s mirabegronem tak nastal statisticky významný přesun pacientů do skupin s menší závažností problému a následně zlepšením kvality života. Na základě těchto výsledků léčby a malého výskytu nežádoucích účinků lze vysvětlit vysokou (73 %) perzistenci na léčbě OAB mirabegronem.

Akceptace výsledků studie MIRACL

O významnosti a dosahu výsledků MIRACL svědčí v neposlední řadě i to, jak významné vědecké fórum je akceptuje. Vědecké radě světového kongresu International Urogynecological Association (IUGA) 2015 předložil autorský kolektiv dvě abstrakta ze studie MIRACL – „Persistence in the Treatment of OAB with Mirabegron in a Multicentre Clinical Study“ a „Impact of the BMI on Treatment Efficacy of Mirabegron for OAB in Female“. Obě abstrakta ze studie MIRACL byla vědeckou radou IUGA akceptována a autoři je prezentovali na letošní konferenci v Nice.

Literatura:

- Martan A, Mašata J, Švábík K et al. Perzistence na léčbě hyperaktivního močového měchýře (OAB) Mirabegronem v multicentrické klinické studii. *Čes. Gynecol.*, 2015, 80, č. 4, s. 244–248.
- Basra RK, Wagg A, Chapple C et al. A review of adherence to drug therapy in patients with overactive bladder. *BJU Int.*, 2008, 102, p. 774–779.

Nové IVF testy zvyšují šanci na oplodnění

Neúspěšnost umělého oplodnění může být podle odborníků způsobena špatným načasováním přenosu embryí. IVF testy, zaměřené na techniku zavádění embryí v ideálním čase pro přenos, by mohly tuto situaci zlepšit.

„O tématu se na konferencích intenzivně hovoří více než dva roky. Sám jsem si ověřil, že u některých pacientek může vést posunutí termínu přenosu embryí ke křivenímu těhotenství,“ říká primář klinického centra ISCARE Jaroslav Hulvert.

Vědci předpokládají, že určitá část neúspěšných IVF cyklů může souviset se špatným načasováním přenosu embryí. Většina žen má v rámci cyklu několikadenní období, kdy děložní sliznice vysílá zásadní chemické signály vhodné k úspěšnému přenosu embrya. Ideální období pro úspěšný přenos nastává u každé ženy v jinou dobu. Nové testy posuzují aktivity genů v děložní sliznici s cílem zpřesnit optimální čas pro přenos embryí.

Novou techniku vyzkoušeli již odborníci ze Španělska, nyní probíhá klinické testování. Pilotní studie dopadla slibně, výsledky ukázaly nárůst úspěšných pokusů o umělé oplodnění. Profesor porodnictví a gynekologie na univerzitě v Southamptonu Nick Macklon odhaduje, že otázky spojené s děložní sliznicí vysvětlí zhruba dvě třetiny případů neúspěšných IVF cyk-

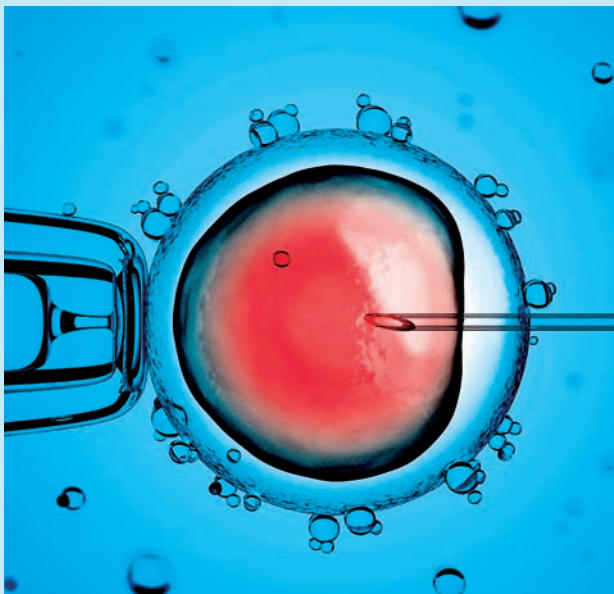
lů. Zbývá neúspěšné přenosy jsou podle něj způsobeny abnormalitami embrya.

Problémem nové metody je invazivní povaha vyšetření. Základem navíc doposud nedovoluje v tomtéž cyklu, kdy bylo provedeno vyšetření, přenést do dělohy také embrya. To znamená, že v jednom cyklu lékař

provede vyšetření sliznice a dozví se optimální čas pro přenos embrya. Přenést ho však může až v dalším cyklu, kdy může být všechno jinak. Testy se provádí biopsií děložní sliznice. Vědci však usilují o vyvinutí méně invazivního testu odebrání vzorků.

(Zdroj: Iscare)

(red)



Ilustrační foto: Shutterstock

Fyzická inaktivita zabíjí více než obezita

I mírná fyzická aktivita významně snižuje nezávisle na přítomnosti nadváhy/obezity mortalitu. Tyto výsledky přinesla velká evropská studie European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC).

Studie hodnotila, zda celková a abdominální obezita ovlivňuje souvislost mezi celkovou mortalitou a fyzickou inaktivitou. Jednalo se o prospektivní kohortovou studii, která zahrnovala 334 161 evropských mužů a žen. Průměrná délka sledování byla 12,4 roku, což znamená 4 154 915 pacientoroků.

Výška, tělesná hmotnost a obvod pasu účastníků byly měřeny v ordinaci lékaře. Fyzická aktivita byla hodnocena podle validovaného nástroje vyplňovaného samotným pacientem. K určení vztahu mezi fyzickou inaktivitou, body mass indexem (BMI), obvodem pasu a mortalitou byl použit Coxův model proporce rizik s úpravou na pohlaví, vzdělání, kouření a konzumaci alkoholu.

Největší pokles rizika mortality byl pozorován mezi dvěma skupinami s nejnižší fyzickou aktivitou. Celková mortalita osob s mírnou fyzickou aktivitou byla o 16–30 % nižší než u zcela fyzicky neaktivních jedinců, a to nezávisle na BMI a ob-



Ilustrační foto: Shutterstock

vodu pasu. Absence obezity (BMI < 30 kg/m²) snížila celkovou mortalitu o 3,66 %. Nadměrný obvod pasu měl na mortalitu podobný vliv jako fyzická inaktivita. Výsledky naznačují, že zvýšené riziko mortality dané nadbytkem tukové tkáně lze bez ohledu na dosažený pokles tělesné hmotnosti snížit fyzickou aktivitou. Obězním pacientům je proto třeba doporučovat jakoukoli, i mírnou fyzickou aktivitu.

(Zdroj: Am J Clin Nutr, Meditorial)

(red)

ANDROLOGIE

Potíže v sexu mohou být i „od srdce“

„Čtvrtina mužů s poruchou erektilní funkce bez manifestního kardiovaskulárního onemocnění je ohrožena vznikem cévní příhody přibližně do deseti let od prvních projevů erektilní dysfunkce,“ varuje androlog **MUDr. Libor Zámečník, Ph.D.**, z Urologické kliniky 1. LF UK a VFN.

Jste předsedou andrologické sekce České urologické společnosti. Čím se andrologie vymezuje oproti souvisejícím oborům?

Andrologie je obor, který se z urologie vyvíjí. Urologie zahrnuje diagnostiku a terapii funkčních poruch a organických onemocnění mužského genitálu. V této souvislosti je pak potřeba rozšířit pole v rámci andrologie – patří tam totiž speciální andrologická farmakologie a farmakoterapie, odlišné diagnostické a operační metody, jež provádějí jen lékaři, kteří se této problematice více věnují. Samozřejmě se neobejdeme bez spolupráce s biochemií, sexuologií, psychologií, endokrinologií, genetikou, a protože se obvykle jedná o problém celého páru, tak i gynekologií a reprodukční medicínou. Narůstající objem teoretického základu a praktické činnosti v andrologii však již nelze postihnout „en bloc“ spolu s dnes velmi obsáhlou urologií. Oproti trochu „technologizované“ urologii je nutné věnovat větší pozornost psychologickým problémům a komunikaci s pacientem. Důraz je kladen na kvalitu života s ohledem na budoucnost jedince či jeho partnerských vztahů a na riziko přenosu problémů (mužské infertilitu) na další generaci. Myslím si proto, že by andrologie měla naopak všechny spolupracující obory zaštitovat.

Andro- označuje vztah k mužskému pohlaví. Má andrologie nějakou paralelu pro ženy, nebo my si vystačíme s urogynekologií?

Definice andrologie jako odvětví vědy a medicíny zabývající se mužskými (samčími) reprodukčními orgány u člověka i u zvířat a jejich onemocněními není pro současnou andrologii již zcela vyhovující, vznikla totiž před řadou let. A tak budeme-li odvozovat náplň andrologie od názvu, měla by se zabývat zdravotním stavem muže. Proto se jakoby nabízí ta analogie s gynekologií nebo urogynekologií, tedy s péčí zejména o pohlavní orgány a jejich funkce. Tato analogie ale není dobrá. Gyne-

kologie se kromě péče o pohlavní orgány ženy zabývá i porodnictvím, prenatalní péčí o plod a měla by se zabývat i péčí o sexuální funkce ženy. Tak širokému záběru se v andrologii teprve učíme.

Na druhou stranu se poslední roky andrologie zabývá i sexuálními funkcemi ženy ve spojitosti s cévním zásobením a inervací ženského genitálu, aktivitou svalstva dna pánevního, hormonálním stavem a neuroendokrinními funkcemi ženy i muže. Snaží se hledat navazující spojitosti mezi organickými a psychicko-emocionálními faktory u obou pohlaví, u páru. Tím doplňuje v pozitivním smyslu chybějící úhel pohledu na péči o ženy ze strany gynekologie a sexuologie. Umožňuje i srovnání ženských a mužských sexuálních funkcí vycházejících z hlediska embryologického. Sexuální aktivita a fertilita je párovou záležitostí, proto se zájem andrologie orientuje na problémy u mužů i u žen v kontextu jejich celkového zdravotního stavu. Sexuální dysfunkce u žen byla tématem evropských a světových andrologických konferencí. Ty přinášejí zejména urologické, psychologické a endokrinologické pohledy na problém, a mění tak některá stávající hlediska sexuologická a gynekologická.

Máte mezi sebou i ženy-androložky?

Ano, přibývá kolegyně – aktivně pracujících androložek –, mnohdy dokonce velmi mladých a atraktivních. I z tohoto úhlu pohledu je tento obor, s jistou mírou nadsázky, velmi přitažlivý.

Která jsou základní andrologická vyšetření v ordinaci urologa?

Vyšetření by mělo navazovat na běžné urologické vyšetření, tedy odběr anamnestických údajů, vyšetření fyzikální, včetně prostaty, základní ultrazvukové vyšetření urotraktu. Specifické jsou potom dotazy na některé údaje přímo vázané na andrologický problém, speciální krevní vyšetření (včetně hormonálních hladin) a některá další, napří-

klad ultrazvuková (včetně průtoku krve tepnami penisu). Rozhodně je třeba pacienta zpočátku uklidnit, že nebude podstupovat bolestivá vyšetření, a není se tedy čeho obávat.

Jednou z nejčastějších sexuálních poruch u mužů je erektilní dysfunkce. Stává se, že k vám dorazí pacient už předem vyděšený z „first time“?

Obvykle se s těmito pacienty setkáváme až „po“, tedy v době, kdy již zažili nepříjemný zážitek selhání při pokusu o pohlavní styk, nebo po delší době, kdy se sami snažili tuto situaci zlepšit. Mnohdy za cenu užívání potravních doplňků a zbytečného stresu.

Je předčasná ejakulace problémem jen kluků věku Miloše Hrmý? A opustí je sama s nabytými zkušenostmi?

Celou řadu let panoval tento zkrácený názor, který byl v poslední době vyvrácen několika velkými klinickými studiemi. Ukazuje se, že čtvrtina, nebo dokonce třetina všech mužů (napříč věkovým spektrem) má předčasnou ejakulaci. A nehlédě na vyšší věk se může jednat i o „celoživotní“ záležitost. To je stav, který se opakuje při každém styku či masturbaci od samého začátku pohlavního života. A tento stav obvykle sám nevymizí, ani když muž získá v sexu nějaké ty „ostruhy“.

Pro které pacienty s předčasnou ejakulací je indikovaná farmakoterapie? Jsou v ní nějaké nové možnosti?

Taková léčba je vhodná v podstatě pro všechny typy předčasně ejakulace. Tedy psychogenně podmíněné – té, která je běžná při zahájení pohlavního života u mladých mužů, u celoživotní i u získané předčasně ejakulace. Tam však využíváme situace, kdy můžeme například léčbou infekce močopohlavních cest, léčbou poruch erekce, nebo dokonce chirurgickou úpravou předkožky dojít do stavu, kdy se doba do ejakulace prodlouží do normálních mezí. Nová specifická tabletová léčba, dapoxetin, využívá výhodné farmakokinetiky a dovoluje používat prepa-

rát jen podle potřeby a s určitým předstihem před plánovanou sexuální aktivitou.

Podle obecného povědomí na druhém konci dospělosti na muže číhá erektilní dysfunkce (ED). Je ED symptom, nebo diagnostický závěr?

Zcela zásadně musíme konstatovat, že porucha erekce není jen onemocněním, které by mělo být zapsáno mezi mnoha jinými na konci lékařské zprávy... Jedná se o symptom, a to mnohdy velmi závažného onemocnění, o kterém muž zatím třeba ani neví. Takže pokud se muž s poruchou erekce svěří, pátráme po diabetu, vysokém tlaku nebo projevech ischemické choroby srdeční. Někdy může být, zvláště u mladých mužů, třeba i prvním projevem neurologického onemocnění. Někdy s nadsázkou říkáme, že jak silná je naše erekce, tak zdravé je naše srdce. A nutno ještě dodat, že poruchy erekce postihují muže napříč věkovým spektrem.

Jaký je vztah endoteliální a erektilní dysfunkce?

Pokud bychom to chtěli shrnout velmi krátce, pak můžeme říci, že erektilní dysfunkce je následkem endoteliální dysfunkce nebo také že erektilní dysfunkce je známkou endoteliální dysfunkce. Ereke je závislá na různých látkách, především na oxidu dusnatém. A tak i počínající porucha funkce endotelu se v tepnách penisu projevuje výraznějším nedostatkem oxidu dusnatého a časnou poruchou vzniku tumescence/erekce. Dalším důvodem může být uzávěr tenkých tepen penisu již vznikající aterosklerózou na podkladě porušeného endotelu. Zásadní význam má fakt, že čtvrtina mužů s poruchou erektilní funkce bez manifestního kardiovaskulárního onemocnění je ohrožena vznikem cévní příhody přibližně do 10 let od prvních projevů erektilní dysfunkce.

Jsou i zde nějaké nové možnosti medikamentózní léčby?

Již déle než 15 let je na trhu sildenafilafil, pak se objevila jiná va-



Foto: archiv

rianta léku – s odlišnou délkou účinku, tadalafil. Do „rodiny“ léků na podporu erekce, které se ale někdy používají i k dlouhodobé léčbě při rehabilitaci penisu, loni přibyl preparát s odlišnými farmakologickými parametry, avanafil. Mohou ho využít muži, kterým záleží na rychlosti, s jakou lze tento typ léků před stykem využít (již po 15 minutách), ale klinické studie dokazují dobrou účinnost například i u diabetiků a mužů po radikální prostatektomii. Nicméně s určitou nadsázkou říkám, že každý lék si najde svého muže a každý muž si musí najít lék z této skupiny, který mu nejvíce vyhovuje, respektive vyhovuje sexuálnímu apetitu a zvyklostem celého páru.

Chtěl po vás už nějaký pacient dobrozdání, že je opravdu, ale opravdu „nemohoucí“? Naráží na případ „s Eržikou z protějšího baráku“, který jste dával k lepšímu... Jak to s nimi vůbec dopadlo?

To narážíte na téma z mého blogu, kdy jsem popsal stav, jak chtěl pacient potvrzení, že má málo testosteronu a že vlastně není schopen svou manželku uspokojit... Muž byl v naší péči přechodně, předpokládám, že stanovená léčba zabrala natolik, že už nás nepotřeboval. To, že na léčbu rezignoval, to si raději ani nechci připouštět. Byla to vlastně výjimka, téměř všichni muži spíše přicházejí do ordinací proto, aby byli schopni svou manželku či přítelkyni (přítelkyně) uspokojit a do partnerského vztahu vnesli klid a navrátili do něj pohodu. Konečně a proto jsem blog začal psát, abych aspoň některým z nich pomohl. A pokud se u toho ještě někdo pousměje, tím lépe.

Nová metoda léčby defektů hrudní stěny zlepšuje přežití

Na mezinárodní konferenci o regenerativní medicíně CRYO 2015, která se uskutečnila 26.–29. července v Ostravě, představil MUDr. Martin Kaláb z Kardiochirurgické kliniky LF UP a FN Olomouc výsledky nového operačního postupu léčby rozsáhlých defektů hrudní stěny vzniklých jako závažná komplikace po operaci srdce.

Princip metody spočívá v náhradě zdevastované původní prsní kosti a přilehlých žebér zamrazeným kostním štěpem, připraveným z decelularizované hrudní kosti dárců. Tato ojedinělá léčba je umožněna díky specializacím z Národního centra tkání a buněk

v Brně, kteří připravují specifické kostní transplantáty, ale i další tkáňové transplantáty přímo dle potřeb konkrétního pacienta. Do zavedení metody náhrady hrudní kosti alogenním štěpem z tkáňové banky byla úmrtnost takto postižených pacientů až

60 %. Výsledky nové léčebné metody přináší slibnou změnu. Ve sledovaném souboru pacientů došlo v 60 % případů ke kompletnímu zhojení rány s vynikajícím kosmetickým i funkčním výsledkem, malé korekce ve smyslu dohojení malé části měkkých tkání

rány byly třeba v dalších 30 % případech. Nicméně ve všech případech došlo ke zhojení hrudníku bez známek dechové nedostatečnosti, která bývá nejčastější příčinou úmrtí v těchto případech. Osud nemocných a jejich šance na přežití tohoto závažného stavu



Ilustrační foto: Shutterstock

se díky mezioborové spolupráci zlepšil natolik, že pacienti nejen přežívají, ale jsou schopni vrátit se k běžným aktivitám.

(Zdroj: natic.cz)

(red)

Pečovatelů o seniory dramaticky ubývá

V Česku žije kolem 3 milionů seniorů a jejich počet stoupá. Podle statistik patří Česká republika v rámci Evropské unie mezi země s nejrychleji stárnoucí populací. Nejdramatičtější nárůst populace v příštích 50 letech očekávají odborníci u skupiny lidí starších 85 let. Právě ti zpravidla potřebují pomoc okolí. Kvalifikovaný personál ale v Česku chybí a podle odborníků bude huř.

O seniory nebo handicapované se v Česku stará kolem 4 tisíc pečovatelek, což ale k pokrytí poptávky zdaleka nestačí. Navíc velké počty sester, asistentů a zejména pečovatelek odcházejí z Česka za prací do zahraničí. „Pracovníci v sociálních službách jsou v Česku placeni podprůměrně. Podle dostupných údajů se průměrná mzda na pozici pečovatelky pohybuje kolem 15 800 korun. V zahraničí si vydělají v přepočtu mezi 30 a 50 tisíci měsíčně. Navíc poptávka po ošetřovatelkách je v západní části Evropy obrovská. Například jen v Německu chybí kolem 30 tisíc pečovatelek,“ uvedla ředitelka domova pro seniory Centrum Na Verandě Beroun Hana Červenková.

Stačí certifikát

K práci pečovatelky není třeba žádné speciální vzdělání, důležitý je certifikát. Podle zákona o sociálních službách musí mít pečovatelky do 18 měsíců od nástupu certifikát Pracovnice v sociálních službách. „Kurzy nebývají lehké, končí testem a pečovatelky musejí absolvovat praxi v některém ze zařízení. Získat lze také takzvaný Evropský certifikát v sociální péči, který je respektován napříč Evropou. Uchazeči nemusí mít předchozí zkušenosti v sociálních službách, nemusí dosáhnout nějaké předchozí kvalifikace, stačí dosažení plnoletosti a základního vzdělání. V České republice se cena kurzu pohybuje kolem 6 tisíc korun, což je v porovnání s jinými

mi evropskými zeměmi výhodné. Řada pečovatelek si tak certifikát v Česku dělá už se záměrem odejít pracovat do zahraničí,“ zdůraznila Hana Červenková.

Nevyhovující financování

Dva ze tří ošetřovatelů se však ze zahraničí po čase vrátí. Problémy mají zejména se zvlád-

nutím jazyka a přizpůsobením se zahraničním podmínkám. „Návraty pečovatelů ale situaci v péči o seniory nepomáhají. Po návratu do Česka se většina pečovatelů zejména z finančních důvodů, fyzické a psychické náročnosti tohoto povolání rozhodne věnovat jiné profesi. V příštích letech hrozí České republice reálné situace, že se o seniory

nebude mít kdo postarat,“ varovala Hana Červenková.

Dalším problémem je nesystematické financování sociální péče. Zejména provoz zařízení a služeb pro seniory a handicapované je dlouhodobě podfinancovaný. „Navzdory tomu, že ministerstvo práce a sociálních věcí začátkem července přislíbilo dotaci ve výši 720 milionů korun, problémy se tím nevyřeší. Ty mají převážně soukromá zařízení, která jsou navzdory tomu, že úhrady za pobyt stanovuje zákon, v souvislosti s dotacemi opomíjena,“ upozornila Hana Červenková.

(Zdroj: domovnaverande.cz)

(red)

Kmenové buňky pro léčbu dětské mrtvice

Společnost Cord Blood Registry (CBR) oznámila zahájení kontrolované klinické studie k posouzení možnosti využití autologních kmenových buněk z pupečnickové krve k léčbě dětí s diagnózou prenatální nebo perinatální dětské mrtvice.

Jak uvádí organizace American Stroke Association, dětská mrtvice je v USA jednou z hlavních příčin úmrtí u dětí ve věku od 1. do 19. roku. Vyskytuje se v jednom případě z 3500 narozených dětí. Riziko cévní mozkové příhody u dětí je nejvyšší v prvním roce života s vrcholy během perinatálního období, několik týdnů před a ihned po narození. Přibližně 60 % dětí, které mrtvici překonají, má trvalé neurologické následky, nejčastěji mozkovou obrnu a hemiparézu nebo hemiplegii.

O připravované studii

Studie bude probíhat ve Florida Hospital v Orlandu a ve fázi I bu-

de zkoumán přínos aplikace autologních kmenových buněk při léčbě dětské mozkové mrtvice. Cílem je nashromáždit dostatek poznatků k zahájení fáze II, která bude posuzovat bezpečnost použití kmenových buněk a míru účinnosti na zmírnění příznaků dětské mrtvice.

Do studie bude zahrnuto 10 dětí ve věku od 6 týdnů do 6 let, které prodělaly mrtvici v děloze nebo ihned po narození a které mají uloženou vlastní pupečnickovou krev v bance CBR. Dětské pacienty nejprve projdou komplexním neurologickým vyšetřením včetně zobrazovacích metod, zhodnocení epilepsie, nervových impulzů

a problémů spojených s kontrolou močového měchýře. Tyto údaje poslouží pro zhodnocení účinnosti sledované léčby a vyhodnocení fáze I. Pacientům začleněným do studie bude podána jedna infuze autologních kmenových buněk získaných z vlastní pupečnickové krve. Kontrolní vyšetření a hodnocení je stanoveno na 6 a 12 měsíců od podání infuze. Vědci věří, že autologní kmenové buňky přispějí k nastartování regenerativního procesu a pomohou tak napravit škody, ke kterým u dětí došlo v průběhu mrtvice.

Předběžné výsledky budou známy do tří let.

(Zdroj: prnewswire.com)

(red)



Ilustrační foto: Shutterstock

AKTUALITY

Kardiochirurgové z IKEM drží světové prvenství

Lékaři z Kardiocentra Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) zahájili nový trend v operaci srdce – jako první na světě začali u pacientů se srdečním selháním zavádět Heartmate III malým řezem mezi žebry.

Rychlejší hojení, menší bolesti a méně komplikací – to je jen malý výčet toho, co nový přístup při implantaci dlouhodobé levostranné srdeční podpory HeartMate III přináší pacientům s diagnózou srdečního selhání. První operaci miniinvasivním přístupem (namísto přístupu skrz plně otevřený hrudník) provedli čeští kardiochirurgové ve spolupráci s německými odborníky v květnu tohoto roku. Pro sedmdesátiletou pacientku se stal HeartMate III po diagnóze velmi pokročilého selhání srdce jedinou nadějí na zlepšení kvality života. IKEM získá v rámci pokračování úspěšné studie bezplatně srdeční podporu pro minimálně dalších 5 nemocných.

Co je HeartMate III

Jedná se o nejnovější typ dlouhodobé srdeční podpory, který byl v Česku poprvé implantován v červenci 2014. Je určen primárně pro pacienty, kterým by jiné dostupné metody v rámci současných pravidel poskytování léčby v České republice už neměly co nabídnout. V rámci klinické studie zaměřené právě na destinační terapii, tedy permanentní léčbu (tito pacienti nejsou vzhledem k věku nebo dalším vážným onemocněním vhodnými kandidáty na transplantaci srdce) dostalo tuto levostrannou srdeční podporu už celkem 11 nemocných. „Novinka jim zajišťuje mnohem lepší zdravotní stav a kvalitu života a zvýšila i jejich dlouhodobé přežití. Unikátní je plně magnetické zavěšení turbíny čerpadla – tedy eliminace

ložisek, která částečně poškozují krevní elementy a zároveň jsou limitujícím faktorem trvanlivosti pump. Jako jediný přístroj svého druhu tento typ umožňuje vytváření umělé pulzní vlny, která má pro organismus pravděpodobně řadu výhod v případě použití čerpadla v trvání mnoha let,“ popisuje výhody novinky hlavní investigátor evropské studie a zástupce přednosti Kardiocentra IKEM doc. MUDr. Ivan Netuka, Ph.D.

Miniinvasivní přístup

Nový přístup, tedy využití miniinvasivního chirurgického přístupu, je světovou novinkou a zároveň ukázkou nejnovějších trendů. „Byli jsme vybráni jako jedno ze tří světových center, která dostala možnost navázat

na původní pilotní studii, v jejímž rámci jsme implantovali HeartMate III vůbec největší skupině pacientů. Při výběru hrálo roli i to, že jsme měli zkušenost s méně invazivními přístupy u předchozí generace přístrojů. Pro pacienty je to velmi výhodné, a to proto, že je čerpadlo implantováno pouze z malých řezů o velikosti 6–8 centimetrů v mezižebří pod prsem a horní části hrudní kosti. Zmenšuje se tak celková invazivita výkonu, možnost krvácivých komplikací, délka hojení a rekonvalescence. Navíc tím, že zůstává uzavřený osrdečník, zachováváme fyziologický tvar a funkci pravé komory, která je zásadní pro dlouhodobý příznivý efekt terapie. Miniinvasivní přístup je bezpochyby budoucností léčby

mechanickou srdeční podporou, dalším krokem je pak zavádění zcela bez nutnosti mimotělního oběhu krve při implantaci,“ vysvětluje docent Netuka.

Šance pro více pacientů

Průměrný věk pacientů s HeartMate III je 69 let a většina (téměř 80 %) jsou muži. To je dáno i tím, že kardiovaskulární onemocnění a především selhání srdce je u mužů výrazně častější než u žen. Podobné je to i v případě implantací ve světě. Od dubna 2003, kdy lékaři IKEM implantovali v Česku první mechanickou srdeční podporu, se mnohé změnilo. Přístroje se zmenšily, technologie je mnohem dokonalejší, fungování efektivnější a především se díky nim výrazně snížil počet pacientů, kteří se na čekací listině nedočkají transplantace srdce. Nemocní se k zákroku dostávají v mnohem lepšímu stavu, což zvyšuje jejich šance na dlouhodobé přežití. (red)

KOMERČNÍ PREZENTACE

Nový koncept analyzátorů pomáhá lékařům

Účinným nástrojem pro diferenciální diagnostiku onemocnění je nejen pro praktické lékaře i soubor laboratorních vyšetření. Ne všichni ale mají okamžitě k dispozici dostatečně kvalitní a specializovaná vyšetření. V takových případech odesílají vzorky do vzdálených laboratorních center a na výsledky spolu se svými pacienty musejí čekat.

Společnost Sysmex vyvinula špičkové hematologické analyzátoři schopné odhalit a kvantifikovat přítomnost mladých buněčných populací v periferní krvi a také buňky aktivované přítomností infekčního agens. Tyto důležité informace poskytují v rámci základních vyšetření krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu leukocytů (KO + DIFF). Odhalení přítomnosti mladých forem buněk v periferní krvi má vysokou prediktivní hodnotu klinického významu. Dříve byly tyto informace přístupné pouze u výkonných analyzátorů, tedy ve velkých laboratořích. Společnost Sysmex ale zcela mění úhel pohledu a zavádí nadstavbové specializované parametry i do menších přístrojů. Vysoké kvalitní analýza krevního obrazu, diferenciální rozpočet leukocytů, automatizované stanovení počtu retikulocytů a analýza tělních tekutin tak mohou být snadno přístupné i pro pacienty praktiků v malých zdravotnických zařízeních mimo velká diagnostická centra.

Přizpůsobení potřebám lékařů

Základním konceptem nových hematologických analyzátorů řady XN je možnost přizpůsobit výkon i rozsah vyšetření potřebám lékařů, kteří využívají služeb konkrétní laboratoře. Kromě základních vyšetření KO + DIFF může být rozsah analýzy kdykoli rozšířen pomocí speciálních aplikací o vyšetření retikulocytů a tělních tekutin (likvor, ascites, pleurální a peritoneální tekutiny, dialyzát aj.). Řada nejmenších hematologických analyzátorů **Sysmex XN-L (Lite)** používá stejnou technologii jako špičková řada nejvýkonnějších přístrojů Sysmex XN. Reagenzie i kontrolní materiál je stejný jak pro řadu Sysmex XN, tak pro řadu XN-L. Předností řady XN-L je ve srovnání s ostatními malými přístroji této kategorie nejenom nízký objem aspirovaného vzorku, ale především kvalita a volitelný rozsah analýzy. Díky technologii průtokové fluorescenční cytometrie se značením nukleových kyselin přístroj citlivě zachytává a kvantifikuje **nezralé granulocyty** vyplavované z kost-

ní dřeně při závažných infekcích, septických stavech a hematologických onemocněních. Vysoká senzitivita zachytu abnormalit v diferenciálním rozpočtu leukocytů upozorní už na počátek onemocnění a indikuje další specializovaná vyšetření. Stanovení diagnózy a zahájení účinné léčby se tak mohou významně urychlit. Bylo prokázáno, že pouze stanovení počtu leukocytů v krevním obraze nemusí spolehlivě odhalit počínající leukemii ani závažnou infekci.

Aktuální informace

Diagnostika a léčba anemií se neobejde bez stanovení počtu **retikulocytů**, které informují o produkci červených krvinek v kostní dřeni. Nové analyzátoři XN-L nabízejí ve volitelném analytickém modulu pro retikulocyty i stanovení obsahu hemoglobinu v mladých buňkách červené řady. Tato informace vypovídá o kvalitě produkce červených krvinek v kostní dřeni. Při diagnostice a monitoringu léčby anemie jsou tradičně sledovány parametry středního objemu červené krvinky (MCV), hemoglobinu (Hb) a barevné koncentrace (MCH)

– ty však kvůli dlouhodobému přežívání erytrocytů v krevním oběhu (110–120 dní) nesou informaci měsíce starou. Aktuální informace o krvetvorbě můžeme najít v parametrech mladých buněk – retikulocytech, které dozrávají v erytrocyty v periferní krvi během 3–7 dní. Obsah hemoglobinu v retikulocytech tedy odpovídá aktuálnímu stavu kvality krvetvorby a tedy i úspěšnosti léčby anemie. Již během prvního týdne terapie tak může lékař zjistit, je-li zvolená léčba efektivní namísto kontroly tradičních parametrů červených krvinek po několika týdnech. Rychlá a spolehlivá automatická **analýza likvoru a jiných tělních tekutin** nemusí být prováděna jen mikroskopicky nebo na výkonných analyzátořích, malé analyzátoři Sysmex XN-L ji rovněž umožňují. Stanovují nejenom počty červených a bílých krvinek, ale kvantifikují i morfologické rozdílné populace leukocytů na polymorfonukleáry a mononukleáry a celkový počet elementů. Indicie pro rozlišení bakteriální a virové infekce v likvoru jsou tak dostupné do několika minut.

Špičková technologie a kvalita

Laboratoře u těchto malých analyzátorů určitě ocení spolehlivé stanovení diferenciálního rozpočtu leukocytů – především absolutního počtu neutrofilních segmentů u vzorků s nízkými počty leukocytů, které bývají běžné u onkologických pacientů. Takové vzorky jsou v laboratoři často analyzovány manuálně, protože stávající malé analyzátoři mají s analýzou DIFF u vzorků s extrémně nízkým počtem leukocytů obvykle problém. Speciální analytický mód pro nízké počty leukocytů v XN-L tento problém řeší. Lékař ani pacient pak nemusí čekat na výsledek mikroskopického hodnocení, aby mohlo být rozhodnuto o dalším léčebném postupu. Nová řada hematologických analyzátorů XN-L společnosti Sysmex je rozsahem analýzy a komfortem obsluhy plnohodnotným partnerem nejvyšší řady analyzátorů, a může tak poskytovat kvalitní zálohu hlavním analyzátořím velkých laboratoří. Malým laboratořím zpřístupňuje špičkovou technologii, poskytuje možnost zvýšení kvality analýzy a rozšíření nabídky vyšetření. Lékařům mimo velká diagnostická centra přináší stejnou kvalitu a rozsah hematologických vyšetření jako velká laboratoř. **RNDr. Jana Šmídová, Sysmex CZ**



Prvňáčci se díky kurzům Zentivy učí poskytovat první pomoc. Jde jim to lépe než dospělým, chválí je odborníci

Zástava srdce, zlomená noha nebo třeba kamarád opařený čajem – to vše jsou situace, se kterými si umí poradit už i prvňáčci. Mnozí hlavně díky kurzům, které pro ně připravila společnost Zentiva. Projekt, který má za cíl navrátit do škol výuku první pomoci, odborníci velice přivítali. A zájem škol o tuto bezplatnou výuku roste. Letos se jí zúčastní další tisíce prvňáčků.

I tento školní rok bude tým odborníků vyjíždět do základních škol a zábavným způsobem seznamovat děti z prvních tříd s hlavními zásadami poskytování první pomoci. „Zjistili jsme, že v této oblasti existuje prostor pro plošné vzdělávání žáků základních škol. Proto Zentiva připravila kurz pro první třídy základních škol,“ říká ředitel komunikace Zentivy Libor Kytýr. Letošní ročník je v pořadí druhý. „První proběhl v loňském školním roce a vzbudil veliký ohlas ze stran odborníků i laické veřejnosti,“ upřesňuje Libor Kytýr.

Kurzů první pomoci se loni zúčastnilo přes 7000 prvňáčků a byli nadšení. Zkušeně resuscitovali plyšového medvěda i blikající figurínu. Spokojení byli i jejich učitelé. „Kurz byl zážitkem i pro mě – vtipný, poučný a užitečný. V osnovách sice výuku první po-

moci máme, ale nejsem lékař a velmi jsem uvítala, že děti mohly dostat informace přímo z první ruky,“ komentovala učitelka Iva Beznosková.

Děti vědí mnohdy více než dospělí

Odborné vedení kurzů si vzali na starosti profesionálové ze Zdravotnické záchranné služby (ZZS). I letos tak budou jezdit za dětmi přímo do tříd a během jedné vyučovací hodiny jim vysvětlovat, jak se chovat v kritických situacích. „Z praxe víme, že je lepší s výukou první pomoci začít co nejdříve. Děti jsou zvědavé a dobře si nové informace pamatují,“ vysvětluje Marek Hylebrant, jeden z profesionálních záchranářů ZZS, který se školení prvňáčků věnuje. „Děti pak často zvládají poskytování první pomoci lépe než jejich rodiče,“

dodává s tím, že nemusejí samy hned provádět resuscitaci. Stačí, když jen někomu z dospělých poradí, jak ji správně udělat. Nebo zvládnou komunikovat s operátorem na tísňové lince.

Hylebrant naráží zejména na skutečnost, že pravidla první pomoci se za posledních deset let výrazně změnila, takže dospělí, kteří se sami učili resuscitovat ještě na základní škole, by postupovali chybně. „Mnozí by se také báli, že pacientovi více ublíží, než pomohou,“ zmiňuje Libor Kytýr a připomíná výsledky průzkumu, který letos Zentiva provedla. „Zjišťovali jsme, jak dospělí ovládají základy první pomoci, a výsledky byly alarmující,“ říká. Většina dospělých přiznala, že má v této oblasti slabé nebo žádné znalosti. Třetina Čechů si navíc myslí, že by se o záchranu člověka ani nepokusila.

„Lidé by s pomocí neměli váhat. Pokud na zraněného sáhnou, dávají mu tím šanci. Lidský mozek vydrží bez kyslíku jen 3–5 minut. Sanitka stihne přijet třeba za deset. Na tom vidíte, jak je důležité, aby co nejvíce lidí v naší společnosti umělo rychlou pomoc poskytnout. Včetně dětí.“ Marek Hylebrant, záchranář

ODBORNÉ AKCE

Diety v době tlačítkové

„V médiích je celé spektrum komerčních diet. Svědčí pouze těm, kteří je vymysleli, implikovali a komerčně je rozšiřují,“ zahájila přednášku o „dietářství“ internistka a psychoterapeutka MUDr. Kateřina Cajthamlová. Její příspěvek, z něhož jsme vybrali alespoň části, zazněl na letošním sexuologickém sympatiu.

Cílovou skupinou komerčně šířených diet jsou především ženy různých věkových skupin, ale nejen jich se týká výrazně zesložitění psychické existence a zjednodušení existence fyzické, jež prožívá už několikátá generace. „Topíme a máme klimatizaci a teplou vodu, nemusíme se otužovat, naše kůže ani dýchací cesty nepotřebují diferencovat roční období. Máme lednice k uschování tučné stravy i v letních vedrech, automobil a mobil – nemusíme se hnout ani zvednout. Jsme doba tlačítková,“ lehce si zaironizovala doktorka Cajthamlová a dodala, že oblíbený *fast food* dokonce nemusíme ani pořádně trávit, protože maso v něm je rozemleté a tuk trávíme velmi snadno.

Leccos se prostě nehodí

„Výrobci diet“ zpravidla neznají či ignorují faktory, které s pohybem hmotnosti u žen úzce souvisejí. Například menstruační cyklus působí i změny zastoupení vody v těle ženy; v rámci cyklu a během něj dochází i ke změně potřeb složení potravy, od ovulace směrem k menstruaci se zvyšuje potřeba zejména sacharidů. Progesteron má totiž termogenní efekt, jeho působením se zvyšuje i bazální teplota od ovulace k menstruaci – a tyto zvýšené nároky nejlépe pokryjí právě sacharidy. Změny postavy a psychiky vlivem mateřství a podle věku ženy jsou zcela normální psychofyziologické jevy, ale v současnosti se rovněž „jaksi nehodí“. Handicapem je pro ženy i pokles výkonnosti a změny psychiky v klimakteriu, jímž ženy nyní procházejí 15–20 let před důchodovým věkem, a také jejich specifické reakce na stres. Lidské tělo má značnou schopnost samoregulace, včetně hmotnosti, pocitů únavy i výběru potravy podle zátěže organismu, pokud ovšem tato jeho schopnost není porušena nedostatkem kontaktu nás samotných se sebou. Velmi často člověk, který se zbaví psychogenního stresu, více odpočívá a má víc času na jídlo i pohyb, získá svoji ideální hmotnost a postavu v podstatě bez většího úsilí. Ny-

ní tak běžný rozpad rodin a virtualizace života přináší spoustu nových problémů a budování vztahu zejména k sobě je v této atmosféře zrychlování životního tempa pro ženu i muže velmi těžké. Se vztahem k sobě úzce souvisí i pohled na sebe a svoji postavu v zrcadle. Nejen ženy s poruchou příjmu potravy se v něm vidí zkresleně a nejen na ně působí obecně šířené bludy. Jeden z bludů zdravé výživy dospělých žen se nazývá DDD, čili doporučená denní dávka (8000 kJ). Stanovena je pro asi 30letou ženu, která měří asi 170 cm, váží asi 70 kg, vykonává průměrné fyzické aktivity, má průměrný stres, přijímá průměrnou potravu a má průměrný počet dětí. „Těch ‚asi‘ a ‚průměrů‘ je tolik, že se v nich ztrácí realita a někdy i potřeby fungování bazálního metabolismu konkrétních strávníků DDD. Přitom právě počítání joulů či kalorií je nejčastějším návodem na hubnutí,“ upozornila lékařka. Teoreticky stanovené přehledy udávají, že by žena ideálně měla jíst tak, aby přijímala cca 15 % energie z bílkovin, 51–55 % (podle psychických aktivit) ze sacharidů a zbytek ze živočišných tuků. Vlákna by mělo být přijímáno denně 20–30 g. Fakticky se ale správné tabulky živin musejí odvíjet od pohlaví, věku, výšky, váhy, genetické zátěže, aktuálního psychického i fyzického vytížení a metabolických dějů včetně nároků bazálního metabolismu konkrétního jedince. Právě bazální metabolismus související se stavbou těla má největší podíl na potřebě energie, činí 55–75 % celkového energetického výdeje.

Teorie stejných žaludků

Některé komerční diety doporučují shazovat kilogramy konzumací jen polovin porcí jídla. Fakticky tím dostává člověk i jen polovinu živin, které skutečně potřebuje. „Pokud prý byla žena hodná a jedla dopoledne málo, může si dát odpoledne dortík, čímž výrazně stoupne hladina monosacharidů, disacharidů a tuků, zejména živočišných, klesá naopak množství vlákniny. Ženy, muži, senioři,

teenageři, všichni mají jíst úplně stejně? Je zajímavé, že v době individualizace přístupu k lidem ve věci diet panuje teorie stejných žaludků,“ pozastavuje se nad logikou komerčních diet MUDr. Cajthamlová. Jak dodává, tyto návody nedbají ani na rozdíly zdravotního stavu, takže diabetik velmi často drží redukční dietu nebo čistící hladovky podle internetového serveru či populární knihy napsané nějakou celebritou. Náměra jídel je doporučována různými nápoji, proteinovými směsmi a podobně a děje se tak bez respektu k individualitě, k činnostem, aktuálnímu hormonálnímu i zdravotnímu stavu. Typická jsou i doporučení velmi nízkého příjmu energie, ačkoli dietologové už ustoupili od dřívě obligátních 5000 kJ. Módním trendem je „paleostrava“, dieta založená na konzumaci potravy „paleolitu“ s vyloučením zemědělských plodin a mléčných výrobků. „Paleostrava“ je z hlediska tělesné stability ženy nesmyslná dieta už tím, že doporučuje příliš velké množství masa. Paradoxní je i sám název diety odkazující na období paleolitu, protože ve starší době kamenné 80 % stravy zajišťovaly ženy sběrem, muži se vydávali na lov jen příležitostně a maso bylo spíše jen vítaným doplňkem jídelníčku. Prakticky šlo pravděpodobně o jakousi semivegetariánskou stravu s konzumací ryb, vajec, ptáků, hmyzu, bezobratlých živočichů a řady dnes ke stravě neužívaných rostlin. Nesmyslná je i dieta bez příloh, zejména u žen může mít za následek snížení výkonnosti a vývoj depresivní poruchy vlivem nedostatku polysacharidů ve stravě. Pokud ženy drží přísnou dietu, drží se jídelníčku bez ohledu na roční období a svou fázi cyklu a nejdí podle toho, jak potřebují, většinou začnou mít poslední týden před menses až obtěžující chutě na sladké, a jestliže jim nevyhoví, přibližně za 2–3 menstruační cykly se u nich zdůrazní, nebo dokonce vyvine premenstruační tenze. V souvislosti s premenstruační tenzí i depresivní MUDr. Cajthamlová podotkla, že serotonin bez pravidelné

dodávky sacharidů se v podstatě neregeneruje.

Abys nevypadala jako tvoje matka

Velkým problémem začíná být „dietářství“ u dospívajících dívek. Už ve věku 9–10 let dívky drží samostatně diety, opět podle různých serverů nebo pod vlivem kamarádek či mediálních osobností. Dívky mezi 13. a 16. rokem to často dělají už systematicky. Energetické nároky mezi 13. a 16. rokem u dívek a mezi 15. a 18. rokem u chlapců jsou vlivem exponenciálního růstu a dospívání vyšší než u dospělých lidí, tedy představa, že se v rodině bude jíst stejně, je nesprávná. Sportující chlapci i dívky v energeticky náročných sportech mají až 1,5x vyšší spotřebu energie, než je tomu u dospělých. Děti v tomto věku jsou i velmi emočně zranitelné a v okamžiku, kdy jim někdo ublíží, což bývá obvykle někdo z blízké rodiny, třeba poznamkou typu „hlavně abys nevypadala jako tvoje matka“ či podobně, začnou doslova „servovat“ hmotnost všemi možnými způsoby. To, co vídá pediatr, pokud k němu dítě ještě chodí, je retardace růstové křivky, dítě se začne přesouvat do jiné růstové kategorie. Pokud dožene svoji hmotnost později, kdy už je ukončen kostní růst, má pak trvale problémem s nadváhou. Mezi 20 a 30 lety věku bývá jedním z problémů neplodnost u žen v souvislosti s podvýživou za účelem hubnutí. V tomto věku se také vyskytuje řada lidí, kteří touží po tom, aby vypadali jinak, než určuje jejich geneticky daný somatotyp. „Řečeno velmi zjednodušeně: potomek dvou rotvajlerů by rád vypadal jako chrt, což není možné,“ přibližuje situaci internistka a psychoterapeutka. Specifická rizika diet jsou i ve středním věku, kdy nastupuje krize středního věku. Například v rozvodové situaci se ženy domnívají, že nejsou pro manžela atraktivní, a začnou chtít hubnout. Pro muže není nic jednoduššího než takovou „její vinu“ potvrdit, přestože důvody mohou být na jeho straně. Novou záležitostí je rozšiřující se výskyt histaminové



Foto: archiv

intolerance. Zde je typická trias: starší žena, většinou klimakterická a trpící hypotyreózou, konzumuje potraviny, které jsou za normálních okolností součástí zdravé výživy (chřest, různé druhy ovoce, špenát, mléčné výrobky, tuňákové konzervy...) a objeví se histaminová intolerance, k níž má vrozenou dispozici. Relativně hodně pacientek, které se snaží snížit váhu, je ve věku 60+. I tyto ženy chtějí rychle zhubnout a neuvědomují si, že už to jde mnohem obtížněji, obzvláště tehdy, jestliže po dlouhá léta držely redukční diety. Pokud to šlo celý život, jsou už zcela adaptovány na podvýživu, většinou bílkovino-sacharidového typu. Ztrácejí kostní hmotu, mívají zrychlený vývoj osteoporózy, zhoršuje se jim pleť a mají úbytek mentální výkonnosti, ztrácí se jim chuť a s ní i pestrost stravy. V seniu navíc pacienti zpravidla užívají různá farmaka a málokdy se myslí na jejich interakci s potravinovými doplňky.

Všichni, tak i já?

I ve vztahu k dietám je velmi individuální výběr informací jednotlivými lidmi. S věkem se mění subjektivní faktory a v neposlední řadě tu působí prestižní kaskáda: co dělají všichni, je zcela jistě správně právě proto, že to dělají všichni kolem mě, a já to budu dělat také... To je silný brzdný faktor kritického myšlení. „Objektivními negativními faktory v přístupu k dietám jsou neznalost vaření, faktická dostupnost vhodné potravy, ne vždy pravdivé značení potravin, ‚móda‘ sportů, které jsou ve skutečnosti pro některý věk a ženu spíše škodlivé, a nedostatek informací, jakož i informační a příležitostní kaskáda,“ shrnula doktorka Cajthamlová. Sám pojem „příležitostní kaskáda“ už naznačuje, že oně „příležitosti“ se chopí obchodník a pro sebe výhodné informace rozšiřuje účelově.

Idarucizumab jako účinné antidotum dabigatranu

Předběžné výsledky studie RE-VERSE AD ukázaly, že již 5 g idarucizumabu dokázalo okamžitě zvrátit antikoagulační účinek dabigatranu u pacientů, jejichž stav takový zásah vyžadoval. Zároveň nebyla zjištěna bezpečnostní rizika přípravku.

Předběžná analýza studie zahrnovala data od 90 pacientů v podmínkách běžného prostředí urgentního zákroku, kteří byli léčeni dabigatranem (Pradaxa) a jejich stav vyžadoval okamžité zrušení jeho účinku. U 81 pacientů studie ukázala, že:

- byl splněn její primární cíl, tedy dosažení 100% maximálního zvrácení účinku u všech pacientů,
- zrušení účinku dabigatranu bylo okamžité po podání první dávky idarucizumabu a bylo úplné u všech kromě 1 pacienta,
- po 4 a 12 hodinách laboratorní testy ukázaly normální hodnoty koagulace u 90 % pacientů,
- normální hemostáza během operace byla hlášena u 92 % pa-

cientů, jejichž stav vyžadoval operaci nebo invazivní zákrok,

- nebyl zaznamenán jediný signál prokoagulačního efektu po podání idarucizumabu,
- trombotické příhody se vyskytly u 5 pacientů, z nichž žádný neuzíval antitrombotickou léčbu v době události,
- během sledování zemřelo 18 pacientů, přičemž mortalita během 96 hodin po zařazení do studie souvisela s původní příčinou urgentního přijetí do nemocnice, zatímco pozdější mortalita souvisela s komorbiditami.

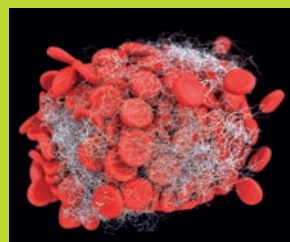
„Dosavadní výsledky jsou důležité pro odbornou lékařskou veřejnost, protože umožňují zmapovat působení antidota k NOAC v reálném prostředí,“ říká hlavní řešitel studie a profesor urgentní medicíny Pensylvánské univerzity ve Filadelfii dr. Charles Pollack.

Data byla publikována v *New England Journal of Medicine* (NEJM) a prezentována na kongresu Mezinárodní společnosti pro trombózu a hemostázu 2015 v kanadském Torontu.

Ilustrační foto: Shutterstock

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(red)



Empagliflozin a kardiovaskulární riziko

Výsledky studie EMPA-REG OUTCOME ukázaly, že empagliflozin snižuje kardiovaskulární riziko u jedinců s diabetem.

Empagliflozin patří mezi zástupce nové skupiny perorálních antidiabetik, která vedou k blokadě sodíkoklukózového transportéru 2 v ledvinách. To vede k omezení zpětného vychytávání glukózy v ledvinách, a tudíž většímu výdeji glukózy močí, což má za následek snížení její hladiny v krvi. Podle nově uveřejněného výzkumu navíc empagliflozin snižuje riziko rozvoje kardiovaskulárních chorob u jedinců s diabetem mellitem (DM) 2. typu.

Studie EMPA-REG OUTCOME

Jednalo se o multicentrickou, dvojitě zaslepenou, placebem kontrolovanou studii, které se zúčastnilo více než 7000 pacientů s DM 2. typu s vysokým kardiovaskulárním rizikem ze 42 zemí světa.

Tito pacienti užívali v kombinaci se standardní terapií jednou denně perorálně buď 10 mg, nebo 25 mg empagliflozinu, nebo placebo. Standardní terapie zahrnovala kromě léčiv snižujících glykemii i antihypertenziva a hypolipidemika. Primárním sledovaným parametrem byl výskyt úmrtí v důsledku kardiovaskulárních onemocnění, nefatální infarkt myokardu nebo nefatální cévní mozková příhoda.

Ze závěrů studie plyne, že empagliflozin je jedinou hypoglykemizující látkou, která v cíleně zaměřeném výzkumu prokázala vliv na snížení rizika kardiovaskulárních chorob. Výsledky budou prezentovány v září na 51. výročním sešedání Evropské společnosti pro výzkum diabetu ve Stockholmu.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim, Meditorial) (red)

inzerce: M151000428



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

AKTUALITY

Probíhající kampaň má zvýšit povědomí o mozkové mrtvici

Čeští a němečtí pacienti postižení cévní mozkovou příhodou (CMP) mají v rámci Evropy největší šanci, že se jim dostane špičkové péče s vysokou nadějí na úplné uzdravení. Mechanická trombektomie, která je nejšetrnější a nejúčinnější miniinvazivní technikou, v kombinaci s trombolýzou zaručují ty nejlepší výsledky při léčbě mozkové mrtvice.

V letošním roce byly publikovány výsledky klinických studií, které poprvé jasně prokázaly bezpečnost a vyšší účinnost trombektomie oproti trombolýze. Vzhledem k závažnosti CMP, celosvětově třetí nejčastější příčiny úmrtí, se mechanická trombektomie stala nejpravděpodobnější změnou na poli medicíny v posledních letech. V České republice je tato metoda rutinně prováděna v 15 centrech a v loňském roce bylo takto léčeno 576 pacientů. Systém péče o pacienty s CMP je v ČR na vynikající úrovni. Je tvořen třemi stupni – centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem a ostatní lůžková zařízení akutní péče. Pacienti jsou převedeni rychlou záchrannou služ-

bou do nejbližšího centra, jejichž rozmístění je rovnoměrné po celé České republice.

Nejčastějším problémem léčby je pozdní příjezd pacientů do nemocnice. Léčba musí proběhnout co nejdříve po objevení prvních příznaků. Každá další minuta už znamená trvalé následky. Rychlou a správnou reakci laiků má podpořit nová kampaň s názvem „Čas je mozek“, která odstartovala v polovině září. Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP a Česká společnost intervenční radiologie ČLS JEP chtějí pomocí kampaně zvýšit povědomí veřejnosti o typických příznacích mozkové mrtvice. Kampaň potrvá dvanáct měsíců, aktuální informace jsou dostupné na: www.mozkovaprihoda.cz. (red)

Klinické příznaky suspektní CMP

Hlavní klinické příznaky (nejméně 1 ze 3)	Jak testujeme?
Náhle vzniklá hemiparéza (ochrnutí poloviny těla)	Testujeme předpažením po dobu 10 s, zvedni horní končetiny pacienta do 90 stupňů, pokud sedí či stojí; nebo do 45 stupňů, pokud leží. Jako pozitivní hodnotíme i pokles jedné paže v řádu jednotlivých cm.
Náhle vzniklý pokles koutku, ochrnutí poloviny tváře	Vyzvi pacienta, ať se usměje nebo vycení zuby – podívej se na asymetrii mimiky.
Náhle vzniklá porucha řeči (afázie)	Pokud se pacient pokouší o komunikaci – zhodnot, zda je nová porucha řeči – nech si to potvrdit od příbuzných, pokud je to možné – posuď, zda je řeč nezřetelná – posuď, zda pacient není schopen najít slova (nejlépe tím, že necháš pacienta pojmenovat předměty v okolí) – pokud má pacient potíže se zrakem, dej předměty, které má pojmenovat, pacientovi do ruky.
Vedlejší klinické příznaky (nejméně 2 z 8)	
Náhle vzniklá porucha vědomí	Pacient nereaguje nebo je zmatený.
Náhle vzniklá porucha cití na polovině těla	Polovina těla (typicky ruka, noha, obličej a trup na stejné straně) je necitlivá, méně citlivá nebo brní (mravenčí).
Náhle vzniklá setřelá řeč	
Náhle vzniklý výpadek poloviny zorného pole	Pacient nevidí polovinu obrazu na obou očích (nevidí např. levou polovinu obrazu levým i pravým okem).
Náhle vzniklé dvojité vidění	
Náhle vzniklá prudká, atypická, dosud nepoznaná bolest hlavy	Typický je rozvoj do maximální intenzity v řádu sekund, méně často 1 až 5 minut.
Ztuhlost (opozice) šíje	Testujeme předklonem hlavy na hrudník, pokud se pacient nedokáže bradou dotknout hrudníku a zároveň je tento pohyb silně bolestivý.
Závratě s nauzeou či zvracením	Méně než 5 % pacientů se závratí má akutní CMP.

Elektronické sítnicové protézy

Elektronické sítnicové protézy (čipy) představují v současnosti jedinou možnost obnovy zraku u nevidomých pacientů s degenerativními onemocněními sítnice.

V řadě zemí světa probíhají multicentrické klinické studie na několika desítkách pacientů s terminálními stadii nejčastějšího vrozeného onemocnění sítnice zvaného *retinitis pigmentosa* a také s věkem podmíněnou makulární degenerací. Obě choroby se vyznačují progresivním zánikem světločivných buněk (fotoreceptorů), avšak bipolární a gangliové buňky (druhé a třetí neuronu zrakové dráhy) zůstávají dobře zachované i v pozdních stadiích chorob. To je základní podmínkou použití protéz, které musejí být umístěny v kontaktu s funkčními neurony.

Typy protéz

Protézy se skládají ze snímáčího a kódovacího zařízení a elek-

trood. Podle lokalizace v oku rozdělujeme protézy na epiretinální a subretinální.

Epiretinální protézy jsou fixovány mechanicky svorkami na povrch sítnice a jsou napojeny přímo na neurity gangliových buněk. Ve vývoji pokročil nejdříve model „Argus II“ společnosti Second Sight Medical Products, Inc. (Sylmar, Kalifornie, USA), který má již od roku 2011 známku CE. Skládá se ze 60 elektrod. Elektrody čipu jsou přes extraokulárně umístěnou cívkou bezkontaktně napojené na externí snímáčí a kódovací zařízení skládající se z kamery, procesoru a vysílače. Kamera je umístěná v brýlích, výjimečně v umělé nitrooční čočce. Kamera vyšle po zachycení videosekvence informaci procesoru,

který konvertuje obraz na elektronický signál a ten je vysílačem odeslán přes cívkou elektrodám čipu. Elektrody emitují elektrický signál, který je zrakovou dráhou dopraven do zrakového korového ústředí.

Subretinální čip je umístěn mezi fotoreceptory a pigmentový epitel sítnice a obsahuje navíc fotosenzitivní fotodiody, které přímo detekují světlo. Následuje konverze světla na elektrický signál, doprava elektrického impulsu k fungujícím sítnicovým neuronům a vyvolání jejich aktivity. Inovovaný bezdrátový model „Alpha IMS“ německé firmy Retina Implant AG (Reutlingen, Německo) také získal známku CE. Čip včetně celého příslušenství se nachází v těle pacienta. Obraz zachycuje

několikrát za sekundu simultánně všech 1500 fotodiód. Na rozdíl od epiretinálních čipů využívá tento čip funkci bipolárních buněk a respektuje retinotopiku fotoreceptorů, což umožňuje lepší lokalizaci předmětů. Poskytuje „přírodnější“ zrakový vjem využitím mikrosakád stále oživujících obraz a má vyšší rozlišení.

Přínos pro pacienta

Elektronické protézy poskytují kontinuální a stabilní obraz s odpovídajícím prostorovým rozlišením v centrálních, maximálně 11° zorného pole. Umožňují černobílé vidění s rozlišením několika stupňů šedi a adaptaci na rozdílné stupně osvětlení v rozsahu 6 logaritmických jednotek. Významně zlepšují orientaci a mo-

bilitu pacientů, vysoké procento pacientů je schopno lokalizovat předměty a rozpoznat směr pohybu. Již za několik dnů po implantaci někteří pacienti rozlišují větší předměty a jejich tvar. V průběhu týdnů se učí lépe interpretovat další zrakové vjemy, jako je rozpoznání světel automobilů, pomalu se pohybujících zvířat nebo květin. Nejlepší dosažená zraková ostrost u pacienta s implantovaným čipem je 0,036.

Vývoj protéz je komplexní, dlouhodobá, finančně velmi náročná a mezioborová záležitost. V budoucnu zbývá vyřešit celou řadu technických problémů, důležitá je podrobná předoperační analýza stavu sítnice a zrakového kortexu, které mohou významně limitovat „užitečnost“ čipu. Zásadní je tedy výběr vhodných pacientů, ale také jejich podrobné poučení o složitosti jak vlastního chirurgického zákroku, tak i následné dlouhodobé a náročné zrakové rehabilitace.

prof. MUDr. Hana Langrová, Ph.D.,
Oční klinika LF UK a FN Hradec Králové

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Primář/-ka

ŘEDITELKA MĚSTSKÉ
NEMOCNICE HOŘICEvyhlašuje výběrové řízení na ob-
sazení pracovního místa:■ primář/primářka
LDN MĚN Hořice

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- velmi dobré organizační, řídicí a manažerské dovednosti,
- dobré komunikační a prezentační schopnosti,
- zdravotní způsobilost,
- morální a občanská bezúhonnost.

Příhláška musí obsahovat:

- strukturovaný profesní životopis,
- ověřené doklady o dosaženém vzdělání,

- licenci ČLK pro výkon funkce primáře,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 90 dnů),
- osvědčení dle § 4 zákona č. 451/1991 Sb.,
- souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení dle zákona č. 101/2000 Sb.

Písemné přihlášky s profesním životopisem, motivačním dopisem a návrhem koncepce vedení LDN (v max. rozsahu 3 str. formátu A4), výpisem z rejstříku trestů a doklady o dosaženém vzdělání pošlete do 23. 11. 2015 do 12,00 hod. na adresu: Městská nemocnice Hořice, Říegrova 655, 508 01 Hořice, s označením Výběrové řízení primář/-ka LDN.

M151000767

Více pozic

NEMOCNICE VÝŠKOV, P. O., vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

M151000712

- lékař – internista
- lékař – neurolog
- lékař – geriatr
- lékař – chirurg

Požadujeme:

- lékaře se základním kmenem nebo SZ v oboru,
- odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- licenci pro výkon lékaře,
- nástup po dohodě.

Informace u náměstka pro zdravotní péči: e-mail: pojezna@nemvy.cz, tel.: +20 517 315 104

Písemné přihlášky doložte přehledem dosavadní praxe, profesním životopisem, doklady o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů, ne starším 3 měsíců.

Primář/-ka

NEMOCNICE HUSTOPEČE, P. O., vyhlašuje výběrové řízení na pozici primář/primářka interního oddělení. Požadavky: specializovaná způsobilost v oboru, osvědčení ČLK k výkonu funkce primáře, řídicí a komunikační schopnosti.

M151000712

Nemocnice Písek, a. s.

přijme
jiného odborného
vysokoškolského pracovníka

na hematologicko-transfuzní oddělení

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání biologického zaměření (Mgr.) • zařazení do specializačního • vzdělávání v oboru klinická hematologie a transfuzní služba vítána • specializovaná způsobilost v daném oboru výhodou • zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost • samostatnost a spolehlivost

Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení • možnost bezúplatného profesního růstu • zaměstnanecké benefity • zajištění ubytování (1+1, garsonka) • nástup možný od 1. 12. 2015

Příhlášky zasílejte na adresu:

Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek
tel. 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

Inzerce M151000738

Písemnou přihlášku doplněnou profesním životopisem s přehledem odborné praxe, ověřenými doklady o vzdělání, včetně osvědčení ČLK, výpisem z rejstříku trestů ne starším 3 měsíců, dokladem o zdravotní způsobilosti a souhlasem s nakládáním s osobními údaji pro účely výběrového řízení zasílejte do 6 týdnů od zveřejnění inzerátu na sekretariát Nemocnice Hustopeče, p. o., Brněnská 716/41, 693 01 Hustopeče, s označením obálky „Výběrové řízení“.

M151000773

Volná místa

Fyzioterapeut

HABROVANSKÝ ZÁMEK, P. O., přijme pracovníka na pozici fyzioterapeuta na plný úvazek v jednosměnném provozu. Požadujeme VOŠ nebo VŠ v oboru, trestní bezúhonnost, samostatnost a spolehlivost. Nabízíme plat cca 20 000 Kč (dle odpracované praxe), po zapracování osobní příplatek, 25 dní řádné dovolené. Více informací na: mzdy@habrovanskyzamek.cz nebo tel.: 517 305 104. **MCX2975600298**

Lékař/-ka

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5, přijme pro Interní kliniku 2. LF UK a FN Motol lékaře/-ku pro přípravu k atestaci v oboru endokrinologie a diabetologie.

Nabízíme: plný úvazek, velmi dobré fin. ohodnocení, ubyt. pro mimopražské, zam. benefity, nástup dohodou.

Písemné nabídky s CV zasílejte na e-mail: interna@fnmotol.cz. Info tel.: 224 434 001. **M151000745**



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 9/2015

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mfc.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mfc.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mfc.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mfc.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicina a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mfc.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@mfc.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. Radkin 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 Šmídová
Ing. Bc. Irena Kouřilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ
fax 225 276 444

Obchodní ředitelka
Křtina Kupcová
tel.: 225 276 355
e-mail: kupcova@mfc.cz

Personální inzerce
Vladimír Kratochvíl
tel. 225 276 255, 602 208 624
e-mail: kratochvil@mfc.cz,
personalni.inzerce@mfc.cz



MLADÁ FRONTA

Generální ředitel
David Hurta

Ředitel divize Medical Services
Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Retušeři: 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
Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mfc.cz
Předplatné
Monika Šnaidrová
tel. 225 276 392, e-mail: snaidrova@mfc.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 01847082

Adresa redakce:
Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mfc.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.mfc.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,
Videňská 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 kórné povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 17. 9. 2015

Retisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tisťený 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

Zajímavé pracovní příležitosti v zahraničí

Získejte 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“



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

Nemocnice České Budějovice, a. s.,

vyhlašuje výběrové řízení na

primáře oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku

Požadujeme atestaci v oboru, splnění požadavků pro vydání licence ČLK pro funkci primáře, 10 let praxe v oboru, organizační schopnosti a morální bezúhonnost a minimálně deset let praxe v oboru. Operační zkušenosti v celém rozsahu oboru vč. onkologie a dětské problematiky a endoskopické zkušenosti v oboru.

Do 9. 10. 2015 (do 14.00 hodin) doručte

- přihlášky s CV a osobním dotazníkem (www.nemcb.cz/pro-zdravotniky/volna-mista),
- doklady o vzdělání a kvalifikaci,
- osvědčením a čestným prohlášením podle zákona č. 451/1991 Sb.,
- koncepti práce (vč. ekonomiky) odd. ORL a chirurgie hlavy a krku v powerpointu (uchazeč bude ústně obhajovat před výběrovou komisí)

na adresu Nemocnice České Budějovice, a. s., sekretariát vedení společnosti, B. Němcové 54, 370 01 České Budějovice.

Uchazeče splňující podmínky pozveme k výběrovému řízení písemně.

Fyzioterapeut, ergoterapeut, masér

SZZ KRNOV, P. O., přijme do pracovního poměru:

- fyzioterapeuta, ergoterapeuta, případně maséra

Požadujeme:

- kvalifikaci v možných variantách:
 - osvědčení o získání odb. způsobilosti k výkonu zdrav. povolání maséra pod přímým vedením,
 - ÚSOV – SZŠ v oboru ergoterapeut, fyzioterapeut nebo rehabilitační pracovník + pomaturitní specializační studium,
 - VoŠ – DiS v oboru ergoterapeut, fyzioterapeut,
 - VŠ – Bc. v oboru fyzioterapeut, ergoterapeut;
- registrace není podmínkou, vítán i absolvent,
- certifikované kurzy vítány,
- praxe v oboru výhodou,
- samostatnost, spolehlivost,
- zdravotní způsobilost, morální bezúhonnost (výpis z RT).

Nabízíme:

- práci na lůžkovém oddělení v jednosměnném provozu 7.00 až 15.30,
- platové zařazení dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb.,
- nástupní plat cca 15 000–20 000 Kč pro absolventa, dále dle praxe a kvalifikace,
- nástup možný od 1. 10. 2015,
- lze domluvit i formou zkráceného úvazku.

Možnost ubytování.

Informace na adrese: Sdružené zdravotnické zařízení, příspěvková organizace, I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov, personální oddělení – pí. Vašíčková, tel.: 554 690 137, e-mail: vasickova.marta@szzkrnov.cz, Sovadinová Hana, tel: 554 690 248, sovadinova.hana@szzkrnov.cz

M151000726

Pediatr

SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, přijme do pracovního poměru:

- lékaře – pediatra s atestací a specializovanou způsobilostí v oboru dětské lékařství

Nabízíme práci na moderně vybaveném a zrekonstruovaném oddělení (odborná akreditace I. st. BFH, IP nižšího typu), perspektivu odborného růstu a získání funkčního místa, výhodné pla-

tové podmínky, možnost získání ubytování (ubytovna nebo byt), nástup možný ihned.

Kontakt: MUDr. Ivan Pavlák, náměstek LPP, tel.: 554 690 144; e-mail: pavlak.ivan@szzkrnov.cz, Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov

M151000729

Psychiatri

DŮM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V OSTRAVĚ přijme psychiatra s psychoterapeutickým vzděláním.

Informace: Ing. A. Beránek, mobil: 603 702 698, e-mail: ddz@ddz.cz.

M151000756

Sestry

PMK MEDICAL CARE HLEDÁ ZDRAVOTNÍ SESTRY DO NĚMECKA.

Nabízíme 4 varianty jazykových kurzů a stálou práci s řadou bonusů.

Kontakt: +420 734 144 348; pjesenkova@pmk-medicalcare.de

M151000776

Fyzioterapeut

SLEZSKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, přijme:

- fyzioterapeuta

Bližší informace: www.nemocnice.opava.cz – pracovní příležitosti

M151000770

Lékař neurolog

SLEZSKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, přijme:

- lékaře na neurologické oddělení

Bližší informace: www.nemocnice.opava.cz – pracovní příležitosti

M151000784

Více pozic

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ přijme zaměstnance na pozici:

- lékař (anesteziolog) pro kardiokirurgické oddělení

Požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,

Soukromé zdravotnické zařízení v Praze 7

přijme lékaře ortopeda

na plný nebo částečný úvazek.

Nabízíme: nadstandardní a motivační finanční ohodnocení, příjemné prostředí.

AJ výhodou.

Pro více informací volejte na tel.: 242 426 474 nebo pište na e-mail: sekretariat@ld.cz

Inzerce M151000702

- specializovaná způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína,
- praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

- lékař pro oddělení klinické farmakologie
- a pro interní oddělení

Požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- ukončený základní kmen v oboru vnitřní lékařství výhodou,
- praxe v interních oborech vítána,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- pozice vhodná i pro absolventy.

- všeobecná sestra pro úsek JIP Neurochirurgické kliniky
- a pro úsek metabolické JIP I. interní kliniky

Požadavky:

- všeobecná sestra dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb.,
- vyšší zdravotnické nebo vysokoškolské vzdělání v oboru ošetřovatelství,
- osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu,
- specializační vzdělání v oboru intenzivní péče výhodou,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- pozice vhodná i pro absolventy.

Písemné přihlášky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi, doklady o dosaženém vzdělání a platným výpisem z trestního rejstříku zasílejte na adresu: Fakultní nemocnice Plzeň, oddělení personálního

Inzerce M151000317

Inzerce M151000749

PERSONÁLNÍ INZERCE

řízení a organizace, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň;
e-mail: grubrova@fnplzen.cz,
tel.: 377 402 223.

M151000698

Lékař/-ka

NEMOCNICE HUSTOPEČE, P. O.,
BRNĚNSKÁ 716/41,
693 01 HUSTOPEČE,

přijme lékaře/lékařky interního oddělení a oddělení ošetrovatelských lůžek. Nabízíme výhodné platové podmínky, stravování, možnost ubytování v areálu nemocnice, nástup možný ihned.

Informace na tel.: 519 407 350,
e-mail: pam@nemocnicehustopece.cz

M151000772

Psychiatr

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
LNÁŘE, P. O.,

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

Inzerce M151000785

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

M151000637

Porodní asistentka/sestra

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU
A DÍTĚ PRAHA
přijme:

- porodní asistentku/všeobecnou sestru

do gynekologické ambulance a lůžkové části gynekologie v nepřetržitém provozu

Požadujeme osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Nabízíme práci v příjemném kolektivu, 5 týdnů dovolené, zaměstnanecké benefity, podporu při dalším vzdělávání, zajištění ubytování (pronájmu bytu) v Praze.

Nástup možný ihned.
Prosíme o zaslání CV s motivačními dopisy.
Kontakt: tel.: 296 511 240-800,
e-mail: personalni@upmd.eu

M151000781

Více pozic

PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE MARIANNY
ORANŽSKÉ V BÍLÉ VODĚ
přijme do pracovního poměru:

- lékaře s atestací v oboru psychiatrie
- lékaře jiného oboru
- lékaře bez atestace
- absolventa lékařské fakulty

Výhodné platové podmínky + náborový příspěvek.
Plat dle délky praxe 30.000 až 50.000 Kč s možností dalšího finančního růstu.

Nabízíme pomoc při hledání ubytování.

Pracovně-právní vztah navážeme i na kratší časové období.
Písemné objednávky zasílejte na e-mailovou adresu: micakova@olu.cz, tel.: 588 517 505.

M151000783

Více pozic

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

- primáře na internu
- primáře na chirurgii
- zástupce primáře na internu
- zástupce primáře na chirurgii
- větší počet absolventů na oddělení interna, chirurgie, ARO

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídicí schopnosti (vedoucí pozice), certifikát základ. kmene vítán.
Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, byt k dispozici.

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

M151000655

Lékař ortoped

POLIKLINIKA AMBULANTNÍCH
SPECIALISTŮ MEDICO
(www.medico.cz) v Praze 4
přijme lékaře - ortopeda na částečný úvazek.

Flexibilní pracovní doba, přátelský kolektiv lékařů a sester, nadstandardní platové podmínky, nástup možný ihned.

Informace: Ing. Hana Vošahlíková,
tel.: 734 383 984, e-mail: vosahlikova@medico.cz

M151000722

PERSONÁLNÍ INZERCE

Přijem personální inzerce:

Vladimír Kratochvíl
tel.: 602 208 624, e-mail: kratochvil@mf.cz
personalni.inzerce@mf.cz

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

Při objednání na **knihka.cz** sleva 20%

Představujeme publikaci



Dětská alergologie

Kniha, která doposud na našem trhu chyběla, souhrnně pojednává o problematice alergických onemocnění dětského věku. Její autoři – přední odborníci z českých a moravských pracovišť pediatrické alergologie a klinické imunologie – předkládají čtenáři komplexní a recentní pohled na etiopatogenezi, diagnostiku, léčbu, prevenci i prognózu imunopatologických stavů vzniklých na alergickém podkladě.

Autoři: Vít Petrů et al.

Doporučená cena 420 Kč

MEDICAL
SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA

NOVINKA!

Dámské tílko Mia je utkáno ze 100% bavlny, velmi dobře se přizpůsobuje tělu a zvýrazňuje dámskou siluetu. Střih byl pečlivě propracován tak, aby v praktických ohledech postihl většinu požadavků uživatelek. Šířka ramínek je úmyslně zvolená tak, aby diskrétně skryla spodní prádlo. Stejně tak průramky jsou navrženy s cílem zakrýt prádlo a zároveň nechat podpaží dostatečně vzdušné, aby nedocházelo k nadměrnému pocení. Také celková délka tílka respektuje nároky na komfort a eleganci. Tílka se vyrábějí v 5 barevných variantách.

BONNO[®]
Ladies Collection

MIA

dámské
tílko

5 barevných variací



www.bonno.cz

Objednávky na adrese:
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.
Husova 523
370 21 České Budějovice
oopp@bonno.cz

cena bez DPH

219:-

265 Kč vč. DPH