

# ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA

**mf**  
MLADÁ FRONTA

11/2015

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 23. 11. 2015



**Z DOMOVA**  
Adiktologové hledají přístup k nelátkovým závislostem u dětí

STRANA 3



**Z MEDICÍNY**  
Bioterrorismus – znovu se objevující nebezpečí?

STRANA 33



**SESTRA**  
Farmakoterapie  
Nežádoucí účinky analgetické terapie u seniorů

STRANA 22

## Změny českého zdravotnictví v roce 2016

Konference ZDRAVOTNICTVÍ 2016, kterou pořádala Unie zaměstnavatelských svazů (UZS) ČR a Mladá fronta, a. s., podruhé v řadě vytvořila prostor pro ministerstvo zdravotnictví i ostatní subjekty, jež zde představily novinky, změny a záměry v resortu zdravotnictví pro příští rok.

Prezident UZS Jiří Horecký na konferenci označil za jeden z největších problémů českého zdravotnictví nedostatek zdravotníků, zejména sester. Uvedl, že odborná diskuse by měla být vedena o jejich vzdělávání a způsobech jejich odměňování. Předseda Českomoravské konfederace odborových svazů (ČMKOS) Josef Středula představil výsledky průzkumu, který mezi zdravotnickým personálem provedl Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR. „Zdravotníci jsou nespokojeni s tím, že nemožou pacientům poskytnout takovou péči, jakou by měli a jakou by rádi poskytli. Takto odpovědělo 70 procent dotázaných,“ uvedl Josef Středula s tím, že jedna třetina zdravotníků si nevybírání přestávku na oběd a tuto odde-

chovou část pouze oficiálně vykazuje. „Přetížení a celková únava je u zdravotníků velmi rizikovým faktorem. Sestry také vnímají neúctu ke svému povolání, téměř polovina zdravotníků referuje o zhoršení mezilidských vztahů na pracovišti,“ poukázal na vnitřní situaci zaměstnanců ve zdravotnictví předseda Středula a dodal, že jejich nespokojenost vyplývá i z nedostatečného finančního ohodnocení.

### Problémy vně zdravotnictví

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček na konferenci ale zdůraznil, že problematiku platů zdravotníků řeší. „Tarifní platy jsme v posledním období zvýšili dvakrát o 5 procent. Nositelé výkonů

od Nového roku dostanou přidáno také desetiprocentním navýšením hodnoty práce v seznamu výkonů,“ připomněl ministr Němeček. Jak dodal, vláda by měla v nejbližší době začít projednávat také návrh zákona o vzdělávání lékařů, v jehož rámci by mělo být zjednodušeno postgraduální vzdělávání. Velkým kritikem současného stavu systému byl tradičně prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek. Podle něj příčina problémů leží vně sektoru zdravotnictví – v nefungující ekonomice a neschopnosti politiků řešit skutečné problémy českého zdravotnictví. „Nedostatek peněz i zdravotníků, velká míra nespravedlnosti jako například rozdílné platby zdravotního pojištění, (pokračování na straně 2)



**Svatopluk Němeček:**  
Do zdravotnictví zasvítí velký reflektor, ÚZIS dostane data pojišťoven.

(více viz str. 2)

Foto: archiv Mladé fronty

Inzerce M151000909

roku  
**Sestra 15**

PŘIHLÁSIT SVÉHO KANDIDÁTA  
MŮŽETE TAKÉ ON-LINE NA

WWW.SESTRAROKU.CZ/PRIHLASKA

**mf**  
MLADÁ FRONTA

## Z DOMOVA

## Změny českého zdravotnictví v roce 2016

(pokračování ze str. 1)

pokřivené podnikatelské prostředí, rozdíl v dostupnosti zdravotních služeb a nekvalitní legislativa,“ vyjmenoval zásadní nedostatky českého zdravotnictví a připomněl, že nízké výdaje na zdravotnictví měřené podílem HDP řadí ČR se 7,1 % HDP ve srovnání se státy OECD na chvost tohoto žebříčku. A zmínil také negativní trend poklesu českých meziročních výdajů na zdravotnictví, které v zemích OECD naopak rostou.

**Celé spektrum zdravotní péče**

Legislativní novinkou pro příští období je návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích. Ministr Němeček k zákonu uvedl, že vznikl proto, aby prosadil veřejný zájem a pacientům zaručil, aby jim nemocnice poskytovaly celé spektrum zdravotní péče, nikoli jen ty zdravot-

ní služby, které jsou finančně zajímavé. „Principy zákona jsou správné, pouze potřebuje technicky upravit,“ uvedl ministr ke kritice, kterou vyslovuje část odborné veřejnosti s obavou, že by současná podoba návrhu vytvořila dva nerovnocenné typy zdravotnických zařízení. UZS vnímá už samotný proces získání atributu „nezisková zdravotnická organizace“ jako ne zcela transparentní. „Výběrové řízení není formou správného řízení, není možnost odvolání, narážíme na celou řadu rozporů s evropskou legislativou, rozpor s veřejnou podporou a s poskytováním služeb v obecném hospodářském zájmu, jakož i na potenciální zvýhodňování jedné skupiny. Unie zaměstnavatelských svazů v tuto chvíli zastává názor, že současný návrh tohoto zákona není vyhovující a místo jeho modifikace formou připomínkování by bylo lepší napsat ho znovu,“ prohlásil prezident Horecký.

**Otevření dat z pojišťoven**

Úhradová vyhláška, která financování zdravotnictví každoročně upravuje, počítá pro příští rok s navýšením peněz do zdravotnictví o 9,2 miliardy korun (viz *Úhradová vyhláška přidá přes 9 miliard, v č. 10/2015 Zdravotnictví a medicína*). Nemocniční péče bude opět hrazena paušalovou platbou. Začnou také sběry dat z nově ustanovené skupiny referenčních nemocnic, jejichž úhradová schémata pomohou vylepšit systém plateb prostřednictvím systému DRG. Převratnou novinku přinese v roce 2016 novela zákona o zdravotních službách, která dá vzniknout Registru úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) tak bude moci poprvé nahlédnout do dat zdravotních pojišťoven a začít s nimi pracovat. „Rozsah informací, které mají zdravotní pojišťovny k dispozici, nemá v ČR obdoby. Nad těmito daty se rozsvítí velký reflektor, díky němuž konečně dosáhneme reálně spravedlivých plateb za zdravotní péči,“ řekl ministr Němeček.

**Zlepšení systému úhrad**

Legislativní náměstek JUDr. Radek Polícar k této novele uvedl, že je z návrhů ministerstva nejdále v legislativním procesu a nyní ji v parlamentu projednal Výbor pro zdravotnictví. „Novela je zaměřená na oblast Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) a je součástí plejády kroků souvisejících s přípravou systému DRG restart. Novela dá vzniknout dvěma novým národním registrům – diabetologickému a registru intenzivní péče. Dále vznikne neveřejný národní registr zdravotnických pracovníků, který je nutným předpokladem pro elektronizaci českého zdravotnictví. Národní registr úhrad zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění bude ministerstvu sloužit nejen k budování DRG, ale i obecně pro lepší nastavení úhrad,“ uvedl Radek Polícar a doplnil, že v pozměňovacím návrhu tohoto zákona prosadili poslanci změnu, která upraví nepřesnost nového občanského zákoníku a vedle povinných patologicko-anatomických pitev zavede pitvy k ověření klinické diagnózy.



**Cenu Manažer roku ve zdravotnictví převzal z rukou prezidenta Hospodářské komory Vladimíra Dlouhého (vpravo) ředitel Nemocnice Strakonice Tomáš Fiala (druhý zleva) za účasti prezidenta UZS Jiřího Horeckého a ministra Svatopluka Němečka.** | Foto: archiv Mladé fronty

**Zmírnění zákazů kouření**

V legislativním plánu ministerstva zdravotnictví pro příští rok je také návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, regulující oblast prodeje alkoholu a tabákových výrobků. Jak náměstek Polícar uvedl, lze velmi těžko odhadnout konečné znění novely zákona. Přestože je totiž většina poslanců pro zpřísnění v této oblasti, ozývají se zároveň návrhy na oslabení zákazových částí zákona.

Návrh zákona o podmínkách získávání odborné způsobilosti lékařů by měl zredukovat počet základních oborů a zkrátit specializační vzdělávání. Jak ale Radek Polícar zdůraznil, zkrácení bude mírné, nikoli ze sedmi na dva a půl roku, jak se objevilo v médiích.

Změna se v příštím roce dotkne také zákona o léčivech (úprava klinického hodnocení dle EU a omezení reexportů), novelizace se dotkne i zákona o veřejném zdravotním pojištění (nové přerozdělení v rámci pojišťoven dle nemocnosti jejich klientů), novely zákona o specifických zdravotních službách (upraví oblast pracovních lékařských služeb).

Měnit pravidla chce ministerstvo také u ostatních zdravotnických pracovníků, podle Radka Polícar je nelékařských profesí zbytečně velké množství a se složitým vzděláváním. Nový zákon by měl podle něj napomoci k dostatku zdravotnických pracovníků, podle Radka Polícar je nelékařských profesí zbytečně velké množství a se složitým vzděláváním. Nový zákon by měl podle něj napomoci k dostatku zdravotnických pracovníků, podle Radka Polícar je nelékařských profesí zbytečně velké množství a se složitým vzděláváním. Nový zákon by měl podle něj napomoci k dostatku zdravotnických pracovníků, podle Radka Polícar je nelékařských profesí zbytečně velké množství a se složitým vzděláváním.

**Nové poradenství v lékárnách**

Prezident České lékařnické komory (ČLnK) Lubomír Chudoba na konferenci představil záměr komory pro příští rok, podle něž budou lékárníci ve spolupráci s lékaři proškoleni, aby mohli ve vybraných lékárnách poskytovat odborné poradenství. Jde o dvouaž tříhodinné kurzy, včetně stáže na lékařském pracovišti. Lékárníci budou svým klientům odborně radit jak odvykat kouření nebo snižovat lékinnost. Velkým tématem je lékové poradenství. V rámci garantovaného kurzu budou lékárníci oslovovat pacienty, kteří berou pět a více léků, a budou je zvat na řízenou konzultaci. Ta by měla zjistit možné vedlejší účinky, pacientovu compliance. Lékárník může také vydat doporučení pro ošetřujícího lékaře, aby znovu přehodnotil pacientovu medikaci a zhodnotil, zda by některý lék nemohl být pacientovi vysazen.

Další novinkou je garantovaný kurz hojení ran, kde lékařnická komora zaznamenala zájem o poradenství v lékárnách jak ze strany seniorů, tak i mladších klientů lékáren, kteří o pacienty s chronickými ranami pečují. Vyškolení lékárníci jim budou radit s technikou ošetření i s možnostmi použití různých obvazových materiálů.

Jak připomněl prezident UZS Jiří Horecký, problematika dlouhodobé péče nebo sociálně zdravotnického pomezí je na vládní úrovni stále nedořešena. Očekávané koncepční řešení se opět posouvá a prezident Horecký upozornil, že je již více než zřejmé, že za funkčního období této vlády k očekávaným změnám nedojde.

Petra Kluskálová

**Osvědčuje se mi blízkost a otevřenost**

Na konferenci Zdravotnictví 2016 byl v soutěži Manažer ve zdravotnictví 2015 jako nejlepší oceněn předseda představenstva a ředitel Nemocnice Strakonice, a. s., **MUDr. Bc. Tomáš Fiala, MBA.**

**Co se vám podle vašeho názoru v tomto roce nejvíce povedlo?**

Ocenění z rukou pana ministra Němečka a prezidentů Unie zaměstnavatelských svazů pana Horeckého a Hospodářské komory ČR pana Dlouhého jsem přijal s respektem a rozchevřením. Rok 2015 je po dlouhých letech stěhování a přestaveb ve strakonické nemocnici konečně rokem klidnějším, kdy jednotlivá oddělení jsou již z 90 procent usazena ve svých definitivních prostorách. Nemocnice je z hlediska hotelových služeb i přístrojového vybavení na evropské úrovni, navíc se nám daří pavilony opuštěné po stěhování pronajmát a využívat pro jiná nekonkurenční zařízení, pracující ovšem ve zdravotnictví. Akcíová společnost Nemocnice Strakonice, stejně jako ostatní jihočeské nemocnice, je ekonomicky stabilizována.

**Jakou výzvu máte nyní s ohledem na řízení nemocnice před sebou?**

Ekonomika, stav nemovitostí a přístrojová technika jsou všech-

no podmínkou pro fungování. Medicínu dělají lékaři, sestry a další zdravotnický i nezdravotnický personál. I my již začínáme pociťovat nedostatky sester – neodcházejí více než dříve, ale nepřicházejí další, nové... Takže výzvu teď bude personalistika a ve spolupráci s Jihočeským krajem hledání zdrojů k pořízení nukleární magnetické rezonance.

**Jaké metody řízení, které uplatňujete, se vám nejvíce osvědčují?**

Já jsem se v tom špitále narodil, oba rodiče byli doktoři – takže jsem tam trávil útlé dětství včetně jejich pohotovostních služeb. Pak jsem se před 33 roky stal pediatrem, nemocnice mi přirostla k srdci, dobře ji znám a znám i hodně spolupracovníků. Ta konkrétnost, blízkost a otevřenost mi v komunikaci s nimi pomáhá, s většinou z nich jsme překonali složité období ekonomické neschopnosti a kumulované ztráty více než 100 milionů korun. Četná nepopulární opatření byla tehdy přijata jako potřebná.

(eta, klu)

# Adiktologové hledají přístup k nelátkovým závislostem u dětí

Čeští adiktologové pozorují u dětí rostoucí závislost na informačních technologiích. Stejně jako u legálních a nelegálních drog požadují zavedení preventivních seberegulačních technik do kurikul základních i mateřských škol a nižší toleranci vůči těmto rizikům ze strany rodičů i celé společnosti.

Před 10 lety byl na 1. LF UK založen studijní program Adiktologie, jež za tu dobu vystudovalo na 500 studentů v bakalářském, magisterském i doktorském studiu. Univerzita Karlova se tak zařadila mezi prvních 25 univerzit na světě, které takto zaměřený program otevřely a dále jej rozvíjejí. V celém světě nyní existuje přibližně 80 akreditovaných univerzitních programů zaměřených na závislosti. Jak ale uvedl přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN prof. Michal Miovský, česká adiktologie je ve světě jediná, která má všechny tři programy, tzn. bakalářský, magisterský i doktorský, a to včetně konzistentních rámců přípravy.

Přednosta kliniky upozornil, že 1. LF UK spolu s partnery letos představila výsledek unikátního, 15 let trvajícího procesu spolupráce s mnoha tuzemskými i zahraničními institucemi. „Výsledkem je komplexní návrh preventivního systému v ČR, který zahrnuje rovněž oblast závislosti u dětí a mládeže. Vznikla kolekce čtyř monografií, které představují moderní pojetí prevence z pohledu teorie i praxe. Celá tato práce souvisí se snahou Kliniky adiktologie etablovat v ČR zcela nový a postupně se rodící typ zdravotní služby v podobě dětské a dorostové adiktologie,“ doplnil prof. Miovský.

## Ambulance dětské adiktologie

Náměstkyně pro léčebnou péči Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Markéta Hellerová připomněla propojení fakultního a nemocničního pracoviště v roce 2012, kdy se sloučilo Centrum adiktologie a oddělení návykových nemocí pod Klinikou adiktologie. Ta nyní po deseti měsících vyhodnocuje pilotní projekt péče o závislé děti – Ambulance dětské a dorostové adiktologie. „Péče o děti se závislostmi bude pokračovat a věřím, že vedle spolupráce se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou se podaří rozšířit tuto péči i pro děti ostatních zdravotních pojišťoven, s nimiž nás nyní

čeká vyjednávání,“ uvedla náměstkyně Hellerová. Jak doplnil prof. Miovský, nový typ ambulance prověřuje v ostrém zdravotním provozu práci absolventů adiktologie i vykazování péče plátcům, čímž v budoucnosti pomůže prokázat cestu obdobným zařízením. „Velký počet dětí přichází z ústavní výchovy a péče. Začíná fungovat také spolupráce s Úsekem sociálně právní ochrany dětí (ÚPOD), kdy nám úředníci rodiny posílají. V ostrém provozu máme za sebou péči o 119 rodin a jejich dětí, z nichž plná čtvrtina měla dominantní problém s nezvládnutím informačních technologií,“ uvedl přednosta Miovský.

## Nárůst nelátkových závislostí

Podle adiktologů se situace v oblasti tzv. nelátkových či behaviorálních závislostí u dětí zhoršuje. Roste počet dětských patologických hráčů, děti závislé na užívání chytrých telefonů a na sociálních sítích. Podle konzervativních odhadů je na komunikačních technologiích závislý, nebo má jiné vážné související problémy, 1–5 % dětí, odvažnější odhady využívající méně rigorózní kritéria uvádějí až 20 %.

Závislost na komunikačních technologiích s sebou nese pokles fyzické aktivity, úbytek reálných vztahů tváří v tvář a přátel, problémy a konflikty v osobních vztazích. Děti zanedbávají své školní povinnosti, projevuje se nesoustředěnost, snížená výkonnost, vyšší nehodovost i úrazovost. Děti trpí chronickými bolestmi zad, šíje a hlavy, únavou a napětím očí a v důsledku nedostatečného pohybu i obezitou. „Je žádoucí, aby rodiče stanovili pro děti určitá pravidla a důsledně dbali na jejich dodržování. Je zapotřebí, aby s dětmi mnohem aktivněji komunikovali. Extrémně liberální přístup v oblasti závislostí, ať už látkových či nelátkových, není tou nejlepší cestou a u dítěte i dospívajícího nepůsobí preventivně tak silně jako jasná pravidla a struktura,“ domnívá se Michal Miovský.

## Dramatický nástup technologií

Jak ale zdůraznil, zatím není ani mezi odborníky zřejmé, jak moc by se měl rozšiřovat diagnostický manuál o pojem nelátkové závislosti, přestože kvůli vývoji během posledních 20 let například termín patologické hráčství dnes už nikdo nepovažuje za problematiku mimo obor adiktologie a např. psychiatrické nemocnice mají pro hráče specializované programy. „Zatím nepanuje dohoda nad tím, zda můžeme další a další závislosti (na internetu, na sexu) přidávat do diagnostického manuálu. V USA byl zařazen termín behaviorální závislosti, v češtině používáme termín závislosti bez substancí nebo nelátkové závislosti,“ uvedl Michal Miovský s tím, že nástup technologií je tak dramaticky rychlý, že adiktologové vůbec nezvládají adekvátní a dostatečně zařazování programů, které by děti učily zacházet s technologiemi, a to nikoli v technickém smyslu, ale v případech, kdy jejich stav při používání elektroniky přeroste únosnou míru. Stanovení této hranice je úkolem odborníků. Mezi hraniční příznaky řadí např. stažení dítěte z kolektivu, výhradní komunikaci přes sociální síť, vykazování podobných znaků chování jako u látkových závislostí. Nelátkovými závislostmi jsou nejhroženější nejmladší věkové skupiny. K užívání řady aplikací děti často nepotřebují umět ani číst, ohrožené jsou již děti ve věku 4–5 let. Takto malé děti nemají schopnost seberegulace v takové míře, jakou už mají nebo jsou schopni posílit například adolescenti. Podle prof. Miovského by možnost krátké intervence měla v budoucnu nabízet už praktičtí lékaři, kterým chtějí adiktologové nabídnout jednoduché screeningové materiály, díky nimž lze rizikové chování u dětí zjistit. Seberegulační techniky je podle něj nutné učit nejen na základních, ale pravděpodobně už i v mateřských školách, kde některé děti závislostní chování vykazují.

## Zhoubná tolerance

Jak uvedl primář Kliniky adiktologie Petr Popov, postoj řady rodin v léčbě odráží celospolečenský přístup. Na problémy dítěte se závislostmi na legálních látkách (alkoholu, tabáku) rodiče reagují slovy: „Hlavně, že si nepíchá drogy.“ „Legální drogy sledujeme ve školské studii Espad od roku 1995, máme každé 4 roky zprávu o tom, jak to vypadá mezi 16- a 18letými. U ilegálních drog (dle informací z roku 2011) dochází k poklesu, to je dobrá zpráva. Špatné zprávy se týkají legálních drog. Podle zprávy z letošního května to v ČR vypadá velmi špatně, a to nejen mezi 16letými, ale i těmi mladšími. Denně kouří 25 procent, z nich 8 procent jsou silní kuřáci, kouří tedy více než 11 cigaret denně. Významný nárůst je vidět u alkoholu. Nadměrné dávky – tj. 5 a více sklenic při jedné příležitosti více než třikrát v měsíci – konzumuje pětina 16letých studentů,“ zveřejnil primář Popov alarmující data. Jak dodal, zvyšuje se také obliba tzv. *allopops*, kde je alkoholický nápoj (s více než 1,2 % alkoholu) kombinován s ovocnou šťávou a pití tohoto typu alkoholového nápoje je navíc spjato se sociálními aktivitami, kdy děti sedí každé se svým komunikátorem a komunikují přitom s příjemci elektronických zpráv, ne mezi sebou. Častá je také kombinace alkoholu s *energy drinky*, které nyní děti konzumují v kombinaci s hraničním počítačovým her.

## Alkohol za hranou zákona

V oblasti užívání návykových látek u dětí je ČR dlouhodobě řazena k jednomu z nejhůře hodnocených států ve světě. Vysokou míru tolerance české společnosti k požívání alkoholu mladistvými aktuálně potvrzují výsledky celostátních kontrol, které zavedla policie ČR ve spolupráci s Odborem protidrogové politiky Úřadu vlády ČR, Českou obchodní inspekcí, živnostenskými úřady (MPO) a dalšími subjekty.



Prof. Michal Miovský | Foto: archiv 1. LF UK

Dodržování zákazu prodeje alkoholu mladistvým v českých barech a restauracích kontrolovaly v polovině listopadu stovky policistů. Jak uvedla koordinátorka prevence Policejního prezidia Zuzana Pidrmanová, při ohlášených kontrolách téměř 1200 provozoven a 7000 osob odhalili policisté 590 protiprávních jednání, z toho 545 přestupků a 45 trestných činů. Při kontrolách bylo nalezeno 236 podnapilých mladších 18 let. „V první fázi jsme zkontrolovali 7 tisíc osob, z toho jsme řešili celkem 236 dětí, které požíly alkohol. Jednalo se o 227 mladistvých a 9 nezletilých,“ uvedl velitel bezpečnostního opatření plk. Martin Hrinško. Nejnepokojivější byl případ mladistvého chlapce ze Středočeského kraje s hodnotou 3,25 % alkoholu v dechu a dívky z Prahy s 2,16 %. Nezletilému ve věku 14 let naměřili policisté v Moravskoslezském kraji 0,9 % alkoholu v dechu.

„První výsledky kontrol ukazují, že ani masivní informace předem neodradila provozovatele od toho, aby dětem alkohol prodali. Problém existuje a je nutné se k němu postavit systémově a v duchu započaté spolupráce nejrůznějších složek napříč resorty,“ sdělil národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil s tím, že kontrola musí jít daleko víc ruku v ruce s prevencí u dětí a větší informovaností u rodičů. Kontroly by se neměly omezit pouze na bary, kluby a restaurace, ale i na dodržování zákona při prodeji alkoholu dětem v běžných obchodech.

## Z DOMOVA

# AVZP chce odstranit diskriminaci z trhu zdravotnických prostředků

Nová Asociace výdejců a prodejců zdravotnických prostředků (AVZP) chce zastupovat registrované výdejce a prodejce zdravotnických potřeb a podporovat dostupnost a kvalitu poskytované péče. Její vznik je reakcí na nepřehlednou situaci, kterou způsobil nový zákon o zdravotnických prostředcích.

„Registrované výdejce zdravotnických prostředků dosud neměly jednotné zastání, což způsobilo, že se dostáváme do situace podstatně složitější, než v jaké jsou takzvané smluvní výdejce zdravotnických prostředků. Zdravotní pojišťovny totiž běžně uzavírají smlouvy, aniž by požadovaly splnění zákonných požadavků,

jako je například potřebné vzdělání personálu. Tento stav považujeme za diskriminační a chceme se zasadit o jeho nápravu,“ popsala motivaci k založení AVZP její předsedkyně Martina Nesvadbová.

Asociace usiluje o seriózní partnerství s veřejnými institucemi i zákonodárci a chce být rovněž

partnerem pro jednání s ostatními regulátory. Zároveň bude svým členům sloužit jako platforma pro sdílení praktických zkušeností a znalostí.

## Proti nejasnosti zákona

Veškeré činnosti AVZP se budou vztahovat k zákonu o zdravotnických prostředcích, aby se vyřeši-

ly nejasnosti, které zákon vyvolal. Jak uvedla mluvčí AVZP Karolína Kroupová, asociace chce ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví a Státním ústavem pro kontrolu léčiv navrhnout přechodná ustanovení v zákoně o zdravotnických prostředcích, aby bylo umožněno bezproblémové fungování výdejce a prodeje zdravotnických

prostředků do té doby, než vstoupí v platnost nutně legislativní změny.

## Ochrana pacienta

Asociace chce zastupovat nejen segment řádně registrovaných výdejců a prodejců zdravotnických prostředků, ale také zájmy pacientů, pro něž chce zajišťovat maximální kvalitu dostupné péče.

„Pokud pacienta bolí zub, jde s takovým problémem za specialistou, kterým je stomatolog. Obdobně je tomu v případě výdejce zdravotnických potřeb. Nesprávný výběr či neodborná aplikace mohou způsobit zhoršení zdravotního stavu každého pacienta,“ upozorňuje Martina Nesvadbová. (klu)

## Stejné podmínky pro všechny výdejce zdravotnických prostředků

Asociace výdejců a prodejců zdravotnických prostředků (AVZP) sdružuje 30 subjektů a jejím cílem je hlavně změna zákona o zdravotnických prostředcích, aby se na trhu nastavila jasná pravidla příznivá pro pacienty. Na otázky redakce odpověděla tisková mluvčí AVZP Karolína Kroupová.

**Uvádíte praxi, kdy zdravotní pojišťovny běžně uzavírají smlouvy s výdejci ZP, aniž by po nich požadovaly splnění zákonných požadavků, jako je například potřebné vzdělání personálu. Zákon úroveň vzdělání výdejce ZP nekonkretizuje?**

Zatímco zákon o zdravotnických prostředcích stanovuje v případě výdejce zdravotnických prostředků, jaké konkrétní fyzické osoby mohou vydat lékařem předepsaný zdravotnický prostředek pacientovi, v případě smluvních výdejců tak zákon nečiní. To jinými slovy znamená, že v lékárně a vý-

dejce zdravotnických prostředků vydá předepsaný zdravotnický prostředek farmaceut nebo farmaceutický asistent, tedy skuteční odborníci pro oblast zdravotnických prostředků. U smluvního výdejce však tato jistota není, jelikož předepsaný zdravotnický prostředek může vydat i osoba, která nemá požadovanou odbornost či specializaci.

**S jakými dalšími problémy plynoucími ze zákona o ZP se výdejce potýkají?**

Členové AVZP splňují veškeré zákonné podmínky pro provozování

výdejce zdravotnických prostředků – zaměstnávají odborníky, kteří disponují požadovaným vzděláním, splňují technické vybavení provozoven a zároveň jsou řádně registrovaní u příslušného Krajského úřadu. Oproti tomu smluvní výdejci tyto podmínky nesplňují, přesto s nimi zdravotní pojišťovny běžně uzavírají smlouvy. To vede k znevýhodnění pacientů, kteří jsou vystaveni pochybné péči neodborných pracovníků. Naši členové, jakožto skuteční specialisté v oboru zdravotnických prostředků, mají formální vzdělání, které jim umožňuje poskytovat kvalitní péči o pa-

cienta a být mu nápomocni i radou při výběru vhodného zdravotnického prostředku.

**Čeho se konkrétně týkají přechodná ustanovení v zákoně o ZP, na jejichž tvorbě se chce AVZP podílet?**

Naším cílem je stanovit stejná pravidla, která budou platit stejně pro naše členy – řádně registrované výdejce zdravotnických prostředků – i pro smluvní výdejce. Nechceme, aby statut smluvního výdejce měl zvláštní výhody oproti registrovaným výdejcem zdravotnických prostředků. Toto je nutné za-

kotvit zákonem o zdravotnických prostředcích.

**Chce se AVZP podílet na novelizaci zákona o ZP?**

Určitě ano. Jelikož náklady na zdravotnické prostředky se pohybují v hodnotě několika miliard ročně, chtěli bychom novelizací zákona o ZP vrátit jasná pravidla do výdejce zdravotnických prostředků v České republice a zamezit tak případným únikům či nesrovnalostem v této oblasti. Domníváme se, že toho lze dosáhnout mimo jiné zakotvením konkrétních povinností takzvaných smluvních výdejců. (připravila Petra Klusáková)

# Česká lékárnická komora zvolila nové vedení

Delegáti XXV. sjezdu České lékárnické komory zvolili prezidentem komory Lubomíra Chudobu, viceprezidentem pak Aleše Krebse. Vyzvali rovněž ministra zdravotnictví, aby odměňování lékárníků bylo stále méně závislé na ceně vydávaných léků, a připomněli nezastupitelnou roli lékárníka jako zdravotníka.

Hlavním bodem letošního sjezdu delegátů České lékárnické komory (ČLnK) byly volby do centrálních orgánů komory.

## Bezpečný výdej léku

„Lékařníci především důrazně vyzývají ministra zdravotnictví k urychlenému řešení kritické ekonomické situace nezávislých veřejných lékáren provedením zásadní změny v odměňování za poskytnutou péči v podobě snížení závislosti odměny lékárníka na ceně vydávaných léčivých přípravků. Ve svém sjezdovém usnesení upozornili také na opakovaně snahy některých obchodníků

o zavedení změn výrazně rizikových pro bezpečnost léčby,“ řekl na sjezdu prezident ČLnK Lubomír Chudoba.

## „Ne“ distančnímu prodeji RX

Sjezd odmítl návrhy umožňující distanční výdej léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis, tedy objednání léků na recept přes internet a jejich zaslání domů. „Distanční výdej nenaplnuje podmínky dané pro *lege artis* výdej léčivých přípravků dané mimo jiné Doporučeným postupem ČLnK pro výdej léčivých přípravků vázaných na lékařský před-

pis. Výdej léčivých přípravků na recept lékárníkem přímo pacientovi není samoučelný, ale zajišťuje především správné a bezpečné užívání léků. Léčivé přípravky na recept jsou při nesprávném užívání, skladování a přepravě zdraví nebezpečné. Vystavovat pacienty riziku jen proto, že internetoví obchodníci chtějí pod rouškou péče o pacienty rozšířit svůj sortiment a zvýšit své zisky, není na místě. Sami lékárníci jsou schopni lékárenskou péči o všechny pacienty zajistit,“ shodli se delegáti sjezdu.

„Úloha lékárníka jako zdravotníka je zcela nezastupitelná v sys-

tému poskytování bezpečné a kvalitní péče. Díky osobnímu kontaktu s pacientem spojenému s jeho poučením a kontrolou předepsaných léků, jejich interakcí včetně užívaných doplňků stravy zajišťuje jedinou bezpečnou cestu pro správné užívání léků,“ doplnil nový viceprezident Aleš Krebs.

## Jen na odpovědnost lékárníka

Delegáti sjezdu odmítají opakované snahy o legalizaci výdejce léčivých přípravků v ordinacích lékařů nad rámec stávající právní úpravy. Jak se sjezd vyjádřil, výdej léčivých přípravků v ordina-

cích snižuje úroveň bezpečnosti léčby pacienta, neboť zruší pojistku chránící jeho zdraví v podobě odpovědnosti lékárníka za kontrolu předepsané medikace. Lékárník eliminuje chyby, které mohou vzniknout při předepisování léčivých přípravků. Výdej léčivých přípravků v ordinaci je dále jednoznačně neekonomické a korupční opatření v podobě neakceptovatelného spojení předepisující a vydávající osoby.

Sjezd se také ohradil proti postupu krajů nebo krajů vlastněných a spoluvlastněných společností, které zakládají nové lékárny v místech, kde je již lékárenská péče dostatečně zajištěna. Místo toho, aby zajistily lékárenskou péči ve venkovských oblastech, tak dochází k faktické likvidaci stávajících fungujících lékáren v okolí nově budovaných. (klu)

# Kroky bez jasného cíle

Obrátit zdravotnický systém naruby je legitimní politické rozhodnutí, ale mělo by se to dělat otevřeně za veřejné diskuse, nikoli pokoutně salámovou metodou.

Frontální útoky na ministra Svatopluka Němečka zatím Andreji Babišovi nevycházely, a proto se rozhodl, že na to půjde od lesa. Rozpočtový výbor poslanecké sněmovny schválil vládní návrh změny rozpočtových pravidel. To by mohla být velmi nudná zpráva, kdyby součástí této novelizace nebyla povinnost zdravotních pojišťoven převést všechny své účty od komerčních bank k České národní bance (ČNB). Pokud tento nápad projde ostatními fázemi legislativního procesu, bude to velmi významný posun ve fungování českého zdravotnictví.

## Bez úroků

Ministr financí Babiš má od svého nástupu do funkce velké politické trauma z toho, že nedosáhne na peníze, které se ve zdravotnictví protáčejí, přestože jich tam čtvrtinu sám posílá ze státního rozpočtu v platbách

za státní pojištění. Pokud by tyto peníze přistály na účtech centrální banky, staly by se součástí systému státní pokladny, takže Babišův úřad by s jejich částí mohl nakládat dle libosti. Zároveň by měl Babiš

lepší přehled o tom, kam peníze ze zdravotního pojištění putují. Tolik oficiální argumenty ministerstva financí, jehož šéf je stále přesvědčen, že aktéři zdravotnického systému kradou, ani poledne nedrží a bez přísného dohledu majitele Agrofertu nepřestanou. Jenže opatření s sebou nese řadu dalších důsledků. Komerční banky jsou obvykle rády, když na jejich účtech klient protáčí miliardové částky. Jsou za to ochotny zdravotním pojišťovnám platit z uložených peněz procentuálně malé, ale nominálně nezane-



Martin Čaban

dbatelné úroky, které u ČNB nebudou. Tyto příjmy vedle příjmů z pokut a penále zaměstnanecké pojišťovny využívají pro plnění svých fondů prevence. A fondy prevence zase představují jediné peníze, které mohou pojišťovny využít k tomu, aby se alespoň nějak odlišily od konkurence. Pokud významný zdroj příjmů těchto fondů vyschne, povede to nutně k ještě většímu zglajchšaltování nabídky. A to zase nutně vyvolá otázku, zda je zapotřebí živit systém sedmi prakticky stejných pojišťoven.

Jisté lze změnit zákon o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, který pravidla plnění fondů prevence upravuje. Ale takový návrh na stole není, navíc příjmy z úroků od bank prostě nenávrat-

ně zmizí a každé peníze, které je případně nahradí, budou nevyhnutelně chybět jinde.

## Podnikatelova lákavá myšlenka

Z tohoto řetězce prostých úvah se zdá, že se současná vláda rozhodla vykročit k systému jedné (státní) zdravotní pojišťovny. To by bylo zcela legitimní politické rozhodnutí vlády, v níž hraje prim levice. Problém je v tom, že přes tento i další kroky směřující k zestejnění nabídky pojišťoven a omezení jejich role se k tomuto politickému kroku nikdo oficiálně nehlásí. Těmi dalšími kroky jsou třeba Němečkova snaha sebrat pojišťovněm smluvní volnost ve vztahu k neziskovému nemocnicím nebo zjevně rostoucí role úhradových vyhlášek na úkor dohodovacích řízení. Namísto jasného politického slova to však vypadá na pokout-

Foto: Hynek Glaz / Euro



ní salámovou metodou, což nebudí důvěru.

Pak je tu ještě druhý možný scénář, a totiž že se Babišovi po převedení peněz ze zdravotního pojištění do ČNB podaří ještě uskutečnit jeho pozapomenutý nápad, aby úhradové vyhlášky vydávalo ministerstvo financí. Pak by bylo možné v podstatě rovnou zrušit ministerstvo zdravotnictví, což je na rozdíl od státní zdravotní služby skutečně neotřelá myšlenka. A pro podnikatele, který má významnou aktivitu i ve zdravotnickém byznysu, určitě dost lákavá. Ani tento politický cíl si však Babiš zatím oficiálně nevytkl.

Inzerce M151000740



Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Mladá fronta a. s., Vás zvou na konferenci



Pozvánka na konferenci

## Demence v České republice

Akce se koná pod záštitou ministryně práce a sociálních věcí Michaely Marksové a ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka

19. 1. 2016 Hotel Olšanka, Praha

### MÍSTO KONÁNÍ

Hotel Olšanka, Táboritská 23/1000, Praha 3 – Žižkov

#### Dopolední blok:

- Stav péče o osoby trpící demencí, náklady na péči u nás a v Evropě
- Akční plán pro Alzheimerovu nemoc
- Péče o osoby trpící demencí ve zdravotnictví

- Péče o osoby trpící demencí v sociálních službách
- Aktuální situace v péči o osoby s demencí v ČR

#### Odpolední blok:

Mezinárodní kulatý stůl zaměřený na dobrou praxi a používané nástroje v péči o osoby s demencí ve Švýcarsku

Hosté: odborníci z organizace CURAVIVA Schweiz

#### INFORMACE POŘADATELE

Informace a přihlášky on-line na internetových stránkách:

[www.apsscr.cz](http://www.apsscr.cz)  
[www.kongres-medical.cz](http://www.kongres-medical.cz)

Registrační poplatek: 590 Kč

Hlavní partneři:



Mediační partneři:



## Z DOMOVA

# Péče o zdraví zaměstnanců se vyplatí

Mezi zdravým zaměstnancem a efektivní firmou jde o *win-win* vztah, tvrdí Unie zaměstnavatelských svazů ČR, která pořádala v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR odbornou konferenci Péče o zdraví zaměstnanců.

„Chytré firmy vědí, že zaměstnanec, který je ve fyzické i psychické pohodě, pracuje lépe a je méně nemocný. Proto nespolehají pouze na státní zdravotní systém, ale samy nabízejí svým zaměstnancům cílené zdravotní programy. Může jít například o očkovací programy, odvykání kouření nebo školení pro snížení stresu. Nejenže tím zaměstnavatelé aktivně snižují ztrátu produktivity kvůli zdravotní absenci v práci, ale získávají si věrnost a vyšší motivaci k práci svých zaměstnanců. Výsledky pak zaznamenají v podobě vyšších výnosů a menší fluktuace,“ uvedl na konferenci prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR Jiří Horecký. Zaměstnavatelé nabízejí vitaminy, vouchery na cvičení, pravidelný přísun čerstvého ovoce na pracoviště. Za zdravotní benefit lze považovat i oblíbené „*sick days*“, tedy určitý počet dnů v roce, které může zaměstnanec vyčerpat, pokud mu není dobře a potřebuje vyležet začínající onemocnění, aniž by si musel brát nemocenskou či dovolenou.

## Podílejí se i zdravotní pojišťovny

„Stále však vidím nevyužitý potenciál ve spolupráci firem se zdravotními pojišťovnami či lékárnami. Firmy nemusejí nést náklady zcela samy. Známe velké společnosti, které umí kombinovat a jejich zkušenosti bychom chtěli přenést i do středně velkých firem. Proto jsme na konferenci pozvali například zástupce společnosti ArcelorMittal,“ nadnesl prezident Horecký. Ostravská společnost ArcelorMittal se od září letošního roku stala nekuřáckou společností. Zaměstnancům-kuřákům zároveň nabídla pomoc s odvykáním kouření. Firma program obohatila spoluprací se zdravotní pojišťovnou, která uhradila část nákladů.

Podobný příklad najdeme i ve státní správě. Armáda ČR nabídla před dvěma lety zaměstnancům program na odvykání kouření. Z celkem 227 žen a mužů, kteří se k projektu odvykání kouření přihlásili, jich 159 přestalo v průběhu programu kouřit. Vzhledem k tomu, že ČR je jediná z 34 zemí OECD, kde se stále zvyšuje počet

kuřáků a spotřebu cigaret se řadí mezi první čtyři státy v Evropě, jsou odvykávací programy pro zaměstnance obzvláště vhodnou volbou zaměstnavatelů.

## V nemocnici 55 milionů ročně

Zajímavý pohled na to, jak se kouření zaměstnanců odráží na fungování společnosti, konkrétně zdravotnického zařízení, na konferenci představila doc. Eva Králíková z Centra pro závislost na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN. „Ztrátu pro zaměstnavatele způsobuje nejen prokouřená doba, ale také doba v pracovní neschopnosti, kde zaměstnanci-kuřáci tráví v průměru o 33 hodin ročně více než nekuřáci. Vezmeme-li v úvahu nemocnici se dvěma tisíci sestrami, kouří jich zde asi 40 procent, tedy 800 sester. Pokud každá denně vykouří 4 až 5 cigaret, trvá to hodinu za směnu, celkově je tedy denně prokouřeno přibližně 800 hodin pracovní doby. Pokud průměrný plat sestry (31 tisíc) vydělíme počtem odpracovaných hodin, vyjde jedna pro-

kouřená hodina na 197 korun, vynásobeno 800 hodinami vyjde na 157 tisíc korun denně, ročně 40 milionů korun nákladů na prokouřenou pracovní dobu. Obdobně v nemocnici s 1000 lékaři, z nichž kouří 16 procent, dojde k ročním nákladům 15 milionů korun, celkem tedy 55 milionů korun za rok za obě profese,“ vypočetla neuvěřitelnou sumu doc. Králíková.

## I střední firmy mohou

To, že důraz na zdraví zaměstnanců má i ekonomický dopad, potvrdila také Pavlína Kalousová z národní platformy odpovědných firem Byznys pro společnost. „Každý dolar investovaný do zdravotních programů má návratnost 3-8 dolarů. Velké firmy se zaměřují jak na fyzickou, tak na psychickou stránku, mají svá fitness centra, zdravotnická zařízení na pracovišti, protistresová opatření, podporují sladování pracovního a soukromého života. Ale i středně velké firmy mohou dosahovat stejných výsledků – poukázky zaměřené na zdraví, hubnoucí programy,



Doc. Eva Králíková | Foto: archiv UZS

očkování či poradenství v oblasti odvykání kouření lze jako zaměstnavatelské benefity zavést v každé společnosti,“ dodala Pavlína Kalousová.

Jak může být pomoc zaměstnavatele účinná, dokazuje například společnost IBM, která 5 let zkoumala, jaký reálný vliv na zdraví má účast jejích zaměstnanců ve zdravotních programech. Ty byly zaměřeny například na krevní tlak, redukci krevních tuků, odvykání kouření či úbytek hmotnosti. Více než 60 % účastníků programu klesl krevní tlak, více než polovina přestala kouřit.

(klu)

# Záchranáři vystaveni násilí

Zaměstnanci zdravotnických záchraných služeb napříč Českou republikou neustále čelí agresivitě pacientů i třetích osob, jimž zachraňují život v akutních stavech. Redakce ZaM zjišťovala, jak své zaměstnance jednotlivá zdravotnická zařízení ochraňují.

Předpokladem zvládnutí krizových situací, kdy jsou pacienti či třetí osoby zároveň agresory, je odolnost vůči stresu, připravenost a schopnost odhadnout míru nebezpečí. Jak uvedla mluvčí Záchrané služby Hlavního města Prahy (ZZS HMP) Jiřina Ernestová, nové zaměstnance pražská záchranka v rámci adaptačního procesu školí ve fyzické sebeobraně a v komunikaci s agresivním pacientem. „Cílem je nácvičit správné volby výrazových prostředků, přístupu posádek a simulace předcházení konfliktu. Záchranáři se školí i v oblasti psychologie. V našem vzdělávacím a výcvikovém středisku se každý případ napadení podrobně analyzuje, akteři se zaměřují na odhalení příčin konfliktu a možností prevence,“ uvedla mluvčí Ernestová s tím, že

kurzy komunikace a psychologie navštěvují zaměstnanci záchranek také opakovaně, v rámci celoživotního vzdělávání.

## „Panik tlačítka“

Ani důsledná školení ale nedokážou záchranáře ochránit před každým rizikem. Jen pražská záchranka eviduje v letošním roce 9 napadení, jedno z nich dokonce vyústilo v dočasnou pracovní neschopnost. Proto jsou součástí výbavy sanitek „panik tlačítka“ na palubní desce či ochranné spreje. Tlačítkem lze v případě ohrožení aktivovat zdravotnické operační středisko, které přivolá policii. Pokud dispečerů při prvotní informaci o zásahu ZZS tuto rozhodnutí dopředu jako rizikovou, posílají policii na místo události souběžně.

Systém ochrany posádek sanitních vozů provozuje také společnost Alkom. Princip, kdy je ve vozidle instalována GPS jednotka a přijímač bezdrátových tísňových hlášení (klíčenek), popsal naší redakci ředitel společnosti Alkom Jiří Růžička. „Tyto klíčenky má posádka vozidla u sebe, a tak je v dosahu několika desítek metrů od vozidla v případě napadení chráněna tím, že aktivuje klíčenku, která prostřednictvím vozidlové jednotky odešle polohu vozidla spolu s žádostí o pomoc. Následně je vyslána soukromá výjezdová skupina, jež dojde na udané souřadnice a pomůže napadené posádce s pacifikací útočníka. Případně může být vyzooměna policie,“ uvedl ředitel Růžička a dodal, že výhodou systému je lokalizace auta, a to i v případě jeho odcizení.

## Přejatá noha počká

Jak nebezpečné práci jsou záchranáři vystaveni, dokládá konkrétní výčet útoků, který naší redakci poskytla mluvčí ZZS Středočeského kraje Petra Effenbergerová. „Nejčastějšími způsoby fyzického útoku jsou pěstní ataky, kopání a kousání. Mezi projevy agresivity patří i verbální útoky na záchranáře, ty jsou u pacientů pod vlivem alkoholu a drog poměrně časté. Každým napadením záchranářů se zabývá policie, útočníci obvykle dostanou pokutu, někdy podmínečný trest,“ uvedla mluvčí.

Záchranáři služba Karlovarského kraje v poslední době řešila například fyzické napadení řidiče záchranáře, který se snažil ochránit záchranářku před agresivním pacientem. Ochrana kolegyně ho stála ránu do obličeje. Dalším ex-

cesem bylo přejetí nohy řidiče-záchranáře netrpělivým řidičem ve chvíli, kdy byla částečně uzavřena silnice, v níž parkovala sanitka. Řidič-záchranář vynášel věci pro záchranu pacienta z vozu a řidič, který projížděl tímto místem, nechtěl čekat a přejel záchranáře nohu. „Ve všech případech ale záchranáři nejprve dokončili práci s pacientem, ošetřili jej a převezli na místo poskytnutí následné péče. Až poté řešili svá zranění, což je úctyhodné,“ podtrhla obětavost zdravotníků tisková mluvčí ZZS KVK Petra Bakurová.

Jak dodala, ZZS KVK nepodceňuje riziko zranění záchranářů ani nebezpečnou situaci, ve které se mohou ocitnout. I oni používají vedle možnosti asistence policie *emergency* tlačítka. Signál na zdravotnické operační středisko a policii zároveň využívají právě ve chvílích, kdy operátorům nemohou dát vědět, že jsou v tísni, tedy např. pokud nastane čas cokoliv ústně sdělovat nebo kdyby se vědomým voláním o pomoc mohla situace na místě ještě více vyhroutit.

Petra Klusáková

# Jak na preskripci nových perorálních antikoagulancií



**PORADNA Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR**

VZP ČR v loňském roce přistoupila k plošným revizím správnosti a oprávněnosti při předepisování léčiv skupiny NOAC (New Oral AntiCoagulants), konkrétně léčiv s názvy Pradaxa, Xarelto a Eliquis. Důvodem byl rostoucí objem předepisovaných léčivých přípravků z této skupiny i prostředků veřejného zdravotního pojištění, které na ně byly v posledních třech letech vynaloženy.

Zjistili jsme výraznou nejednotnost ve výkladu úhradových pravidel a v jejich aplikaci v reálné klinické praxi. Dále jsme zjistili, že se ambulantní specialisté významně liší v názorech na správný léčebný postup, resp. na relevantní zdravotní důvody pro indikaci konkrétního léčivého přípravku ze skupiny NOAC a délku jeho podávání. Navíc vedle nových pacientů jsou tyto léky zbytečně předepisovány i pacientům, kteří dosud užívali výrazně levnější Warfarin (řádově již 160 000 pacientů).

## Vyjasnění úhradových pravidel

Nejen proto jsme velmi přivítali, když reprezentanti České kardiologické společnosti a Sdružení ambulantních specialistů iniciovali jednání, jehož cílem bylo sjednotit interpretaci

indikačních omezení SÚKL pro úhradu NOAC z prostředků veřejného zdravotního pojištění a vyjasnit si nejčastější výkladové spory.

Výsledkem těchto jednání jsou dva zápisy zveřejněné na webových stránkách VZP ČR, ve kterých jsou komentována úhradová pravidla s příklady správných a nesprávných postupů. To by mělo významně pomoci klinickým lékařům při rozhodování o účelné farmakoterapii, stejně jako revizním lékařům při hodnocení legitimacy preskripce a při revizích ze strany VZP ČR. Texty najdete na adrese: [www.vzp.cz/NOAC](http://www.vzp.cz/NOAC).

Nejčastější chyby při preskripci léčiv ze skupiny NOAC vyplývaly zejména z nejednotného výkladu následujících ustanovení. Ta jsou uvedena v indikačních omezeních SÚKL u jednotlivých zástupců NOAC jako závazná pro úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění:

1. nemožnost pravidelných kontrol INR,
2. nežádoucí účinky při léčbě Warfarinem a hodnocení krvácivých projevů jako důvodu pro ukončení, resp. změnu léčby,



**MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová, MBA,**

ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče

3. nemožnost udržet INR v terapeutickém rozmezí 2,0–3,0,

4. indikace NOAC při léčbě a v prevenci hluboké žilní trombózy a délka podávání.

## Jak hodnotit INR

Ze zveřejněných zápisů vyplývá, že např. **logistické důvody nelze považovat za relevantní zdravotní indikaci k předepsání NOAC**. Obtížná dopravní obslužnost či omezená mobilita končetin a celková hybnost pacienta nejsou pro VZP ČR zdravotním důvodem pro akceptování převedení z Warfarinu na NOAC a jejich úhradu. Pravidelné vyšetření krve

(INR) lze zajistit metodou POCT v ordinaci praktického lékaře. Na základě jeho indikace může odběr žilní krve k provedení vyšetření INR a sledování účinnosti antikoagulační léčby také zajistit všeobecná sestra praktického lékaře nebo domácí zdravotní péče.

Velmi cennou informací pro ambulantní speciality bude určitě v zápise uvedený komentář ke krvácivým projevům. Ty jsou častým nežádoucím účinkem antikoagulační léč-

by Warfarinem a častým důvodem, který obhajuje převedení pacientů z Warfarinu na NOAC, jak vyplývá ze zdravotnické dokumentace. Rozhodně **nemohou být k úhradě tolerovány nekonkrétní a anamnestické údaje o krvácivých příhodách pacienta** ve zdravotnické dokumentaci, tím spíše, pokud hodnoty INR jsou v terapeutickém nebo subterapeutickém rozmezí.

Nemožnost udržet hodnoty INR v terapeutickém rozmezí jako důvod pro změnu léčby a převod pacienta z Warfarinu na některý NOAC musí být v dokumentaci doložena 2 ze 6 měření v řadě a současně snahou o titraci účinné dávky Warfarinu. Nezbytná je součinnost pacienta. Zápis se dotkl i doporučeného postupu při přebírání pacientů z akutní lůžkové péče do péče ambulantních specialistů i jejich přípravy na plánovanou kardioverzi či radiofrekvenční ablacii provedenou za hospitalizace.

Společná dohoda také vymezila, kdy je potřebné, aby sporná indikace k nasazení NOAC byla předem posouzena revizním lékařem, který může rozhodnout o úhradě v této situaci.

VZP ČR tímto článkem připomíná zmíněné zápisy a dohody, protože v revizích oprávněnosti preskripce NOAC pokračuje a bude pokračovat. Zdůrazňujeme, že snahou revizí je racionalizovat preskripci antikoagulační terapie a vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění.

## Náklady na 1 pacienta/měsíc

B01AA03 – Warfarin	51,38 Kč
B01AE07 – Pradaxa	1521,49 Kč
B01AF01 – Xarelto	1073,63 Kč
B01AF02 – Eliquis	828,53 Kč

**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](http://www.vzp.cz)**

## ROZHOVOR

# Plodnost mužů se paradoxně nezhoršuje

S předností Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN v Praze **doc. MUDr. Michalem Pohankou, Ph.D.**, o směřování ústavu, postavení sexuologie mezi ostatními obory, potřebě efektivnější síť pro pacienty se sexuální deviací, plodnosti českých mužů i přístupu k sexuálnímu koučinku.

**Pokud se ohlédnete za svým dosavadním vedením ústavu, nastal v jeho fungování významný posun?**

Ústav vznikl v roce 1921 jako první univerzitní pracoviště na světě, které se sexuologií a plodností zabývalo. A v této dlouholeté tradici ústav pokračuje dál, i když v poslední době se vedle sexuálních dysfunkcí a deviací více zaměřujeme na zkoumání poruch plodnosti mužů a souvisejících patologií. Dalším těžištěm našeho výzkumu je vývoj sexuálního chování v průběhu jednotlivých dekád.

**V sexuologii není definovaná normalita, ale stavy, které jsou z různých důvodů považovány za „abnormální“, patologické nebo společensky nepřijatelné. Kam se společenská „nepřijatelnost“ v poslední dekádě posunula?**

Společnost je samozřejmě tolerantnější a některá tabu zdárně překonala. Náplň zdravotních služeb, které v ústavu poskytujeme, zahrnuje i péči o pacienty s deviacemi včetně pacientů, kteří mají nařízenou ambulantní ochrannou léčbu. Celoživotně také sledujeme pacienty s diagnózou transsexualismus, kteří dlouhodobě užívají hormonální terapii. Dlouhodobá medikace je také u nařízené ochranné léčby, kterou absolvují pacienti propuštění z ústavní léčby v psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrické klinice.

Při ambulantní péči vycházíme z faktu, že pacient je k léčbě motivován. V tom ho podporujeme a pomáháme mu i s pravidelným užíváním léků, aby nedošlo k recidivě, pokud tedy mluvíme o sexuologicky patologickém chování.

**Jak je to u pacientů, kteří motivaci nemají, léčit se příliš nechtějí, a vy víte, že mohou být při atace nebezpeční?**

S liberalizací a otevřeností společnosti může sexuálních patologií a pacientů s deviací přibývat. Proto je sexuologie jedním z oborů, který spolupracuje i s orgány činnými v trestním řízení – s policií a soudy. Téměř všichni pracovníci ústavu působí jako soudní znalci v oboru sexuologie a psychiatrie. Společně řešíme řadu případů, kdy pacient spá-

chal, nebo nespáchal trestný čin. Důležitým úkolem sexuologické ochranné léčby je, aby se pacient již nikdy nedostal do stavu, kdy se u něj zopakuje výše zmíněná ataka a on svůj společensky nepřijatelný nebo trestný čin zopakuje. Jenže projev deviace je často spuštěn konzumací alkoholu. Měli jsme zde celou řadu pacientů, kteří tvrdili, že svoji deviaci mají pod kontrolou, a stačilo, aby navštívili večírek spojený s masivní konzumací alkoholu, a recidiva u nich nastala. Mluví o těžších deviacích, jako je sadismus a sadomasochismus nebo pedofilie, tedy velice rizikové chování. Navíc je třeba si uvědomit, že všechny aspekty sexuální deviace vyléčit nelze. Proto musí být pacienti kvalifikovaně léčeni a pravidelně docházet k lékaři. V tomto ohledu chybí efektivnější síť péče o tyto pacienty. Náš ústav je zapojen do současného jednání o novém, efektivnějším uspořádání ochranných léceb u sexuálních delikventů, a to ve spolupráci s odbornými společnostmi (sexuologickou a psychiatrickou).

**Když mluvíte o posunu sexuálního chování ve společnosti, jak se jako odborník stavíte například k trendu sexuálního koučinku nebo sexuální terapie u osob s postižením?**

Tyto aktivity považuji za možné rozšíření spektra služeb pro lidi se sexuálními problémy. Pokud je nabídka i poptávka po takových službách, jde o záležitost k další diskusi. Je to jistě prolomení tabu a společnost směřuje k mnohem větší otevřenosti. Je však otázkou, jak se v praktickém životě tyto relativně nové jevy osvědčí.

**Nehrozí takto křehkým pacientům z vašeho pohledu nějaké riziko? Klade si sexuologický ústav v tomto ohledu na úkol vyvracet mýty nebo upozorňovat na rizika spojená s těmito novými typy služeb?**

Některé zahraniční zkušenosti vedou v hodnocení těchto aktivit k opatrnosti. Nesmíme zapomínat na to, že podobné intimní tělesné služby s sebou nesou nesporná hygienická rizika. Dále by to byl problém u sexuálních deviací, kde by tyto formy mohly



Foto: Leoš Chodura

být rizikem. Nebezpečí vidím také u pacientů, jejichž sexuální obtíže způsobuje zatím nediagnostikované onkologické onemocnění. Tam se v léčbě hraje o čas a prostoj, kdy pacient není rychle diagnostikován, mohou být fatální. U sexuální dysfunkce tyto přístupy problematické nejsou, pouze to nemusí fungovat a pacient může poté vyhledat odbornou pomoc. Každopádně to ale vnímám jako rozšíření alternativ pro pacientovu volbu. Přijít se sexuálním problémem do ordinace lékaře je pro pacienta často náročné, s laickým koučem se mu někdy prý lépe hovoří.

I proto je sexuologie oborem, kde ke kontaktu s lékařem není potřeba předchozí doporučení například od praktického lékaře. Důvodem je možnost rychlého nástupu léčby. Je velmi důležité, aby pacienti vyhledali pomoc co nejdříve po vzniku problému. Pokud pacient s dysfunkcí přijde až půl roku poté, co jeho problémy začaly, často je již rozvrácen i jeho partnerský vztah, což situaci zhoršuje a trpí pacientova psychika.

**V souvislosti s nedávným přestěhováním sexuologického ústavu do areálu psychiatrické kliniky se nabízí otázka, jak se v sexuologii odráží spolupráce s psychiatrií.**

Psychiatrie je tradičně naším nejbližším oborem, z něhož se sexuologie v historii vydělila. Některé ze sexuálních dysfunkcí nebo deviací mohou mít svůj podklad

v psychiatrické diagnóze. Pacienty se sexuální dysfunkcí zase tlak současné společnosti zaměřené na výkon sekundárně dovádí k úzkosti a depresi. V oblasti plodnosti a léčby pohlavních onemocnění má sexuologie úzký vztah zase s gynekologií, urologií a dermatovenerologií. Řada pacientů se léčí souběžně u nás a na některém z pracovišť těchto odborností.

**Jak významnou roli hraje v sexuologii farmakoterapie oproti jiným, například psychoterapeutickým postupům?**

Farmakoterapie není podmínkou léčby. Záleží na konkrétní diagnóze. Pokud jde o vztahové problémy, je na místě psychoterapeutická péče, tam farmaka paušálně neordinujeme. V případech sexuálních dysfunkcí, zejména u erektilní dysfunkce, jsou farmaka na prvním místě, protože problém řeší rychle a efektivně. Oddalování nástupu léčby v těchto případech jen zhoršuje celkový stav pacienta a přináší další komplikace. Nicméně pacient musí mít ve svého lékaře důvěru a svěřit se se všemi otázkami týkajícími se intimních věcí nebývá někdy lehké. Pacienti mohou v rámci ústavu konzultovat své potíže s psychologem.

**Jak řešíte případy, kdy se farmakoterapie psychiatrického onemocnění negativně odráží na pacientově sexualitě?**

Obecně víme, že existuje část psychiatrických léků, které mohou způsobovat sexuální dysfunkci,

zejména jde o neuroleptika a část antidepresiv (zejména ta s výrazně serotoninergním účinkem). Ale je důležité, aby byl pacient kompenzován v primárním onemocnění. S vedlejšími účinky jsme schopni si poradit, buď se dávkování léku upraví, nebo se nasadí jiný přípravek, případně lék k léčbě psychiatrického onemocnění kombinujeme s lékem na sexuální dysfunkce, abychom pacientovi umožnili normální sexuální život.

**Zmínil jste výzkum spermioqramu, lze z vašich dosavadních zjištění vyčíst nějaké trendy v plodnosti českých mužů v poslední době?**

Vzhledem k tomu, že disponujeme výsledky spermioqramů od 50. let minulého století, dokážeme data dobře srovnat. Paradoxně pozorujeme, že plodnost mužů se v dlouhodobém horizontu nezhoršuje. Zásadně se ale mění reprodukční strategie, muži zakládají rodiny v daleko pozdějším věku (v průměru o sedm či osm let později), než bylo běžné v 50. letech. Faktory, které mohou plodnost negativně ovlivnit, se s věkem zvyšují. Což tedy není jen případ mužů, totéž se týká i žen.

**Ústav poskytuje v rámci odborné ambulance také poradenství a terapii dětem a mladistvým s poruchami sexuálního chování a poruchami vývoje pohlavních orgánů. Je takových pacientů mnoho?**

Je to jedna z oblastí, kterou by komplexní sexuologie měla mít ve své náplni. Tento problém není úplně častý, ale pro tyto pacienty je zvlášť důležité vědět, že existuje místo, kde je jim taková zdravotní péče nabídnuta. Specifickou pozornost si zasluhují děti a mladiství s mentálními defekty a určitými poruchami chování (například hyperkinetický syndrom nebo autismus). Naši pacienti přicházejí z celé republiky, nemáme limitaci spádu. Ale vycházím z toho, že v krajích spádové ordinace jsou a fungují.

**Jste pro tyto ordinace něco jako vyšší pracoviště, kam posílají komplikované pacienty?**

Někdy pacienti skutečně přicházejí z regionálních ambulančí. Ale řada z nich nás vyhledá sama, protože si cení anonymity. Ta je pro náš obor významným faktorem a Praha ji oproti menším městům bezesporu nabízí.



# MZ: kontrola stravování musí zůstat na zdravotnících

Ministerstvo zdravotnictví opakovaně vyjadřuje nesouhlas s převedením části dozoru nad stravovacími zařízeními z gesce hygienické služby na Státní zemědělskou a potravinářskou inspekci (SZPI). Podle hygieniků navržená novela zákona o potravinách z pera resortu zemědělství ohrozí zdraví populace.

Návrh, který ministerstvo zemědělství předložilo Legislativní radě vlády, požaduje převést dozor nad stravovacími službami pod Státní zemědělskou a potravinářskou inspekci (SZPI), přičemž hygienická služba by kontrolovala pouze stravování ve školních jídelnách a zařízeních zdravotních a sociálních služeb. MZ s tímto posunem zásadně nesouhlasí.

„Krajské hygienické stanice dosud kontrolovaly stravovací služby v celé šíři a kontrola byla efektivní, protože nenarůstal počet nálezů například typu žloutenky. Kontrola hygieniků totiž zahrnuje také ověření zdravotní způsobilosti zaměstnanců včetně osobní hygieny, což mimochodem uklá-

dají nejen naše zákony, ale také potravinové právo Evropské unie. Ročně je v důsledku porušení tohoto požadavku preventivně vyřazeno z pracovní činnosti ve stravovacích službách kolem 2 tisíc osob, čímž zabráníme tisícům dalším onemocněním,“ uvedl hlavní hygienik ČR Vladimír Valenta a dodal, že inspektoři SZPI se oproti zdravotníkům z hygienické služby nesmějí seznamovat se zdravotním stavem personálu ani nesmějí nahlížet do zdravotnické dokumentace, takže kontrola zdravotní způsobilosti zaměstnanců stravovacích služeb by v případě přijetí novely zákona byla nulová. „Došlo by tak k přímému ohrožení zdraví obyvatel ČR a to jako hlavní hygienik

nemohu dopustit,“ uvedl Vladimír Valenta.

## Kontrolu potravin pod zemědělství

Ministr zemědělství Marian Jurečka se ale domnívá, že cílem novely není změna ani odebrání státního zdravotního dozoru včetně kontroly zdravotního stavu pracovníků. „Tato kompetence plně spadá do působnosti orgánů ochrany veřejného zdraví a není ani nemůže být předmětem výše uvedené novely zákona o potravinách,“ řekl ministr Jurečka, který chce ale kontrolu potravin jako celek dostat pod své ministerstvo. Kromě zvýšení ochrany spotřebitele si slibuje pokles zátěže velké části maloobchodníků včetně

zařízení společného stravování, kteří by byli ve vztahu k potravinám pod dohledem jediného dozorového orgánu. Navržené změny podle něj v žádném případě nezvyšují rizika nárůstu počtu onemocnění z potravy. Jenže v oblastech stravování mimo působnost resortu zdravotnictví by byla podle hlavního hygienika významně omezena preventivní funkce dozoru. „Bez kontroly zdravotního stavu zaměstnanců, bez možnosti nahlédnutí do zdravotnické dokumentace a bez informací o tom, zda pracovník nebyl v kontaktu s nálezem mimo své zaměstnání, se může stát, že v těchto zdravotníky nekontrolovaných zařízeních mohou obsluhovat lidé s nálezem,“ pohrozil Vladimír Valenta.

## Lékaři jednotně proti

Jeho obavy sdílí také zástupci řady odborných společností. Zcela zásadně převod zdravotní kontroly pod resort zemědělství slovy svého předsedy prof. Štěpána Svačiny odmítá Česká lékařská společnost JEP. Návrh zamítl také předseda Společnosti hygieny a komunitní medicíny ČLS JEP doc. Pavel Dlouhý: „Odborná veřejnost je znepokojena, tento návrh by přinesl

pouze zhoršení ochrany veřejného zdraví. Zatímco kontrolu by prováděla SZPI, nastalou krizi by již řešila hygienická služba, a to bez dostatečné znalosti, které by běžným dozorem do té doby získala.“

Předsedkyně společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii Pavla Křížová zdůraznila, že ochrana veřejného zdraví má klást důraz na prevenci, nikoli na inspekci. „Tyto argumenty jsme tvůrcům návrhu zákona nyní znovu předkládali a nechce se nám věřit, že nejsou vyslyšeny,“ uvedla.

Za společnost infekčního lékařství vyjádřila negativní stanovisko primářka Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí I. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Hana Roháčová, která vnesla do diskuse pohled klinického pracovníka: „Pracuji s nemocnými, kteří jsou v kontaktu s nálezem, často musí být izolováni. U infekčního lékařství je téměř nejdůležitější rychlost validního rozhodnutí, způsobu izolace a nástupu léčby. Tím zabráníme rozšíření infekcí v komunitě. Zde je naše vazba na orgány ochrany veřejného zdraví naprosto pevná a její narušení považuji za velmi vážnou záležitost.“

Petra Klusáková

## PŘECHÁZÍME NA NOVOU KOMUNIKAČNÍ PLATFORMU **VZP POINT**, KTERÁ NAHRAZUJE PORTÁL VZP:

- **Portál VZP končí 4. 12. 2015 a nebude už dostupný.**
- **Od 5. do 13. 12. 2015 bude nedostupný Portál VZP,** služby alternativního rozhraní Portálu VZP i aplikace Akord a EP2W pro poskytovatele zdravotních služeb.
- **Novou komunikační platformu **VZP POINT** spouštíme 14. 12. 2015.**
- **Ostatní služby elektronické komunikace budou v době odstávky plně dostupné.**

Sledujte naše webové stránky [www.vzp.cz/odstavka-portal](http://www.vzp.cz/odstavka-portal), kde budou postupně zveřejňovány další potřebné informace.



## Z REGIONŮ

# Roudnická nemocnice se nedohodla s pojišťovny, omezuje péči o některé pojištěnce

Podřipská nemocnice s poliklinikou v Roudnici nad Labem musí omezit péči a také překládat plánované operace u pojištěnců Vojenské zdravotní pojišťovny (VoZP), Oborové zdravotní pojišťovny (OZP) a Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV).

Nemocnice se s těmito pojišťovny nedohodla na nárůstu úhrad za péči.

## Peníze na péči nestačí

V podřipské nemocnici došlo k nárůstu hospitalizací o 18 %, u ambulantních zákroků o 23 %. Na znovuotevřeném gynekologicko-porodnickém oddělení došlo k nárůstu počtu porodů o 40 %, zvýšený zájem je také o další oddělení.

„Těchto skvělých výsledků bylo dosaženo díky vysokému nasazení všech zaměstnanců a je velmi smutné, že i přes tyto argumenty nedošlo s částí pojišťoven k dohodě o kompenzaci ná-

růstů poskytnuté péče v tomto roce,“ uvedl jednatel nemocnice Tomáš Krajiník. Upozornil rovněž na to, že současné nastavení úhrad je v přímém rozporu se snahou nemocnice zkvalitňovat péči, navíc prakticky znemožňuje růst objemu péče a nepočítá s jeho následky.

## Domluva je stále možná

„Vzhledem k popsanému nárůstu ošetřených pacientů a k vyčerpání zálohy na péči pro rok 2015 musíme tuto věc začít řešit okamžitě. Jsme nuceni překládat plánované operace. Ve vybraných případech, kdy by odklad operace měl na pacienta negativ-

ní dopad, se bude naše zdravotnické zařízení snažit poskytnout péči na vlastní náklady tak, aby byl dopad tohoto opatření minimalizován. Také doufám, že stanovisko pojišťoven k tomuto problému není definitivní a je stále šance, že přesun pojištěnců a nové kapacity budou zohledněny a poskytnutá péče bude uhrazena alespoň na úrovni variabilních nákladů, tak jak rozhodl Ústavní soud v roce 2013,“ dodává Tomáš Krajiník.

## Volba pacienta

Zástupci nemocnice zatím jednájí se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) o kompro-



Ilustrační foto: Shutterstock

misním řešení, díky kterému by se mohla uhradit alespoň variabilní část nákladů. Tak by bylo umožněno některým pojištěncům čerpat péči tam, kde si sami vybrali.

Zmíněné pojišťovny se zatím

k situaci veřejně nevyjádřily. „Povinnost čerpat péči v zařízeních, kde se prozatím kvóty dané pojišťovnou nepodařilo splnit, považujeme za nestandardní a demotivační,“ upozornil jednatel Krajiník. (ISO)

## Krátce z regionů

### • Nemocnice Sušice má nového provozovatele

Od začátku listopadu je novým provozovatelem Nemocnice Sušice skupina NEMOS, která provozuje ještě další dvě nemocnice v Karlovarském kraji. Skupina nemocnic převzala od obecně prospěšné společnosti Nemocnice Sušice.

„K 1. listopadu došlo k naplnění dlouho a transparentně avizovaného záměru. Naše skupina, v souladu s předchozími prohlášeními, nepřichází s žádnou revolucí ani pro pacienty, ani pro personál. Naším záměrem je převzít ze sušické nemocnice vše dobré a to doplnit o naše znalosti a zkušenosti z již provozovaných nemocnic,“ uvedl předseda představenstva skupiny NEMOS David Soukup.

Složení lékařského týmu ani vedení se nemění. „Osobně vítám i možnost získávat zpětnou vazbu a informace od dalších dvou nemocnic a vedení skupiny, což se zpětně projeví v kvalitě řízení nemocnice a v možnostech jejího dalšího rozvoje,“ prohlásil ředitel nemocnice Vladimír Sloup.

### • Jednatelkou Nemocnice Nymburk je Alena Havelková

Alena Havelková byla potvrzena ve funkci jednatelky Nemocnice Nymburk, s. r. o. Rada města Nymburk jí vybrala jako vítězného uchazeče

z 8 kandidátů. Alena Havelková byla dříve členkou dozorčí rady nemocnice, proto byla s jejím chodem už obeznámena. Výhodou této uchazečky byly podle starosty Nymburka Tomáše Macha také znalosti z působení na městském úřadě.

„V současné době, kdy je stav nemocnice stabilizován jak v oblasti zdravotní péče, tak po stránce ekonomické, a kdy je pozice ředitele dlouhodobě obsazena kvalitním odborníkem, není nutná působnost specializovaného krizového manažera. Největším úkolem pro následující období je realizace dvou zásadních investičních záměrů a nutnost provedení právních změn vyplývajících z historie obchodních vztahů mezi nemocnicí a jejím zakladatelem,“ uvedl Richard Vonička, poradce ministra zdravotnictví, který byl přizván do výběrové komise.

### • O fungující eAmbulanci mají zájem Němci

Už čtvrtým rokem usnadňuje pacientům objednávání do specializovaných ordinací v nemocnicích Kraje Vysočina systém tzv. eAmbulance, kterou krajští informatici vytvořili po vzoru obdobného objednávkového provozu na Tchaj-wanu. Nyní má o verzi upravenou pro nemocnice Kraje Vysočina zájem německá společnost

poskytující elektronické služby ve zdravotnictví.

„On-line objednávání využívá aktuálně v pěti krajských nemocnicích přes 43 tisíc klientů. Funguje dlouhodobě ke spokojenosti obou stran. Pacientům šetří čas a nemocnicím umožňuje rovnoměrné a efektivní využití personálu během celé služby,“ vysvětlil hejtman Kraje Vysočina Jiří Běhounek výhody systému, který pro tuzecké podmínky upravili krajští informatici.

Nejvíce využívají na Vysočině systém eAmbulance pacienti Nemocnice Jihlava, která od spuštění služby eviduje už 67 026 objednávek. „Pacienti se u nás prostřednictvím eAmbulance mohou objednat do čtyřicítky ambulancí, denně službu využije několik desítek lidí,“ řekla mluvčí Nemocnice Jihlava Monika Zachrlavá. „V havlíčkovobrodské nemocnici se pacienti mohou elektronicky objednat do dvaceti specializovaných ambulancí. Nejvíce využívají on-line registrace do ambulance rehabilitace nebo do poradny vývojové péče,“ doplňuje mluvčí Nemocnice Havlíčkův Brod Petra Černo.

### • Nemocnice v České Lípě usiluje o bezpečnost

Nemocnice v České Lípě se zúčastní celostátní soutěže Bezpeč-

ná nemocnice, kterou vyhlašuje Kraj Vysočina. Do letošního osmého ročníku se nemocnice přihlásila s projektem „Kde všude číhá nebezpečí?“. Součástí tohoto projektu je výcvik a školení zdravotnického personálu.

„Vzhledem k tomu, že není jednoduché naše pracovníky ochránit před všemi nepředvídatelnými událostmi, rozhodli jsme se je alespoň učít jak se adekvátně bránit agresorům,“ popsala podstatu současnějšího projektu jeho zpracovatelka a manažerka kvality nemocnice Alena Brodská.

Součástí školení byly semináře, učební videa i kurz praktické sebeobraně, kde se personál učil odhadnout nebezpečnost situace, vyhodnotit poměr sil i použít účinných obranných prostředků. Školení se zúčastnilo 133 zaměstnanců. „Hlavním kritériem pro realizaci našeho projektu a současně nejdůležitějším faktorem pro jeho existenci byl zejména zájem a ochota našich zaměstnanců aktivně se do bezpečného řešení krizových nebo jinak problematických situací zapojit,“ uvedl generální ředitel nemocnice Jaroslav Kratochvíl. „Již dnes je možné říci, že projekt byl úspěšný, došlo ke snížení počtu napadení zaměstnanců. O tom, jak bude úspěšný v celostátní soutěži, pak bude rozhodnuto na 9. ročníku ce-

lostátní konference „Dny bezpečí v lednu 2016,“ uvádí se v tiskové zprávě.

### • Novým ředitelem hustopečské nemocnice se stal Karel Doležal

Rada Jihomoravského kraje rozhodla o jmenování Karla Doležala do funkce ředitele Nemocnice Hustopeče. Karel Doležal tak skončil své sedmileté působení v Úrazové nemocnici v Brně.

Nový ředitel má nemocnici stabilizovat. Kvůli dluhům již dříve převezl nemocnici od města Hustopeče Jihomoravský kraj. „Ředitelem se stal na základě jednomyslného doporučení výběrové komise. Je zkušeným a respektovaným manažerem ve zdravotnictví,“ uvedl hejtman Jihomoravského kraje Michal Hašek.

Nový ředitel bude jednat se zdravotními pojišťovny. „V nemocnici je navíc oproti minulosti jen polovina lůžek, ale všechny budovy zůstaly. Na ně se musí vydělávat, a proto budu hledat cestu najít k jejich využití. Mohly by najít využití pro sociálně-zdravotní péči,“ uvedl ředitel Doležal.

Tím by se mohly snížit náklady. „Zároveň by se tím vyřešila péče například o staré a nemocné lidi. Budu o tom jednat se starosty regionů,“ doplnil.

(ISO, klu)

# Končí Portál VZP. Přichází VZP POINT!

**Využíváte Portál VZP? Už nebudete. Od poloviny prosince ho totiž nahradí VZP POINT. Tuto novou komunikační platformu vyvinula Všeobecná zdravotní pojišťovna vlastními silami, přičemž se opakovaně v rámci testování ptala vybraných skupin uživatelů, jak vše udělat k jejich co největší spokojenosti.**

Podobu nově vznikajícího nástroje pro komunikaci s největší zdravotní pojišťovnou tak měli možnost ovlivnit – a také ovlivnili – jak samotní lékaři, tak třeba zástupci nemocnic či zaměstnavatelů. VZP navíc počítá s tím, že na základě zkušeností z praxe a případných připomínek a požadavků od uživatelů bude VZP POINT i nadále upravovat a vylepšovat.

## 1) KDY SKONČÍ PORTÁL VZP?

Portál VZP bude naposledy v provozu 4. 12. 2015, pak se navždy odmlčí. Od 14. 12. 2015 ho nahradí VZP POINT. Tomu ovšem musí předcházet několikadenní odstávka, při které proběhne migrace velkého množství dat a jejich kontrola.

Od 5. do 13. 12. 2015 proto už nepoběží Portál VZP a ještě ani VZP POINT. Nepůjde ani alternativní rozhraní Portálu VZP, aplikace Akord a EP2W pro poskytovatele zdravotních služeb. I při odstávce ale můžete

využít služby B2B a datovou schránku. Dokumenty můžete zaslat i písemně či osobně doručit na pobočku.

## 2) CO NOVÉHO PŘINESE VZP POINT?

Jak už bylo napsáno výše, VZP POINT začne fungovat od 14. 12. 2015 a od začátku nabídne příjemnější a in-

chodu ze starého na nové zmatení a zahlcení novými věcmi, budou další novinky nabíhat postupně.

## 3) JAKÝ MÁ ZMĚNA SMYSL?

Jedním z hlavních důvodů je snaha ušetřit. Za provoz Portálu VZP platí pojišťovna společnosti IZIP, a.s.,

zájem. Základní filozofií je také to, že uživatelům nesmí se změnou vzniknout žádné potíže či nepohodlí.

## 4) NEBUDE PŘECHOD SLOŽITÝ?

Nesmí být a nebude. Vývojový tým měl jako jedno z hlavních zadání, aby pro uživatele bylo od prvního přihlášení

struktázní videa, s jejichž pomocí se uživatelé názorně seznámí s jednotlivými funkcemi. Chybět nebudou ani odpovědi na nejčastější dotazy. Pracovníci VZP budou navíc připraveni pomoci na čísle 952 222 222 a na adrese [ekk@vzp.cz](mailto:ekk@vzp.cz).

## 5) DOZVÍ SE O ZMĚNĚ VŠICHNI VČAS?

VZP dělá vše pro to, aby to tak bylo. Kromě upozornění formou inzerce a článků ve zdravotnických médiích a na internetových serverech, které jsou především navštěvovány zaměstnavateli a OSVČ, bude pojišťovna svým partnerům rozesílat i direct maily. Samozřejmostí je zveřejnění informací na webu VZP a na stávajícím profilu. Věříme, že za měsíc už pro vás bude VZP POINT zcela běžnou věcí a bude fungovat ke spokojenosti všech.



tuitivnější uživatelské prostředí. Přihlásíte se klasicky pomocí certifikátu. Pak si ale budete moci nově zvolit heslo a nadále se už přihlašovat pomocí ověření přihlašovacích údajů formou SMS zprávy.

Od začátku VZP POINT přinese některé nové funkcionality, které nabídnou například více možností při nahrávání zasílaných souborů atd. Aby uživatelé nebyli při pře-

měsíčně šest milionů korun. VZP POINT naproti tomu vyvinula vlastními silami a bude ho i sama provozovat, takže předpokládané náklady jsou řádově nižší.

To, že novou komunikační platformu nebude pro pojišťovnu dodávat a spravovat externí firma, navíc umožní mnohem operativnější provádění úprav a změn, o které budou mít uživatelé

vše jasné a přehledné. Prostředí VZP POINTu proto bude srozumitelné i tomu, kdo není tak docela fandou nových technologií. I přesto ale budou pro jistotu připravena na webové stránce in-

## ZAPAMATUJTE SI...

<b>4. 12. 2015</b>	Končí Portál VZP
<b>5.-13. 12. 2015</b>	Nepůjde ani alternativní rozhraní Portálu VZP, aplikace Akord a EP2W
<b>14. 12. 2015</b>	Startuje VZP POINT

## FARMABYZNYS

# CHMP doporučil schválení idarucizumabu v Evropě

Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékové agentury (EMA) vydal koncem září pozitivní stanovisko doporučující schválení idarucizumabu v Evropě.

Idarucizumab (Praxbind, Boehringer Ingelheim) je určen pro dospělé pacienty, kteří jsou léčeni přípravkem dabigatran-etexilát (Pradaxa) v případech, kdy je vyžadováno okamžité zrušení jeho antikoagulačního účinku z důvodu urgentní operace nebo chirurgického výkonu či v případech nekontrolovaného a život ohrožujícího krvácení.

## Bezpečné „vypnutí“ antikoagulancia

„Kladné stanovisko Výboru pro humánní léčivé přípravky a doporučení k evropské registraci idarucizumabu je důležitým milníkem na poli antikoagulační léčby,“ řekl profesor Fausto J. Pinto z lisabonské university a předseda Evropské kardiologické společnosti. „Již uvedení nových

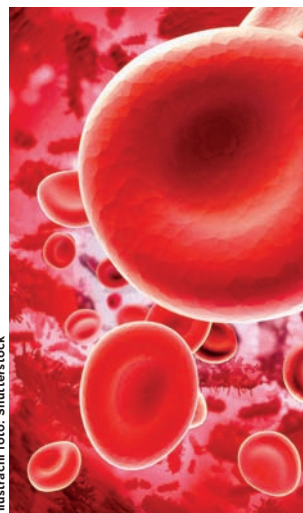
perorálních antikoagulancií znamenalo významný pokrok v antikoagulační léčbě. Schválení látky ke specifickému a okamžitému zvrácení jejich antikoagulačního účinku v případě potřeby bude dalším důležitým pokrokem.“ „Jedná se o pomyslnou třešničku na dortu v léčbě našich pacientů po cévní mozkové příhodě antikoagulačními přípravky, jako je například dabigatran. V urgentních situacích budeme schopni „vypnout“ jejich léčbu téměř okamžitě, především však bezpečně. To usnadní rozhodování související s léčbou jak lékařům, tak pacientům,“ uvedl profesor Kennedy R. Lees z glasgowské univerzity a předseda Evropské iktové organizace (ESO).

Kladné stanovisko CHMP bylo založeno na datech získaných

jak od zdravých dobrovolníků, tak z předběžné analýzy klinické studie RE-VERSE AD. Ve studiích dokázal idarucizumab zvrátit účinek dabigatranu okamžitě, během několika minut od podání 5g dávky. Reverse účinku byla úplná a trvalá u téměř všech pacientů. Žádné závažné nežádoucí účinky související s idarucizumabem nebyly zjištěny. Navíc po podání idarucizumabu nebyl pozorován ani žádný prokoagulační efekt. „Naši vědci pracovali na idarucizumabu řadu let, takže jsme doporučením k evropské registraci nadšeni,“ řekl viceprezident terapeutické kardiologické divize oddělení medicíny společnosti Boehringer Ingelheim prof. Jörg Kreuzer. Aktuálně je idarucizumab součástí řady schvalovacích řízení

ze strany regulačních úřadů po celém světě, včetně amerického Úřadu pro kontrolu potravin a léčiv (FDA). Boehringer Ingelheim plánuje podat žádost o schválení idarucizumabu ve všech zemích, ve kterých získal registraci přípravku dabigatran.

Ilustrace: foto: Shutterstock



(akt)

## Orling letos počítá s dalším růstem tuzemských tržeb

Přibližně 127 tun přírodních kolagenních doplňků stravy pro komplexní výživu a regeneraci kloubního systému lidí a zvířat dodá na náš a zahraniční trhy v roce 2015 společnost Orling z Ústí nad Orlicí.

Toto množství představuje asi 442 tisíc různých balení výrobků. V porovnání s loňskými výsledky, kdy Orling prodal 120 tun speciálních přípravků pro humánní a veterinární užití, se jedná o 6% nárůst. Informovala o tom spoluzakladatelka a jednatelka společnosti Ing. Kateřina Marie Dušková s tím, že letos Orling předpokládá celkový obrát 73 milionů korun s polovičním podílem exportu. Svě kolagenní doplňky stravy pro komplexní výživu kloubů a pohybového systému společnost vyváží do Srbska, Chorvatska, Polska, Bulharska, Ruska, Litvy a Lotyšska, ale také třeba do Turecka, Vietnamu nebo Číny. „Letošní šestiprocentní navýšení prodeje očekáváme na českém trhu. Už loni nám tuzemské tržby vzrostly meziročně téměř o desetinu,“ říká Ing. Dušková.

Orling s pouhými 35 zaměstnanci patří k největším světovým vý-

robům kombinovaných kolagenních přípravků. Významnými tuzemskými odběrateli výrobků firmy jsou ViaPharma, Phoenix lékárenský velkoobchod, Pharmos, Alliance Healthcare, Noviko nebo Vivantis. Asi desetinu celkových tržeb firma Orling realizuje prostřednictvím e-shopu, kde letos počítá s meziročním nárůstem prodeje o 10%. Kromě českých zákazníků si její doplňky stravy z Ústí nad Orlicí přes internet obstarávají i zájemci z Německa, Rakouska, Francie, Finska, ale také třeba z Vietnamu nebo Austrálie.

Orling, s. r. o., působí v oboru od roku 1992. Firma spoluzakládá významný český revmatolog a přední světový odborník na biochemii pojivových tkání prof. MUDr. Milan Adam, DrSc., který v roce 2003 v Paříži obdržel prestižní cenu UNESCO za celoživotní přínos lékařské vědě.

(Zdroj: Orling)

(red)

## Organizační změny v Sanofi ČR

Novým výkonným manažerem skupiny Sanofi v ČR, jejíž součástí je také Zentiva, se od ledna 2016 stane současný ředitel divize volně prodejných léků Mykola Melnyk, který zároveň nadále povede svou stávající divizi.

Sanofi oznámila novou organizaci svého mezinárodního působení, která na úrovni jednotlivých zemí již neobsahuje pozice generálních ředitelů. Dosavadní ředitel Sanofi v ČR a na Slovensku MUDr. Ivo Židek se proto po vzájemně dohodě s managementem globální skupiny Sanofi rozhodl firmu na konci roku opustit.

Mykola Melnyk (1979) působí ve skupině Sanofi v ČR a na Slovensku od září 2014 jako ředitel divize volně prodejných léků. Svou kariéru v Sa-

nofi začal v roce 2007 jako šéf marketingu ukrajinské pobočky. O dva roky později se stal ředitelem divize volně prodejných léků Sanofi na Ukrajině a od roku 2012 byl obchodním ředitelem divize volně prodejných léků Sanofi pro Eurasii, Afriku, Střední východ a jihovýchodní Asii se sídlem v Paříži. Od roku 2013 byl navíc jako výkonný ředitel zodpovědný za produktové portfolio volně prodejných léků Sanofi v regionu střední a východní Evropy. „Naši klíčovou prioritou je zavádění nových

inovativních léků a vakcín, a proto jsme na globální úrovni přistoupili k rozsáhlé restrukturalizaci, jejímž výsledkem je vznik pěti specializovaných obchodních jednotek, které nám umožní efektivněji se zaměřit na klíčové růstové platformy,“ uvedl Mykola Melnyk. „Vést firmu v období takových strukturálních změn je velká čest i zodpovědnost, zejména s ohledem na solidní základy, na nichž Sanofi vybudoval MUDr. Židek,“ doplnil.

(Zdroj: Sanofi)

(red)

Inzerce M151000897

## Dopřejte si dovolenou každý všední den

Firma Anavia s. r. o. přináší na český a slovenský trh systémy, které pozitivně ovlivňují lidské zdraví.

### Jak to funguje?

Lékařky je prokázáno, že pravidelné používání přináší tyto výsledky:

- Zlepšuje kondici CNS
- Zvyšuje odolnost vůči stresu
- Dodává více energie a vitality
- Napomáhá redukci váhy bez námahy
- Zmírňuje chronické bolesti, předchází bolestem zad
- Zvyšuje koncentraci a kreativitu
- Odstraňuje nespavost, zejména problémy s usínáním atd.

Díky těmto jedinečným systémům pocítíte výrazné zlepšení po stránce fyzické i psychické a tím i větší chuť do práce a do života, protože, jak všichni víme, zdraví začíná v hlavě. Systém brainLight představuje nejmodernější trend high-tech-wellness.

Další informace získáte na [www.anavia.cz](http://www.anavia.cz) nebo na [info@anavia.cz](mailto:info@anavia.cz)

Anavia  
LIFE IN BALANCE



Poukaz s 25% slevou

na 20 ti minutovou relaxaci  
na našich pobočkách.

Poukaz platí do 31.12.2015  
Ochráněná tel. 122 992 898 nebo na info@anavia.cz



## Krátce z (farma)byznysu

• Distributor léčiv **Pharmos** kupuje od svého konkurenta **ViaPharma** část jeho klínského portfolia. ViaPharma si zachová zásobování lékáren Dr. Max a nemocničního trhu. Vyplyvá to z oznámení firem. Transakci už posuzuje Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS). Obě společnosti patří k největším subjektům na trhu. Společnost ViaPharma převzala před 2 lety skupina Penta. Tehdy ještě firma působila na trhu pod názvem Gehe Pharma. Pod Pentu patří také síť lékáren Dr. Max. Pharmos nyní kupuje prakticky celý segment nezávislých lékáren, který ViaPharma držela. „Společnost ViaPharma se chce nadále soustředit na své klíčové strategické projekty, tedy zásobování sesterské lékárenské sítě Dr. Max a nemocničního trhu,“ uvedl generální ředitel ViaPharmy Daniel Horák. „Veškeré naše kroky budou směřovat k tomu, aby se změna vlastnictví u dotčených odběratelů neprojevila – pro dosavadní klienty ViaPharmy neznamená nový dodavatel žádnou faktickou změnu,“ uvedl předseda představenstva a generální ředitel Pharmosu Jiří Korta. Celá transakce by měla být po splnění všech kroků dokončena do konce roku. Výši transakce firmy nezveřejnil.

• Brněnský výrobce medicínské techniky a zařízení **BMT Medical Technology** loni snížil tržby o 1 % na 747 milionů korun, o více než polovinu však zvýšil zisk na 85 milionů korun. Proti loňsku se snížil o 3 procentní body na 87 % export, který je pro firmu klíčový. Vyplyvá to z informací ve výroční zprávě ve Sbírce listin. Podíl exportu je nej-

nižší za poslední 3 roky (nižší byl v roce 2011, kdy činil 84 %). Aby se firma udržela na trhu, investuje každoročně do výzkumu a vývoje okolo 20 milionů korun. „Rychle se rozvíjícím segmentem jsou laboratoře s vyšší bezpečností ochrany prostředí a výrobky pro farmaceutický průmysl. Rozvíjí se také oblast teplotní techniky pro laboratoře i průmyslové využití,“ uvedl ve zprávě jednatel Milan Krajcar. Klíčovými částmi výroby jsou stále parní sterilizace, které se loni na tržbách podílely 42 %, pětinu tvoří teplotní technika. Dále společnost dodává zákazníkům horkovzdušné sterilizace, laboratorní a teplotní techniku, nerezové příslušenství a operační stoly.

• Zisk i tržby přední světové farmaceutické společnosti **Pfizer** ve třetím čtvrtletí klesly, výsledky ale výrazně překonaly očekávání. Tržby podkopal silný kurz dolaru, který snižuje dolarovou hodnotu zahraničních výnosů. Čistý zisk Pfizeru se v meziočím srovnání snížil o 19 % na 2,13 miliardy dolarů (zhruba 52 miliard Kč). Tržby klesly o 2 % na 12,1 miliardy USD a firma zvýšila jejich celoroční odhad o jednu miliardu na 47,5–48,5 miliard USD. Zisk na akcii dosáhl 60 centů a průměrný odhad analytiků překonal o 9 centů. Výsledek podpořila zejména poptávka po vakcíně proti zápalu plic Prevenar a léku na rakovinu prsu Ibrance. Akcie Pfizeru díky nečekaně příznivým výsledkům vzrostly po zveřejnění zprávy o 4 %. Od počátku roku získávají přes 10 %.

• Americká farmaceutická společnost **Bristol-Myers Squibb** koupí biotech-

nologickou firmu **Cardioxyl Pharmaceuticals**, která se zaměřuje na výrobu přípravků na kardiovaskulární onemocnění. Hodnota akvizice by mohla dosáhnout až 2,1 miliardy USD (51,6 miliardy Kč). Transakce by měla být dokončena ještě letos. Podle dohody Bristol-Myers zaplatí za Cardioxyl nejprve 300 milionů USD a dalších 1,78 miliardy USD v závislosti na splnění určitých milníků v oblasti vývoje, schválení léků regulačními úřady a prodeje.

• Farmaceutická společnost **Shire** koupí americkou biotechnologickou firmu **Dyax**. Zaplatí za ni 5,9 miliardy dolarů (145 miliard Kč). Shire tím získá přístup k experimentální léčbě hereditárního angioedému. Shire nabízí akcionářům Dyaxu za jednu akcii 37,30 USD. Akcionáři firmy navíc dostanou přídavek v hodnotě 4 dolarů na akcii, pokud americké úřady schválí nový lék Dyaxu na hereditární angioedém.

• Americká farmaceutická společnost **Pfizer** jedná o převzetí konkurenta **Allergan**. Spojením firem by vznikl největší výrobce léků na světě s tržní hodnotou kolem 330 miliard dolarů (přes 8 bilionů Kč). Nabídka Pfizeru na převzetí Allerganu by představovala již druhý pokus podniku o koupi velkého konkurenta. V loňském roce se Pfizer neúspěšně pokoušel o převzetí britské společnosti AstraZeneca, za kterou nabízel téměř 70 miliard liber (2,6 bilionu Kč). Tržní hodnota společnosti Allergan činí 113 miliard dolarů (2,8 bilionu Kč). Firma Pfizer a Allergan se ke zprávám o možném spojení odmítly vyjádřit.

(Zdroj: ČTK) (kha)

## Růst tržeb GSK předčil očekávání

Společnost GlaxoSmithKline (GSK) dosáhla ve třetím čtvrtletí letošního roku tržeb ve výši 6,13 miliardy liber.

I přes lepší tržby ale GSK hlásí pokles provozního zisku. 1,72 miliardy liber představuje o 5 % nižší číslo v porovnání se stejným obdobím minulého roku. Pokles je ale nižší, než odborníci předpokládali. Jedná se již o druhé čtvrtletí, kdy jsou finanční výsledky ovlivněny transakcí, v níž GSK získala vakcínové portfolio svého konkurenta, za což mu přenechala svou onkologickou divizi. Společně pak povedou divizi Consumer Healthcare.

GSK se podařilo dosáhnout překvapivě dobrých finančních výsledků i přes skutečnost, že byla nucena se vyrovnat s výpadkem tržeb v respirační oblasti, kde jeden z předních přípravků pozbyl licenční ochrany. Nad očekávání dobře si totiž ved-

ly jiné oblasti, především divize HIV produktů, která hlásí 65% růst tržeb. Celkově divize Pharmaceuticals, která vyrábí léky na předpis, zaznamenala 1% růst (údaj očištěný o zkreslení vyvolané prodejem onkologické divize Novartis; v absolutních číslech bylo dosaženo 7% poklesu tržeb), divize Vaccines, která vyrábí očkovací látky, si připsala 13% růst tržeb (údaj očištěný o zkreslení vyvolané převzetím vakcínového portfolia Novartis; absolutní růst činí 32 %), zatímco divize Consumer Healthcare, která vyrábí běžné spotřební produkty, dosáhla 7% růstu tržeb (údaj očištěný o zkreslení vyvolané převzetím portfolia spotřebních produktů Novartis; absolutní růst činí 55 %).

(Zdroj: GSK)

(red)

## IMI 2 rozdělí 2,5 miliardy korun

Vědecké týmy mohou do 12. ledna 2016 hlásit své projekty v rámci šesté výzvy evropské iniciativy IMI 2. Nová výzva s alokací 2,5 miliardy korun se zaměří na vývoj modelů hodnocení toxicity nových léčiv, respirační syncytiální virus a využití *big data* pro zlepšení zdravotní péče.

IMI umožňuje úzkou spolupráci akademické sféry a farmaceutických firem. „Díky výzvám v rámci IMI 2 je možné finančně podpořit množství výzkumných projektů, které se snaží odpovědět na potřeby současné medicíny a pomáhají hledat inovativní možnosti léčby. Proto se projektů v roli partnerů účastní členská společnost AIFP a napomáhají rychlému přenosu výsledků výzkumu

do praxe,“ uvedl výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček.

Návrhy výzkumných projektů musí být podány nejpozději do 12. ledna 2016.

Kompletní informace o výzvě a o podmínkách přihlášení jsou dostupné na:

[www.imi.europa.eu/content/stage-1-17](http://www.imi.europa.eu/content/stage-1-17)

(Zdroj: AIFP)

(red)

Inzerce M151000904

# Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



## a získáte dárek v hodnotě 420 Kč RAŠELINOVÁ KOUPEL PRO DOMÁCÍ POUŽITÍ

Přírodní rašelínové koupele 10× 60 ml z kvalitní české slatinné rašeliny jsou vhodné pro uvolnění napětí a stresu, pro úlevu při obtížích pohybového aparátu a pro podporu regenerace kožních buněk. Přidáním 60 ml extraktu při napouštění horké vany si vytvoříte domácí rašelínovou koupel.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 20. 12. 2015.

Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



### Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku [mладаfronta@predplatne.cz](mailto:mладаfronta@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 1115**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



### Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 1115**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

**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 vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky produkuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s tímto dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jim řídit. Svoji objednávku dále dává předplatitel souhlas se zaražením všech jim vyplývajících osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a 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 právo dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje jsou 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. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

## ZE ZAHRANIČÍ

# Němci zakázali obchod se smrtí

Německý Spolkový sněm 6. listopadu po emocionálně vypjaté diskusi (ta s přestávkami trvala několik let) schválil návrh novely trestního zákona z pera CDU a SPD, jíž se zakazuje „organizovaná pomoc při sebevraždě na obchodní bázi“.

Hned poté Ludwig A. Minelli jako představitel organizace pro asistovanou sebevraždu Dignitas (se sídlem ve Švýcarsku, ale s pobočkou mj. také v německém Hannoveru) vyzval prezidenta SRN Joachima Gaucka, aby změny trestního práva nepodpísal, protože údajně odporují vůli až 80 % občanů, kteří chtějí svobodně rozhodovat o konci svého života.

Politické strany daly svým členům naprostou volnost názoru, pro zákaz asistované sebevraždy v podnikatelsky pojaté podobě zvedlo ruku 360 z 602 zákonodárců. Padaly tak alternativní návrhy, jimiž se část poslanců

pokoušela zakázat asistovanou sebevraždu mnohem přísnějším tónem, další naopak prosazovali její výslovnou podporu.

## Výjimky pro osoby blízké sváží soud

Dignitas a obdobné organizace operující na území Německa se budou muset ve své stávající podobě odmlčet, protože za „nabízení, zprostředkování či zajištění pomoci při sebevraždě“ teď bude hrozit trest odnětí svobody až na 3 roky. Trestní stíhání může v budoucnu postihnout nejen na zisk orientovanou právníkovou osobu, ale v podstatě každého, kdo by opakovaně a co do počtu kliente-

ly neomezeně nabízel nápomoc při touze skončit život.

Vyjmutí z trestního postihu mají být rodinní příslušníci pacienta nebo osoby jemu blízké, které se v individuálním ojedinělém případě nějakým způsobem účastní sebevraždy, ale nejsou nijak spojeny s „obchodováním“ se smrtí. Nuance mezi těmito dvěma situacemi budou v praxi posuzovat soudci.

## Sankce pro lékaře?

Ještě před konečným hlasováním se členové Spolkového sněmu přeli o to, zda nový paragraf v trestním zákoníku kriminalizuje lékaře, či nikoli. I lékaře totiž

pacient může požádat o „doprovázení“ při sebevraždě.

Jak německý ministr zdravotnictví Herman Gröhe, tak prezident spolkové lékařské komory Hans Ulrich Montgomery vyjádřili názor, že lékařům trestní sankce hrozit nebudou, pokud dodrží stavovské předpisy, podle nichž „úkol lékařem není napomáhat ukončení života pacienta“. Až dosud němečtí lékaři nesmějí – na rozdíl od kolegů v některých jiných zemích – předepsat lék se smrtelnými účinky za účelem sebevraždy nemocného.

Šéf resortu i zástupce profesní komory zároveň ocenili, že debata o smrti ve vysoké míře přitáhla



Ilustrace foto: Shutterstock

pozornost ke zlepšení hospicové a paliativní péče. Ostatně i spolkový prezident Gauck pořádal těsně před hlasováním parlamentu diskusní fórum k těmto otázkám.

Vladimíra Bošková

## Krátce ze světa

• Světová zdravotnická organizace (WHO) oznámila, že se v **Sierra Leone** oficiálně přestala šířit **Ebola**. Představitel WHO Anders Nordström informoval, že od posledního potvrzeného případu Eboly uplynulo 42 dní, což je dvojnásobek maximální inkubační doby. Země bude nyní ohledně případného dalšího výskytu této nebezpečné nemoci bedlivě sledována. V Sierra Leone zemřely na Ebolu za poslední 2 roky téměř 4 tisíce lidí. V celé západní Africe nemoci od konce roku 2013 podlehl přes 11 300 osob. Postiženy byly také Liberie a Guinea, kde za posledních 21 dnů WHO zaznamenala 21 nových případů. V Liberii se Ebola přestala šířit na začátku září.

• **Francie** se rozhodla zrušit více než 30 let starý zákon, který kvůli obavám ze šíření viru HIV zakazoval homosexuálním mužům darovat krev. Diskriminace možných dárců krve na základě jejich sexuální orientace je podle francouzské ministryně sociální péče a zdravotnictví Marisol Touraineové nepřípustná, neboť vyháází z mylné domněnky, že všichni homosexuální muži jsou nakaženi virem HIV. „Darování krve je aktem altruismu, který nemůže být podmíněn sexuální orientací,“ uvedla ministryně.

Homosexuální muži by mohli ve Francii legálně krev darovat už příští rok na jaře. Nejprve by omezení měla padnout u mužů, kteří neměli s jiným mužem styk přinejmenším rok. V dalších etapách by se měl okruh možných dárců z řad homosexuálních mužů rozšiřovat. Odebrané vzorky budou údajně podléhat přísnému dohledu.

• V **Německu** klesá spotřeba cigaret a postupně se snižuje i počet kuřáků. Nejvýraznější je tento trend u mladých lidí do 25 let, uvedla německá vládní zmocněnkyně pro otázky drog Marlene Mortlerová. „Pozorujeme síce pomalý, ale stálý trend směřující k nekuřácké společnosti,“ řekla Marlene Mortlerová. Za posledních 5 let podle ní klesla spotřeba cigaret v Německu o 8 % na 79,5 miliardy prodaných kusů. „Odklon od kouření se projevuje zejména u mladých lidí, u starší populace není příliš znatelný,“ doplnila zmocněnkyně, „ukazuje to však, že fungují naše preventivní programy, protože začíná kouřit méně lidí.“ Mezi mládeží do 18 let se podíl kuřáků snížil z 20 % v roce 2009 na polovinu. U lidí mezi 18 a 25 lety klesl podíl kuřáků ve stejném období ze 44 % na současných 30 %. Ve skupině osob starších 25 let však zůstává podíl kuřáků dlouhodobě neměnný na 31 %. Loni podle ní zemřelo na následky kouření 121 tisíc Němců, cigarety tak byly příčinou každého sedmého úmrtí v zemi. Kouření navíc způsobuje německé společnosti ročně škody ve výši 80 milionů eur.

• Varování, že masné výrobky mohou způsobovat rakovinu trávicího traktu, neznamená, že by lidé měli přestat jíst maso úplně. V reakci na vlnu emocí z celého světa to uvedla **Světová zdravotnická organizace (WHO)**, která varování vydala. „Nejnovejší zpráva nevyzývá lidi, aby přestali jíst zpracované maso, dává ale najevo, že omezení jeho konzumace může snížit riziko rakoviny trávicího traktu,“ stojí ve vyjádření WHO. Dokument prý jen potvrdil výživová doporuče-

ní WHO z roku 2002, podle nichž by lidé měli snížit konzumaci masných výrobků, aby „snížili riziko rakoviny“.

• Na **tuberkulózu** umírá každý den ve světě 4400 lidí. Uvedla to **Světová zdravotnická organizace (WHO)**, podle níž je toto číslo nepřijatelné a o to smutnější, že v současnosti již lze diagnostikovat a vyléčit téměř všechny nemocné TBC. Dosavadní úsilí proti TBC umožnilo, aby se úmrtnost na toto onemocnění ve světě od roku 1990 snížila o polovinu. Nové diagnostické a léčebné metody umožnily zachránit na 43 milionů životů. Podle WHO je však třeba pokračovat a zesílit boj proti TBC, který nyní brzdí hlavně nedostatek peněz. Loni se objevilo 9,6 milionu nových případů onemocnění. Více než polovina současných případů TBC připadá na Čínu, Indii, Indonésii, Nigérii a Pákistán, upřesnila WHO.

• Dva letecké údery, které podnikly leteckou arabské koalice útočící na šíitské rebely, zničily v **jemenské** provincii Saada malé zdravotnické zařízení provozované mezinárodní humanitární organizací **Lékaři bez hranic (MSF)**. Podle MSF se jedná o válečný zločin, Rijád se však brání tím, že jeho letadla nemocnici nebombardovala. První nálet zasáhl administrativní část jedné z budov. Uvnitř naštěstí nikdo nebyl. O deset minut později zasáhl hlavní budovu nemocnice druhý nálet, asi 12 zaměstnanců a pacientů se ale podařilo evakuovat. „Budovy jsou kompletně zničené,“ uvedl šéf jemenské pobočky Lékařů bez hranic Hassan Boucine. „Mohlo jít o omyl, ale to, že k tomu došlo, je válečný zločin. Není důvod mí-

řit na nemocnici. Poskytli jsme koalici všechny nezbytné informace o poloze zařízení asi dva týdny před incidentem,“ dodal.

Nemocnici provozovala organizace Lékaři bez hranic spolu s Dětským fondem OSN (UNICEF) a Světovou zdravotnickou organizací (WHO). UNICEF ve svém prohlášení uvedl, že nemocnice v Saada byla od března již 39. zasaženým zdravotnickým zařízením v Jemenu.

• Proruští vzbouřenci v Doněcké oblasti na východě **Ukrajiny** obvinili mezinárodní humanitární organizaci **Lékaři bez hranic (MSF)** ze špionáže a vydali rozhodnutí o zákazu činnosti MSF v povstaleckých zónách. MSF označila obvinění za absurdní a upozornila, že mnoho pacientů nyní zůstane bez pomoci, což může vážně zkomplikovat jejich zdravotní stav.

• **Ruský** premiér Dmitrij Medveděv rozhodl, že v příštím roce zvýší o 20 miliard rublů výdaje na boj s epidemií HIV/AIDS. Podle prohlášení ministryně zdravotnictví Veroniky Skvorcovové se totiž počet nakažených virem HIV může v příštích 5 letech více než zdvojnásobit, čímž by se již dnes kritická situace úplně vymkla kontrole. Podle úředních odhadů je nakaženo přes 800 tisíc Rusů, léčí se ale jen necelá čtvrtina z nich. OSN odhaduje počet ruských nositelů viru HIV na víc než 2 miliony. Dmitrij Medveděv přiznal, že v Rusku chybějí účinné preparáty, částečně i vlivem omezení objemu dovozových léků. Vládě premiér uložil, aby novou strategií boje s virem HIV přijala už příští rok

v dubnu, nikoli až v listopadu, jak bylo plánováno.

• Přinejmenším 13 lidí zahynulo při náletu **ruských** letadel na polní nemocnici na severozápadě Sýrie. Informovala o tom syrská organizace na ochranu lidských práv (SOHR), která situaci ve válkou zmítané zemi dlouhodobě monitoruje z Londýna. Mezi oběťmi úderů jsou podle SOHR pacienti, lékaři a zdravotníci i členové ochrany polní nemocnice. Sama nemocnice byla podle zástupce organizace SAMS, která ji spravuje, „značně poškozena“. Ruské ministerstvo obrany uvedlo, že jejich stroje zaútočily ze vzduchu mimo jiné na Sarmín, o údajném zásahu nemocnice se ale nezmínilo.

• **Japonsko** poprvé uznalo případ onemocnění rakovinou jako důsledek úniku radiace z jaderné elektrárny Fukušima, která byla poškozena při zemětřesení a tsunami v roce 2011. Pacientem je bývalý dělník pracující ve Fukušimě, jemuž lékaři diagnostikovali leukemii. Muž, kterému je nyní 41 let, pracoval ve Fukušimě po neštěstí z března 2011. „Případ splňuje podmínky uznání úniku radiace z Fukušimy jako příčiny nemoci,“ uvedlo japonské ministerstvo zdravotnictví. Podle agentury AFP existují tři další podobné případy onemocnění rakovinou, u nichž se stále čeká na potvrzení souvislosti s neštěstím ve Fukušimě. Japonská televize NHK uvedla, že od katastrofy pracovalo ve fukušimském komplexu asi 45 000 lidí, kteří se podíleli na ochlazování a následné likvidaci reaktorů.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

# Radkin Honzák v Křesle pro Fausta



Foto: archiv 1. LF UK

Akademický klub 1. LF UK zaznamenal koncem října rekordní návštěvnost. Do Křesla pro Fausta usedl psychiatr Radkin Honzák. Přišla si jej poslechnout stovka hostů.

je důležité, aby se psychosomatickým přístupem zabývali praktičtí lékaři a hlavně aby měli čas se psychosomatické věnovat. Psychiatrie podle něho v současnosti degeneruje na pouhé stanovování kritérií.

## Svu duši ďáblu nedám

Host v křesle dále zavzpomínal na léta strávená v „protimanželské poradně“ i na své působení na nefrologii v Institutu klinické a experimentální medicíny v 80. letech. Rozhovor se pak stočil na stárnutí. Doktor Honzák vysvětlil, že jako obrana proti stárnutí je důležité, aby mozek zapojoval obě hemisféry a aby byl člověk obklopen prostředím bohatým na podněty. „Jsme dnes poznamenáni

digitalizací a všeobecným úpadkem komunikace. Nemluvíme spolu, ale píšeme si esemesky, bušíme do počítače a zapomínáme rukopis,“ konstatoval.

Poukázal také na výzkumy, které ukazují, že jen 30 % lidí je se svým životem spokojeno, a poukázal na fakt, že pro spokojenost je důležité, aby byl člověk dobře zakotven ve své sociální síti. Každý z nás podle jeho slov denně potřebuje 10 pohlázení, přičemž ta opravdová pohlázení – fyzická – jsou nejdražší. Na otázku moderátorky Marie Retkové, za co by dal duši, Radkin Honzák pravil: „Mám krásný život. Mám čtyři zaměstnání a jsem spokojen. Duši bych dal snad jen za své vnučky či za jiné blízké osoby.“ (eta)

Své vyprávění doktor Honzák začal básní, neboť k poezii inklinuje od mládí. „Doma v knihovně jsme měli tak 8 metrů básníků. Verše jsou výstižnou zkratkou pro vyjádření myšlenky. V patnácti letech jsem se nacytal na Máchu a už mi to zůstalo,“ řekl úvodem. Radkin Honzák patří k dlouholetým zastáncům psychosomatiky. Ovšem ještě v roce 1982, jak řekl, byla psychosomatika považována za reakční pavědu. Dnes má svůj vlastní obor. Poznamenal také, že

Inzerce M151000889

## I dítě může zachránit život

Program, který vrací do škol výuku první pomoci, připravila pro děti na jižní Moravě společnost Zentiva.

Více než třetina obyvatel jižní Moravy by v případě nouze neposkytla první pomoc. Bojí se nákyzy a nevěří svým schopnostem. Vyplývá to z reprezentativního výzkumu, který provedla společnost Zentiva. I proto se rozbíhá vzdělávací program, který do jihomoravských škol vrací výuku první pomoci. V tomto školním roce by se výukových kurzů mělo zúčastnit na 6 500 prvňáčků z regionu.

Odborným garantem programu, který připravila společnost Zentiva, je Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje. Pilotní projekt zrealizovala farmaceutická společnost loni na podzim ve Středočeském kraji, kde v loňském roce kurzy prošlo více než 7 tisíc školáků. Mezi prvňáky na jižní Moravě proběhne kurzy celý školní rok. Profesionální školitelé za tu dobu zvládnou navštívit na 260 prvňáckých tříd základních škol v 14 obcích celého regionu. Už nyní tým záchrannářů začal vyjíždět do základních škol a zábavným



Foto: archiv Zentiva

způsobem děti učí jak resuscitovat, ošetřit zraněného, ale i komunikovat s operátorem na tísňové lince. Právě školy jsou pro mnoho lidí hlavním zdrojem informací o první pomoci. Většina dotazovaných z průzkumu se totiž se základy první pomoci setkala naposledy jako dítě nebo dospívající. (red)

## 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.

Landeskrinikum   
AMSTETTEN

## ZE SPOLEČNOSTI

# Pomáháme štěňatům a ona pak pomáhají lidem

11. listopadu se v Muzeu Kampa uskutečnil křest sedmého pokračování kalendáře Nadačního fondu MATHILDA na podporu chovu a výchovy štěňat vodících psů a na pomoc nevidomým pod názvem „Pomáháme pomáhat 2016“.

Hlavní myšlenkou NF Mathilda, jemuž propůjčila své jméno hraběnka Mathilda Nostitzová, je podpora organizací a projektů, které smysluplně pomáhají našim nevidomým spoluobčanům. Spojuje dohromady ty, kteří pomoc potřebují, s těmi, kteří pomáhat mohou a chtějí. Proto se v nadaci rozhodli vydat kalendář i pro rok 2016. Velký dík patří fotografům, kteří významné osobnosti nafotili. Letos to jsou Antonín Malý, Herbert Slavík, Josef Louda, Marek Kučera a Lucie Matos Claro. Pro rok 2016 se nechala vyfotografovat Tereza Brodská, Meda Mládková, Zora Jandová, Dominik Hašek, Dana Batulková, Jan Potměšil, Dana Morávková, Josef Váňa, Bára Basiková, Gabriela Vránová, Aleš Cibulka a Eva Samková.

„Nadační fond Mathilda hledá cesty jak vytvořit dostatečné finanční zázemí pro rozvoj služeb pomáhajících zrakově postiženým. Proto patří veliký dík všem osobnostem, které jsou součástí kalendářů. Díky za pochopení a ochotu vstoupit na jejich



stránky a pomoci tím mnohým nevidomým a slabozrakým,“ pronesla na úvod křtu hraběnka Mathilda Nostitzová. Její poděkování patřilo v neposlední řadě i Porsche Česká republika, s. r. o., za financování výroby kalendáře a FCB Prague, s. r. o., za grafické zpracování a podporu. Výtěžek z prodeje jednoho kalendáře odpovídá nákladům na

jeden týden výchovy jednoho štěněte.

## Pomoc může stát i jen trochu času

„Pomoc není otázkou peněz, ale srdce,“ říká hraběnka Nostitzová, patronka nadačního fondu, která již přes 20 let pomáhá nevidomým. Za tu dobu uspořádala řadu významných společenských událostí, získala řadu ocenění a přispěla sama i značnou finanční

částkou na aktivity, jež se týkají pomoci lidem se zrakovým postižením. Pomáhat může každý v rámci svých možností. Třeba tak, jako to dělala babička i maminka paní hraběnky – chodily předčítat nevidomým. Stálo je to jen trochu času. I proto se Mathilda Nostitzová rozhodla, že se více zaměří na konkrétní projekty, které pomohou zrakově postiženým lidem. Na okraj slavnosti křtu do všeobecného dojetí zazněla poznám-



ka „paní domu“, přítomné velké české mecenášky Medy Mládkové: „Čím déle poznávám lidi, tím raději mám zvířata.“ Kalendář je možné objednat na dobírku na stránkách: [www.mathilda.cz](http://www.mathilda.cz). Prodejní cena za 1 výtisk je 500 Kč.

Jana Jilková

## Nemocní s urologickým onemocněním založili patientský klub

Hlavním zaměřením nově vzniklé patientské organizace, která je v ČR první svého druhu, je poskytovat pro nemocné kompletní informační servis, možnost sdílet své příběhy či klást dotazy odborníkům.

Kromě nemocných chce sdružení oslovovat a zapojit do dění také rodinné příslušníky nemocných a zdravotnické profesionály. Nedílnou součástí aktivit Klubu pacientů s urologickým onemocněním je rovněž osvěta široké laické veřejnosti v oblasti prevence urologických onemocnění.

Založení Klubu pacientů s urologickým onemocněním iniciovali pacienti Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol a odbornou záštitu nad aktivitami nově vzniklé organizace převzali lékaři z této kliniky v čele s jejím přednostou prof. Markem Babjukem. „Výskyt urologických onemocnění v popula-

ci neustále narůstá. Velmi vítáme vznik patientské organizace, která umožní sdružování pacientů s různými urologickými diagnózami,“ říká profesor Babjuk.

### Jen ověřené informace

Webové stránky Klubu pacientů s urologickým onemocněním [www.uroklub.cz](http://www.uroklub.cz) nabízejí řadu informací o urologických onemocněních, dokumentů ke stažení, užitečných odkazů a často kladených otázek a odpovědí na ně. Uživatelsky přívětivé jsou aplikace umožňující přihlášení ke členství v Klubu, účast v diskusním fóru nebo *on-line* odeslání dotazu odborníkovi. Nejvyhledávaně-

ším textem se podle prvních ohlasů pravděpodobně stane „manuál“ pro pacienty, kteří se chystají na operační výkon.

### Pomohou nejen finanční dary

Fungování klubu mohou podpořit firmy i jednotlivci prostřednictvím sponzorského daru, ale nejen tímto způsobem. „Uvítáme každého dobrovolníka, který nám bude ochotný pomáhat s činnostmi klubu – při pořádání akcí, přípravě materiálů, propagaci a podobně,“ říká cestovatel a etnograf, zakládající člen Klubu pacientů s urologickým onemocněním Mnislav Zelený Atapana.

## Zemřel lékař a legionář Gustav Singer

Ve 101 letech zemřel 11. října **plk. MUDr. Gustav Singer, CSc.**, vojenský lékař a oftalmolog, především ale statečný a laskavý člověk, jemuž bylo dáno prožít celé 20. století se vším, co k němu náleželo.

Nedlouho poté, co se 21. ledna 1914 v židovské rodině ve Lvově narodil, vypukla světová válka a Singerovi uprchli do Rakouska, kde už po skončení války zůstali. Gustav Singer tam vystudoval medicínu a ve 30. letech získal čes-



koslovenské občanství. Po anšlusu Rakouska odešel s manželkou do Prahy. Po okupaci se spolu snažili dostat přes Polsko do Anglie, ale byli v sovětském záboru Polska zadrženi a usadili se v Kamenci Podolském, kde doktor Singer (stejně jako při všech dalších peripetiích svého dlouhého profesního života) léčil a ošetřoval civilní i vojenské pacienty. Po napadení SSSR společně s manželkou vstoupil do českoslo-

venské vojenské jednotky a jako polní lékař prodělal bitvy u Sokolova, Kyjeva i na Dukle a po osvobození Slovenska se dostal do Prahy. Po válce vedl oční oddělení ve vojenské nemocnici v Plzni, později byl přeložen na oční oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze, kde pracoval až do roku 1976. Doktor Singer se vyznačoval neobyčejnou laskavostí a odvahou. Až do posledních let byl také velmi vitální, snažil se udržovat si fyzickou kondici a účastnit se společenského života. Zatancoval si ještě na oslavě svých 100. narozenin. Uznávaný oční lékař Gustav Singer bude mnohým lidem na tomto světě scházet. **Jana Jilková**

## Homolka slavnostně otevřela nově vybudovanou neurologickou JIP

Přestřížením pásky byla 10. listopadu v Nemocnici Na Homolce slavnostně otevřena nově zrekonstruovaná a zkolaudovaná jednotka intenzivní péče oddělení neurologie.

Úvodního ceremoniálu k otevření nových prostor JIP se zúčastnili kromě členů vedení a zaměstnanců nemocnice také zástupci Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje a kolegové lékařů z pražských a středočeských iktových center. „Podařilo se nám vybudovat opravdu důstojnou jednotku intenzivní péče, která nebude sloužit jen neurologii, ale bude vizitkou celé nemocnice. Medicínská agenda, která se tu bude řešit, má přesahy na neurochirurgii, kardiologii, radiologii a další obory a já věřím, že naše



Foto: Nemocnice Na Homolce

komplexní cerebrovaskulární centrum, k němuž jednotka patří, bude nemocnici dělat dobré jméno,“ řekl v úvodním projevu primář neurologického oddělení a přednosta Komplexního cerebrovaskulárního centra Nemocnice Na Homolce MUDr. Mi-

roslav Kalina. Ředitel nemocnice dr. Ing. Ivan Oliva poděkoval celému týmu neurologie za to, že dokázal celých 13 měsíců v době rekonstrukce udržet špičkovou péči o pacienty ve více než provizorních podmínkách. „Je mi potěšením, že můžeme nyní otevřít tento zrekonstruovaný prostor, jenž odpovídá potřebám špičkové medicíny 21. století, kterou naše neurologie reprezentuje. Podle naší strategie, kterou jsme si vytyčili do budoucna, by měla neurologie nadále být jedním z hlavních pilířů naší nemocnice,“ vyzdvihl dále ředitel Homolky. **(red)**



## Cena Celestýna Opitze 2015

Slavnostní předání tohoto výjimečného ocenění proběhlo 22. října v kostele sv. Šimona a Judy u Nemocnice Na Františku v Praze.

Cena Celestýna Opitze za vzor v péči o nemocné a potřebné – hospitalitu – je každoročně udělována řádem milosrdných bratří vybraným osobnostem za jejich příklad v péči o nemocné a starost o jakkoliv jinak potřebné. Cena symbolizuje poděkování a obdiv řádu za jejich práci, která inspiruje mnohé další v životě hospitality – křesťanské péče o nemocné a potřebné.

V roce 2015 byli laureáty P. Marián Kuffa (na fotografii), který ve své venkovské farnosti spolu s lidmi bez domova, bývalými vězni, kteří si odpykávali ty nejtěžší tresty, opravil faru a postavil domky pro osamělé rodiče, hospodářské budovy, vybudoval resocializační středisko pro ženy a domov pro seniory. Pomáhá etiopským rádo- vým sestrám a podle jeho metody sociální práce se učí v Belgii a ve Švédsku.

Druhým laureátem se stala česká nemocnice založená v roce 2007 ve vesnické oblasti Ugandy, kde



žije polovina obyvatel pod hranicí chudoby. Těžiště práce spočívá v léčbě nemocí, které trápí velkou část populace: malárie, tuberkulóza a HIV a další infekce, podvýživa, paraziti. Z chirurgických zákroků provádí nejčastěji operace v dutině břišní, z gynekologie císařské řezy a komplikované porody. Toto zařízení je unikátním projektem, protože je podporováno deseti tisíci dárců (obyčejnými lidmi) z České republiky. Česká nemocnice sv. Karla Lwangu v Ugandě je rozvo- vým projektem Arcidiecézní charity Praha. (red)

## Vzdělávání lékařů s patričním nadhledem

V rámci mimořádného výročního semináře „Perspektivy celoživotního vzdělávání lékařů“ byla 10. listopadu slavnostně udělena Cena prezidenta České lékařské komory (ČLK) za přínos v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů (CVL).

Ocenění z rukou MUDr. Milana Kubka převzala emeritní přednostka Rehabilitační kliniky LF a FN Hradec Králové doc. MUDr. Vlasta Tošnerová, CSc. (na fotografii). Prezident Kubek uvedl, že povinnost celoživotního vzdělávání platí všude v Evropě a v některých zemích je poměrně striktně trestáno její neplnění. Jak vyplynulo ze setkání prezidentů lékařských komor, ČLK je jedinou lékařskou komorou, jež dokázala jít cestou pozitivní motivace. Ta spočívá v bonifikaci lékařů, kteří podmínky celoživotního vzdělávání splňují.

Vlasta Tošnerová promovala na LF UK v Hradci Králové a dodnes pracuje v hradecké fakultní nemocnici. Atestovala nejdříve z dětského lékařství a později se začala věnovat oboru, který se tehdy nazýval fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace, v němž rovněž atestovala. „Docentka Tošnerová je garantem celoživotního vzdělávání ČLK pro obor rehabilitace a fyzikál-



Foto: archiv Mladé fronty

ni medicína. To znamená, že nejen přednáší, ale také hodnotí kvalitu přednášek a vzdělávacích akcí před jejich zařazením do systému celoživotního vzdělávání ČLK. Popularita a úspěšnost kurzů jsou také důvodem, proč jsme se rozhod-

li paní docentku ocenit,” řekl Milan Kubek. Popřál oceněné, ať jí vydrží entuziasmus, a vyslovil přání, aby ještě dlouho pracovala pro lékařskou komoru.

Docentka Tošnerová poděkovala Milanu Kubkovi, Radku Ptáčkovi a všem ostatním pracovníkům ČLK za vynikající spolupráci při organizování kurzů. Poděkovala také za to, že má možnost poskytovat lékařům mezioborové kurzy. Vysvětlila podstatu rehabilitace a fyzikální medicíny a zmínila velikány tohoto oboru, profesory Karla Lewita a Vladimíra Jandu. Ocenila, že měla tu čest být vychována „Pražskou školou“. Prezidenta ČLK ujistila, že na přípravě témat vzdělávacích kurzů pro příští rok již pracuje.

Slavnostní atmosféru umocnilo nejen hudební vystoupení Quartetto Concertante, ale i jedinečný 360stupňový výhled na osvětlenou Prahu z výšky 93 metrů, jaký skýtá Observatoř Žižkovské věže.

(eta)

Inzerce M151000410



Landeskliniken-Holding   
IHRE GESUNDHEIT. UNSER ZIEL.

## LÉKAŘKA resp. LÉKAŘ SE SPECIALIZACÍ NA GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ

Landesklinikum Waidhofen/Ybbs má v současnosti k dispozici 173 lůžek pro veřejnost v okrese Waidhofen/Ybbs. Na klinice jsou zastoupena oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny, chirurgie, interní medicíny, gynekologie a porodnictví, oddělení úrazové chirurgie a odborná pracoviště zaměřená na oči a urologii a institut pro snímkovací diagnostiku.

Zřizovatelem Landesklinikum Waidhofen/Ybbs je, jako u dalších 26 klinik na různých místech, spolková země Dolní Rakousy. Provozní vedení klinik zajišťuje holding dolnorakouských zemských klinik. Jsme moderní a dynamickou zdravotnickou institucí s vysokou orientací na pacienta. Dále nabízíme inovativní pracovní prostředí, vyznačujeme se příjemným provozním klimatem a svým spolupracovníkům a spolupracovnicím otevíráme rozsáhlé možnosti rozvoje.

Dorazili jste do Landesklinikum Waidhofen/Ybbs. S okamžitou platností nabízíme následující volné místo:  
**Lékařka resp. lékař se specializací na gynekologii a porodnictví**

### Nabízíme Vám:

- Odbornou výzvu
- Inovativní, rozmanitou a náročnou práci v týmu
- Možnosti osobního formování a rozvoje
- Možnost dalšího konsekventního odborného a osobního rozvoje (profesní vzdělávání a doškolování)
- Smluvní služební poměr podle ustanovení dolnorakouského zákona o lékařích v nemocnicích z roku 1992
- Roční hrubá mzda od € 72.205,- v závislosti na individuálním ohodnocení podle předchozí doby zaměstnání v oboru, odborné kvalifikaci a zkušenosti

Je pro nás samozřejmostí uplatňování ustanovení dolnorakouského zákona o rovném zacházení ([www.noel.gv.at/gleichbehandlung](http://www.noel.gv.at/gleichbehandlung)). V oblastech s podílem zastoupení žen nižším, než 45 % je vyžadována jejich podpora.

Těšíme se na Vaše žádosti na

<http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html> (cesta: www.noel.gv.at → Menü Jobs).

Další informace o místě a žádosti najdete na

<http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html> (cesta: www.noel.gv.at → Menü Jobs).

Pro odborné informace je Vám k dispozici vedoucí oddělení gynekologie a porodnictví, pan prim. Dr. Wolfgang Schöntag, na tel. čísle: +43 (0)7442 9004 22400.



## PRÁVNÍ PORADNA

# Metodika k náhradě nemajetkové újmy na zdraví

V médiích jsme zaznamenali informaci, že Nejvyšší soud vydal jakousi metodiku k náhradě nemajetkové újmy na zdraví. Jaký má tato metodika vztah k novému občanskému zákoníku a jaké jsou její výhody a nevýhody?



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

Zástupci odborné veřejnosti proto s přispěním soudců Nejvyššího soudu specializovaných na tuto problematiku připravili Metodiku k náhradě nemajetkové újmy na zdraví (dále jen „Metodika“), kterou následně Nejvyšší soud „posvětil“ tím, že ji Občanskoprávní a obchodní kolegium tohoto soudu vzalo na vědomí a zařadilo do Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek. Do této autoritativní sbírky jsou zařazována rozhodnutí a stanoviska, která mají přispět ke sjednocení soudní praxe. Není proto zcela přesná formulace ve Vašem dotazu, že Metodiku Nejvyšší soud „vydal“ – k vydávání jakýchkoli metodik nemá Nejvyšší soud pravomoc, je však povolán mj. k tomu, aby svojí činností sjednotil soudní praxi.

Nový občanský zákoník bohužel celou problematiku odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění postavil na značně vágních pojmech „plného vyvážení újmy“ a „zásadách slušnosti“, přičemž současně zrušil do té doby platnou náhradovou vyhlášku, která tuto problematiku v podrobnostech řešila. Hrozilo tedy, že nebude podle čeho určovat výši náhrad v této oblasti, zejména když většína odškodnění je v praxi řešena mimosoudně prostřednictvím pojišťoven.

## Obsah Metodiky

„Výhody“ Metodiky každopádně spočívají zejména v tom, že vůbec existuje, neboť bez ní by nastalo značné právní vakuum. Pokud jde o její vlastní obsah, ve vztahu ke kompenzaci bolesti byl Metodikou v principu převzat bodový systém zrušené náhradové vyhlášky, tedy etiologický přístup vycházející z klasifikace bolestivých stavů podle postižení jednotlivých orgánů či částí těla (zohlednění příčiny). Hodnota jednoho bodu byla zároveň navýšena, a to ze 120 Kč na cca 250 Kč. I přes toto navýšení se však domnívám, že výsledné částky bolestného jsou stále velmi nedostatečné (např. bolestné u zlomeniny žebra vychází pouze na cca 5 tisíc Kč, u zlomeniny stehna jen na cca 38 tisíc Kč).

Ve vztahu ke kompenzaci ztížení společenského uplatnění bylo Metodikou přistoupeno k vytvoření zcela nového systému, založeného na zohlednění násled-

ku, tedy zásahu do jednotlivých komponent života poškozeného (tzv. domén), seskupených do celkem devíti kapitol. Zcela zásadní problém Metodiky ovšem spočívá v tom, že váha jednotlivých domén nejprve v rámci každé kapitoly a poté i jednotlivých kapitol v rámci celku je stejná. Dochází tak k absolutní nivelizaci všech v úvahu připadajících omezení lidského života (domén), které dle Metodiky mají všechny stejnou váhu. To je ovšem ve zjevném rozporu s realitou, když např. nedostatek soběstačnosti v oblasti uspokojování základních lidských potřeb (jídlo, pití atd.) bude poškozeními způsobenými vždy vnímán výrazně negativněji než nedostatek soběstačnosti kupř. v oblasti jednání s cizími lidmi či formálních společenských vztahů. Jde o obdobný lapsus, jako kdyby v všem bolestivým stavům byla Metodikou přiřazena stejná bodová hodnota.



ilustrační foto: Shutterstock

Problém spatřuji těž ve skutečnosti, že poškození (stejně jako jejich advokáti či jiní zástupci) nemají přístup k jakékoli on-line aplikaci, která by jim umožnila bezplatně si provést alespoň orientační výpočet výše jejich nároků dle Metodiky. Bez ohledu na výše popsané nedostatky Metodiky je však evidentní, že bez její existence by situace všech zainteresovaných byla v důsledku praktického právního vakua výrazně horší. Je však zřejmé, že do budoucna bude Metodika muset doznat některých úprav.

# Mrtvý pacient na příjmu nemocnice

Chtěl bych se zeptat na právní názor týkající se jedné mimořádné situace, která se odehrála na nemocniční interní ambulanci. V době ústavní pohotovostní služby byl převozovou sanitou soukromé firmy



odpovídá  
Mgr. Lucie Neubertová

z ordinace praktického lékaře na ambulanci nemocnice dovezen pacient s doporučením od praktického lékaře „bronchopneumonie“. Po dovezení pacienta ze sanitky na lehátko do ambulance bylo přítomným lékařem zjištěno, že pacient je mrtvý, vykazoval známky smrti – nejjisté (areflexie, apnoe, neprůkaznost pulsové aktivity, chlad, bledost) i jisté (posmrtná ztuhlost, izoelektrická linie na EKG). Nebylo indikováno zahájení kardiopulmocerebrální resuscitace. Jak by měl následně nemocniční lékař z právního hlediska postupovat? Je nutné v takovém případě přivolat na mís-

to vždy Policii ČR? Může, resp. je povinen ambulantiční lékař nemocnice, který konstatoval *exitus letalis*, vystavit list o prohlídce zemřelého a vzhledem k nemožnosti určit příčinu smrti indikovat zdravotní pitvu v Ústavu soudního lékařství? Jak se v takovýchto situacích chránit a na co nezapomenout?

Vzhledem k tomu, že mi nejsou známy všechny konkrétní okolnosti daného případu, dovoluji si odpovědět na tento dotaz obecně. Lékař by měl v případech úmrtí pacienta postupovat podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Podle § 84 odst. 1 tohoto zákona je třeba prohlídku těla zemřelého provést vždy. Jejím účelem je zjistit smrt osoby, pravděpodobné datum a čas

úmrtí, pravděpodobnou příčinu smrti a dále určit, zda bude provedena pitva. Součástí prohlídky těla zemřelého je jeho označení.

Prohlídky těl zemřelých jsou povinni zajišťovat poskytovatelé služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost u svých registrovaných pacientů v rámci provozní doby a v rozsahu provádění návštěvních služeb. Provedení prohlídky nesmí vést k narušení poskytování zdravotních služeb. Pokud neprovádí prohlídku tento lékař, pak ji provede lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu nebo poskytovatel či lékař, se kterým má kraj pro tyto účely uzavřenou smlouvu. Mezi další osoby, které mohou prohlídku těla zemřelého provést, lze zahrnout též poskytovatele zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení došlo k úmrtí, anebo poskytovatele zdravotnické záchranné služby v případě, kdy k úmrtí došlo při poskytování přednemocniční

neodkladné péče. Prohlídky provádějí lékaři se specializovanou způsobilostí.

## Kdy informovat policii

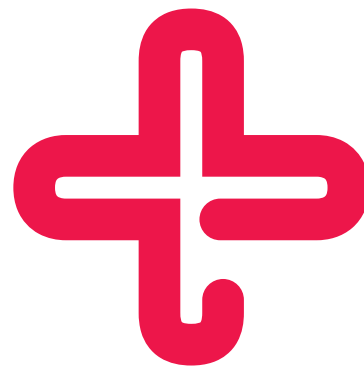
Postup při prohlídce těla zemřelého je vymezen v § 86 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Lékař provádějící prohlídku neprodleně informuje Policii České republiky, jde-li o: (i) podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem nebo sebevraždou, (ii) zemřelého neznámé totožnosti, (iii) úmrtí, ke kterému došlo za nejasných okolností. Lékař provádějící prohlídku těla zemřelého udělá v takovém případě jen nezbytné úkony tak, aby nedošlo ke zničení nebo poškození možných důkazů nasvědčujících tomu, že byl spáchán trestný čin nebo že jde o sebevraždu. Lékař provádějící prohlídku těla zemřelého také informuje Policii České republiky, jestliže mu není známa osoba blízká zemřelému nebo ji nebylo možné o úmrtí vyrozumět, a to za účelem jejího vyhledání a předání informací o úmrtí.

## Důvody k pitvě

Lékař provádějící prohlídku těla také vyznačí v případech, v nichž je tímto zákonem stanovena povinnost provést pitvu, nebo v případech, kdy určil provedení pitvy, její provedení v Listu o prohlídce zemřelého. Podle § 88 odst. 3 zákona o zdravotních službách provádějí zdravotní pitvy poskytovatelé služeb v oboru soudního lékařství. Pokud zákon nestanoví jinak, provede se zdravotní pitva povinně např. při náhlých a neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlídce těla zemřelého nebylo možné jednoznačně zjistit příčinu smrti, při všech násilných úmrtích včetně sebevraždy anebo při podezření, že úmrtí může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při poskytování zdravotních služeb, které vyslovil zdravotnický pracovník zúčastněný na poskytování zdravotních služeb, lékař, jenž provedl prohlídku těla zemřelého, nebo osoba blízká zemřelému atd.

# Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



**22 / Farmakoterapie**  
Analgetická terapie  
u seniorů

**25 / Nutriční terapie**  
Výživa pacientů  
s dekubity

**30 / Paliativní péče**  
Pravidla komunikace  
s umírajícími

# Pacientům často říkám, že tělo není *perpetuum mobile*

„Interna je obor, ve kterém objevuji stále něco nového, a hlavně je to dektivka, což je úžasné,“ říká internistka a zástupkyně primáře interního oddělení Mulačovy nemocnice v Plzni **MUDr. Gabriela Rybářová**.

Interna je obor, který mě opravdu moc baví. Když ke mně přijde pacient s určitými příznaky onemocnění, musím o něm a od něho nejprve získat co nejvíce informací, abych byla schopna určit diferenciální diagnózu. Poté zahájím vyšetřovací schéma a postupně se snažím dobrat správné diagnózy a stanovit léčbu,“ říká MUDr. Rybářová, která ve své praxi preferuje celostní pohled na člověka. Gabriela Rybářová vystudovala Lékařskou fakultu UK v Plzni, obor všeobecné lékařství. Po promoci v roce 1997 hledala uplatnění na radiologii či interně. Po měsíci hledání se objevilo místo na interním oddělení v okresní nemocnici ve Stodě na jižním Plzeňsku, kam nastoupila. „Jsem za to dnes moc ráda a těší mě, že mohu pacienty provázet a pomáhat jim zlepšit zdraví. V radiologii by mi ten úzký kontakt s pacienty chyběl.“ Dnes doktorka Rybářová působí na interním oddělení a v ambulanci Mulačovy nemocnice v Plzni. Toto zdravotnické zařízení okresního typu má celkem 10 oddělení. Konkrétně interna, kde zastává funkci zástupkyně primáře, disponuje 42 lůžky, z toho 4 na JIP.

## Co vás nejvíce baví na oboru, který jste si zvolila?

Interna není úzce specializovaný obor, který se zabývá jedním orgánem. Lékař se musí orientovat v poměrně velkém výčtu chorob. Okresní nemocnice s velkým spádem proto byla na počátku mé praxe velmi dobrým základem. Bylo nutné se naučit dobře vyšetřovat, odebrat anamnézu, orientovat se v široké diferenciální diagnóze. V dnešní době stárnoucí populace je třeba mít nejen specializovaný přístup k jednotlivým onemocněním, ale přistupovat individuálně i v případě chronických, polymorbidních nemocných. Snažit se optimalizovat benefit a riziko léčby a hlavně profit každého pacienta. Proto mě interna tak baví, není jednotvárná. Předseda internis-

tické společnosti profesor Češka říká, že interna je královna medicíny, a já s ním plně souhlasím.

## Věnujete se celostní medicíně a psychosomaticce. Jaký je váš přístup k pacientům v oblasti prevence?

Prevence je na prvním místě, ať už primární (předcházení chorobám) nebo sekundární, kdy už se nemoc projevila a je třeba udělat vše pro stabilizaci, zlepšení nebo zpomalení projevů jak léčbou, tak vlastními silami. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Pacientům často říkám, že tělo není *perpetuum mobile*. Správným přístupem ke svému tělu a tedy i zdraví můžeme ovlivnit mnohé. Je to ale velmi pracné, jednodušší je sáhnout po pilulce než měnit sám sebe. Už od narození bychom měli být vedeni k tomu, že za zdraví si ručíme sami.

## Co má na naše zdraví zásadní vliv a jak nás ovlivňuje například stres?

Myslím si, že stres je největším rizikovým faktorem všech civilizačních onemocnění a největší likvidátor našeho těla. Je všudypřítomný. Stresorem může být cokoli, co naše tělo nenechává v klidu. Odpovědí našeho organismu na stres je fyziologická reakce sloužící k přežití, k ochraně. Přetrvává-li působení stresoru déle, dochází k trvalé aktivaci vegetativního nervového systému a následně až k poškození orgánů. Psychosomatici na časové ose života pacientů zaznamenávají jak životní události, tak projevy nemoci, a hledají souvislosti. Pokud se člověk při pojmenování stresorů dokáže naučit stresu odolávat, má výbornou zbraň jak zlepšovat své zdraví.

## Daří se vám pomocí této metody odhalovat skutečné příčiny nemocí? Setkáváte se často s případy, kdy u pacienta dlouhodobě přetrvávají potíže a vyšetření je přítom negativní?

Ano, to mě vlastně přinutilo přemýšlet, proč má určitý člověk obtíže, když všechna klinická, laboratorní a zobrazovací vyšetření jsou negativní. Právě to mě přivedlo k celostní medicíně. Dnes je ale tento pojem zprofanovaný mnohými alternativními postupy, z nichž některé mohou i škodit. Pod celostním přístupem si představuji to, co lze tělu doplnit na tělesné, duševní a sociální úrovni. Konvenční medicína, která zachraňuje životy, nahrazuje orgány a podporuje nebo nahrazuje funkce orgánů, je na vysoké úrovni, ale tato vyspělá medicína za nás neudělá to, co pro svoje zdraví můžeme udělat sami.

## Co podle vás zahrnuje celostní přístup k pacientovi?

V propedeutice jsme se naučili odebrat anamnézu, která se skládá z rodinné, osobní, pracovní a sociální anamnézy, u žen i gynecologické. Dále sem patří farmakologická anamnéza a abúzus. Odběr anamnézy může trvat 10 minut nebo také 2 až 3 hodiny. V celostním přístupu se zabýváme nejen tělem, ale i režimem, životostí, životem a prostředím, ve kterém člověk žije, jeho vnitřním nastavením a nastavením celé jeho rodiny. Něco změnit a ovlivnit lze. Pokud ne, máme možnost využít nejmodernějších poznatků medicíny.

## Lze obecně říci, na čem závisí naše zdraví a jak se udržovat v dobré kondici?

Naše zdraví závisí zhruba ze 30–45 procent na životostí, z 15–30 procent je ovlivněno genetickou výstavou a ze 30 procent životním prostředím. Zbývajících 10 procent je to, co ještě nevíme. V různých zdrojích se liší podíly genetiky a životostí ve prospěch našeho životního stylu. Ze své praxe bych ani na jeden aspekt nekladla hlavní důraz. Vše souvisí se vším. Například obezita je způsobena daleko více životostí než genetikou. Často slyším od pacientů, že u nich doma nikdo nebyl hubený a mají to v ge-



Foto: Běla Nedorostová

nech. Jistě, náš metabolismus má základ v genech, ale z rodiny si neseme poznatky o stravování, životostí a tak dále. A když toto dokážu změnit, nemusím být obézní i přes geneticky nedobrou výstavu. Tito lidé musí vyvinout větší úsilí na udržení rovnováhy ve svém těle.

## Jak bychom se tedy měli stravovat, abychom si udrželi optimální zdraví, nehlédě na genetickou výstavu? Co by v naší stravě nemělo chybět?

Všem nám ve stravě velmi chybí zelenina. Doporučuje se dvakrát denně porce zeleniny, což znamená 15 až 30 dkg k hlavnímu jídlu v poledne a večer. Jedna porce by měla být syrová. V naší stravě převládá příliš mnoho cukru a nekvalitního tuku. Pokud bychom dokázali nahradit cukry zeleninou a ovocem, místo pšeničných výrobků více jedli celozrnné či jiné obiloviny a z tuků používali ty, které jsou našemu tělu prospěšné, cítili bychom se daleko lépe. Dále bychom měli tělu dodávat proteiny (esenciální mastné kyseliny). Pokud chybí proteiny, vznikají problémy, které musí naše tělo řešit. Někdy svým pacientům vysvětluji, že každá buňka je továrna, a to velmi složitá továrna, která musí mít vše, co potřebuje, aby mohla dobře pracovat.

## Co je nezbytné pro správné fungování buňky a co si lze předsta-

## vit pod pojmem buněčná strava, jak se občas někde uvádí?

Buňka je základní stavební jednotkou našeho organismu. Je to nesmírně složitý biochemický systém, který vědci neustále zkoumají. Je to továrna, která potřebuje živiny, aby vše fungovalo bez ztrát, bez tvorby přílišného množství volných radikálů a odpadních látek. Buňka, vedle makronutrientů – bílkovin, cukrů, tuků – potřebuje k životu i mikronutrienty – vitamíny, stopové prvky a další látky, z nichž některé jsou esenciální a tělo si je neumí vyrobit samo, některé naopak z dodaných substrátů vytvořit umí. Buňkou jako podstatou našeho těla se zabývá ortomolekulární medicína. Naše tělo je velmi složitá, obrovská chemická laboratoř. Když se buňce něčeho nedostává, může se lidově řečeno pouchat. Například hořčik v buňce se účastní více než tři set pochodů v těle. To je nepředstavitelně složitá kaskáda procesů.

## Jakými potravinami lze tělu dodat potřebné množství hořčiku?

Do jídelníčku je vhodné zařadit ořechy, nejvíce hořčiku obsahuje paraořechy a mandle. Dále pohanka, ovesné otruby, celozrnná mouka, bulgur a obecně zelenina – nejvíce magnézia má špenát. A neměla bych zapomenout ani na kvalitní čokoládu s dostatečným množstvím kakaového prášku, nejlépe bez cukru. Hoř-

čík můžeme doplnit i pomocí bylinek nebo užíváním melasy.

### Souvisí nedostatek některých látek v organismu s imunitním systémem?

Na imunitní systém se lze dívat jako na strážce celého těla. Je samozřejmě dán geneticky, ale velmi jej ovlivňuje i životní prostředí, ve kterém žijeme, náš režim a stres. Imunitní systém je vybaven nejen jako ochrana proti patogenům a toxinům, ale má za úkol hlídat a odklízet vše, co je v nepořádku. Osobně si myslím, že imunita má vliv na jakoukoli nemoc. Například u aterosklerózy hraje velkou roli oxidační stres, který vzniká uvolňováním volných radikálů. To znamená, že i u těchto nemocí se imunitní systém podílí na našem stavu a zdraví. Když se podíváme, jaké množství autoimunitních chorob dnes existuje, jak narůstají alergie a další nemoci, je to zřetelné.

### Co tedy dělat, aby byl náš imunitní systém v dobré kondici?

Všechno začíná v hlavě. Snažím se o to, aby se lidé naučili poslouchat své tělo, aby si uvědomili, kdy a kde to přehánějí.

### MUDr. Gabriela Rybářová

\* 23. 11. 1971 v Karviné

Vystudovala Lékařskou fakultu UK v Plzni, promovala v roce 1997, o 3 roky později složila atestaci z vnitřního lékařství a za další 3 roky získala funkční licenci v oboru výživa a metabolismická péče, pracovala jako sekundární lékařka na interním oddělení Nemocnice ve Stodě, a. s., a v soukromé interní ambulanci, od roku 2011 je zástupkyní primáře interního oddělení v Mulačově nemocnici v Plzni. Je členkou České interní



stické společnosti ČLS JEP a České kardiologické společnosti, od roku 2010 se intenzivně věnuje celostní medicíně a počínaje rokem 2014 se vzdělává v psychosomatice při IPVZ. Přednáší pro laickou veřejnost a slyšet ji můžete i v pořadech Českého rozhlasu Plzeň, ve volném čase se aktivně podílí na činnosti sdružení Kvítek Plzeň, z. s., a Talentárium, o. s., která se zabývají systematickou dobrovolnickou prací s dětmi a mládeží.

Je vdaná, má tři děti.

Existují lidé, kteří jsou schopni být třeba celý den bez jídla, tektutin, bez odpočinku, mají nedostatek spánku, někteří spí 4-5 hodin denně, nespoutají, odmítají dovolenou a tak dále. Měli bychom si uvědomit, že naše tělo je to nejdražší, co máme, a podle toho bychom se k němu měli chovat. V ambulanci se snažím rozebrat s každým pacientem vše, co mu může pomoci ovlivnit jeho zdraví. Lidé, kteří se chtějí dozvědět o svém zdraví víc než běžně

v ambulanci, mě mohou navštívit i v poradně. Tam se snažíme společně rozebrat denní režim, stravování, odpočinek, spánek a vše, co může s potížemi souviset. Lidé, kteří přijdou z vlastního zájmu do poradny, patří mezi ty, kteří chtějí poradit, a tudíž jsou většinou otevření.

### A jak pečujete o své zdraví vy?

Čím víc o tom všem přemýšlím, jsem sama sebou nucena, abych i já podle toho žila. I moje tělo už

mě vytrestalo. Onemocněla jsem z vyčerpání, ze stresu a snad se i trochu poučila. Okolí mě zná jako velmi aktivního člověka, neměla jsem odpočívat a vypínat, tak se to učím. Sama na sobě zaskouším, jak těžké je měnit sám sebe. Odpočinek, to byl u mě největší problém. Jako rodina jsme celkově změnili jídelníček. Jíme velké množství zeleniny. I děti se naučily jíst všechnu zeleninu, mlsáme ořechy, semínka. Snažíme se dávat pozor na kvalitu nakupovaných potravin. Pravidelně cvičím speciální cviky na posílení vnitřního stabilizačního systému, jak mi radí má fyzioterapeutka, která mě má dlouhodobě v péči. Preventivně užívám koloidní minerály a v období zvýšené zátěže, kdy nelze najít čas na relaxaci, preventivně nasadím antioxidanty a cíleně naplánuji čas pro odpočinek. Při akutním onemocnění nasazují různé bylinky, a pokud nestačí, kombinují je s léky.

### Doporučujete užívat doplňky stravy?

Doplňky stravy doporučuji jak pro prevenci, tak v případě onemocnění. Snažím se pacientům

vysvětlit, proč danou látku doplníme – antioxidanty, vitaminy, stopovými prvky, bylinkami. Vždy preferuji doplňky na přírodní bázi.

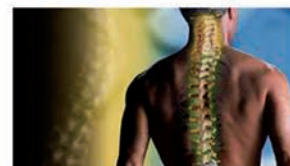
### Poradte tedy, jak se orientovat v nepřeberném množství doplňků, které jsou na trhu.

Orientovat se dá dosti obtížně. Zákony nařizují výrobci pouze to, aby ve složení, které je většinou malým písmem někde vzadu dole, vyjmenoval látky sestupně, tedy od nejvíce zastoupené látky po nejméně. Takže aby byl produkt účinný, musí mít svou hlavní látku ve složení na prvních dvou místech. Není-li to tak uvedeno, je tam většinou v malém, neúčinném množství. Všem radím, aby otáčeli krabičky a porovnávali. Na tomto trhu dvojnásob platí, že když dva dělají totéž, není to totéž. Když chci něco doplňovat, tak na kvalitě velmi záleží. I s látkami obsaženými v potravinových doplňcích se dělají výzkumy, stejně jako s farmaky. Studie jsou dohledatelné a můžeme se podle nich řídit. Je ale potřeba obezřetně vybírat.

Běla Nedorostová

Inzerce M151000401

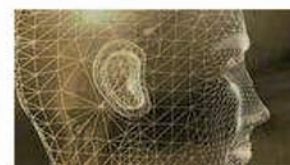
**RODIX**  
zdravotnická technika



**má konečně celé portfolio**



**STORZ**  
KARL STORZ — ENDOSKOPE



# Nežádoucí účinky analgetické terapie u seniorů

Bolest je subjektivně nepříjemný vjem, jehož prevalence povolna narůstá úměrně zvyšujícímu se věku. Příčin bolesti u seniorů je řada, ale velmi často je vyvolána degenerativními procesy. Neméně často má bolest neuropatický základ nebo jde o bolest nádorovou. V rámci našich snah o nastolení efektivní analgezie je klíčové rozpoznání jejího zdroje, od čehož se odvíjí i vlastní nemedikamentózní léčba a/nebo farmakoterapie.

Zvažujeme-li možnost farmakoterapie, je třeba vždy pamatovat na specifika takového přístupu vztahující se k seniorům, od nichž se ostatně odvíjejí i dnes užívaná doporučení racionální farmakoterapie u seniorů.

## Vyvarovat se polypragmzie

Obecné principy farmakoterapie u seniorů (osoby starší 65 let) shrnují u nás pravděpodobně nejznámější tzv. Beersova kritéria (první verze z roku 1997), která zohledňují odlišnosti farmakokinetiky (odlišné vstřebávání, distribuce, metabolismus a vylučování léčiv z organismu), případně i farmakodynamiky léčiv (odlišná schopnost léčiv navodit zamýšlený farmakologický účinek) v této věkové skupině; dalšími kritérii jsou IPET (*Improved Prescribing in the Elderly Tool*) a MAI (*Medication Appropriateness Index*). V současné době některé zdroje rozdělují populaci seniorů nejen podle biologického věku, ale i podle několika dalších ukazatelů na seniory zdatné, ostatní a křehké.

Zejména ve skupině křehkých seniorů je třeba brát v úvahu komorbiditu, ostatní farmakoterapii, hydrataci, funkční zdatnost eliminačních orgánů apod.

Počínaje rokem 2007 jsou prezentována zcela nová kritéria označovaná START (umožní zvážit vhodnost daného léčiva u seniorů ve vybraných indikacích) a STOPP (umožní identifikovat léčiva či jejich kombinace nevhodné u seniorů). Racionální farmakoterapie přitom musí zohlednit často i omezenou soběstačnost nemocného (poruchy mobility, zhoršená jemná motorika, pokles kognitivních funkcí apod.), sociální faktory (osamělost, omezené finanční prostředky) a obecně nižší compliance (tj. dodržování předepsaného léčebného režimu či jiné intervence). Jednoznačně je třeba se snažit vyvarovat polypragmzie (tj. podávání

mnoha léků současně; anglicky *polypharmacy*), a to důsledným odběrem farmakologické anamnézy včetně dotazu na užívání volně prodejných léčiv či parafarmaceutik. Respektováním výše uvedeného jsme sice schopni výrazně snížit rizika plynoucí z poskytnuté farmakoterapie, nejsme však schopni je zcela eliminovat. Je proto třeba na taková rizika pamatovat a umět s nimi pracovat.

## Pozor na dlouhodobé užívání

V léčbě bolesti je aktuálně využívána celá řada farmak. V následujícím textu jsou uvedeny pouze nejvýznamnější z nich, respektive pouze ty látky, které označujeme jako analgetika (neopioidní a opioidní), nikoli již koanalgetika, která jsou primárně indikována u jiných diagnóz (jde např. o tricyklická antidepresiva, anti-epileptika, betablokatory aj.). Uváděny jsou přitom klinicky nejvýznamnější (zejména z pohledu četnosti svého výskytu) nežádoucí účinky.

Mezi nejrozšířenější analgetika bezesporu patří nesteroidní antiflogistika (NSA) v čele s ibuprofenem, diklofenakem či naproxenem. Řada zástupců je dostupná ve volném prodeji a bohužel je nemocnými vnímána i jako velmi bezpečná léčba. Ač tomu tak často je, není tomu tak vždy (viz tab.). Skupina NSA s sebou přináší riziko gastrointestinálních potíží. Dle gastroscopických nálezů je tak dnes co do výskytu peptický vřed vyvolaný *Helicobacter pylori* výrazně upozádněn vředem nebo alespoň slizniční erozí vyvolanou užíváním NSA.

Riziko gastropatie (v angličtině zkratka PUB ze slov perforace, ulcerace a krvácení) se zvyšuje úměrně rostoucí dávkou, délkou a četností užívání. Je však odlišné napříč jednotlivými zástupci - nejnížší je u tzv. koxibů (dostupné pouze na předpis a i zde není riziko při dlouhodobém užívání zanedbatelné!) následované preferenčními

Tab. Potenciálně nevhodná analgetika podle kritérií STOPP

Léčivá látka/léková skupina	Možné riziko	Možná alternativa
kyselina acetylsalicylová	krvácení	přidání IPP, snížení dávky u krvácivých stavů
nesteroidní antiflogistika (NSA)	krvácení, zhoršení hypertenze/srdečního selhání, gastrotoxická aj.	analgetika/antipyretika, topická NSA, užívání IPP
opioidy	zácpa, pády, kognitivní poruchy	koanalgetika, rotace opioidů, využití laxativ u zácpy

COX-2 inhibitory (nimesulid a meloxicam - rovněž na předpis) a nakonec neselektivními NSA. V rámci posledně uvedené podskupiny je nejnížší riziko z běžně užívaných látek uváděno u ibuprofenu (snad právě proto je možné jej jako jediné NSA užívat i v léčbě horečky u dětí). Riziko gastropatie je možné výrazně snížit současným užíváním inhibitorů protonové pumpy (pantoprazol, omeprazol aj.). Připomeňme, že negativní vliv NSA na žaludeční sliznici je jenom z nepatrné části lokálního charakteru - je tedy v zásadě z tohoto pohledu celkem jedno, bude-li léčivá látka podána *per os* nebo *per rectum*. Naproti tomu NSA podávaná v lokální formě (gel, krém, emulgel, sprej či náplast) působí pouze v místě podání a ve významnějším množství nepronikají do systémové cirkulace, a tedy nedisponují systémovými nežádoucími účinky.

## Enteropatie, hepatotoxicita a nefrotoxicita

Vedle gastropatie je tu však i riziko enteropatie, o kterém se naopak prakticky nehovoří - je popisováno jako možné eroze s následnými konstrikcemi části střeva, malabsorpci apod. Nejenže inhibitory protonové pumpy v tomto případě nepomáhají, podle některých experimentálních prací mohou paradoxně dokonce i škodit.

Z dalších rizik spojených s užíváním NSA jmenujme poškození jater. O tom jsme měli v minulých

letech možnost slyšet zejména v souvislosti s nimesulidem. Právě kvůli riziku hepatotoxicity se stal až léčivem druhé linie u akutní bolesti či primární dysmenorey a navíc zde platí doporučení o nepřekračování délky jeho užívání po dobu 15 dnů. O hepatotoxicitě se v poslední době začalo opět více hovořit i v souvislosti s paracetamolem, jenž se od skupiny NSA liší absencí protizánětlivého účinku. (Připomeňme, že jeho maximální denní dávka pro dospělého jsou 4 g a jednotlivá analgetická dávka 0,75-1 g, resp. 10-15 mg/kg.) Nefrotoxicita, zejména v podobě tubulointericiální nefritidy, se týká všech NSA, jsou-li podávána dlouhodobě. Bohužel však postrádáme přesnou definici, co ono „dlouhodobě“ znamená. V zásadě však panuje shoda, že jde o jakékoli jiné užívání, než je léčba akutní bolesti. Paracetamol, aktivní metabolit nefrotoxicity působícího a již neužívaného fenacetinu, nefrotoxicitu nevykazuje. Současně je však třeba upozornit i na schopnost NSA podporovat reabsorpci sodíku, a tedy přispívat k retenci tekutin na straně jedné a současně podporovat ztráty draslíku na straně druhé. To může být klinicky významné zejména u osob s komorbidní hypertenzí, srdečním selháváním apod.

## „Remedium ideale“ zatím nemáme

O možném negativním vlivu na srdce v souvislosti s NSA jsme se

doslechli v souvislosti s již více než před deseti lety opěvovaným a následně rychle zatraceným rofekoxibem. Z původní slavné skupiny koxibů tak kvůli tzv. koxibové aféře přežívá nejméně vůči COX-2 selektivní celecoxib, se kterým paběrkuje etorikoxib s parekoxibem. Po této aféře byla přehodnocena celá skupina NSA a ukázalo se, že prakticky všechny látky tímto rizikem disponují, pouze s výjimkou naproxenu. Poměrně nedávno přispěla Evropská léková agentura s varováním před užíváním diklofenaku u nemocných s predisponujícím srdečním onemocněním. Spektrum nežádoucích účinků NSA zahrnuje dále fototoxicitu (týká se lokálních forem a následně expozice slunečnímu záření), hematotoxicitu a další, nicméně z pohledu klinické relevance bych rád upozornil i na riziko lékových interakcí - zejména s antikoagulancii/antiagregancii (zvýšené riziko krvácení), se zástupci anxiolytik/antidepresiv ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, SSRI (zvýšené riziko gastrotoxicity) či s antihypertenzivy (snížení antihypertenzivního účinku).

V případě opioidů (viz tab.) je třeba fobicky se neobávat útlumu respiračního centra. Nejčastěji nemocní v iniciálních fázích léčby popisují nevolnost a závrať (postupně odezní), únavu, zmatečnost a denní ospalost (pozor na riziko pádů), suchu v ústech, pruritus a hlavně zácpu. Z lékových interakcí je třeba varovat před současným užíváním inhibitorů monoaminoxidázy (MAO) či látkami s centrálně tlumivými účinky a u tramadolu pozor na komedikaci zvyšující aktivitu serotoninergních okruhů.

Bohužel ani medicína 21. století neumí používat takové léky, které by byly prosty nežádoucích účinků. Každá léčivá látka má své „pro“ a „proti“ a dosud nemáme „remedium ideale“. Na základě znalosti konkrétního nemocného, jeho komorbidit a komedikace však máme možnost zvolit takový lék, který bude nemocnému maximálně vyhovovat a současně pro něj bude představovat minimální riziko nežádoucích účinků či lékových interakcí.

MUDr. Jiří Šliva, Ph.D.,  
Ústav farmakologie 3, LF UK, Praha,  
Jiri.Sliva@tfs.cuni.cz

# Dopravné úrazy v detskom veku a možnosti ich prevencie

Dopravné úrazy v európskom regióne predstavujú veľký problém. Každý rok 127 tisíc ľudí následkom dopravných úrazov zomrie a asi 2,4 milióna je zranených. Hlavnou príčinou vzniku dopravných nehôd je neadekvátne správanie človeka, ktoré je pre všetky druhy dopravných nehôd spoločné.

V mnohých prípadoch sú pri vzniku dopravného úrazu hlavnými aktérmi práve deti a to najčastejšie nepozornosťou na cestách, hraním sa v blízkosti ciest, nedodržiavaním dopravných predpisov, precenením svojich schopností.

Čelko (2002) definuje úraz ako: „...akékoľvek neúmyselné či úmyselné poškodenie organizmu, ku ktorému došlo následkom akútnej expozície termálnej, mechanickej, elektrickej či chemickej energie a z nedostatku životne dôležitých energetických prvkov či veličín, ako sú kyslík alebo teplo.“

## Najčastejšie príčiny dopravných nehôd u detí

Hruškovič (2007) uvádza tieto najčastejšie príčiny dopravných nehôd u detí:

- vychádzanie na cestu spomedzi zaparkovaných áut, spoza autobusu alebo trolejbusu, električky, spoza kríkov a stromov, ktoré rastú blízko cesty,
- nesprávna chôdza po pravej strane cesty, ktorá nemá chodník,
- bicyklovanie na frekventovaných cestách alebo v ich blízkosti, nedodržiavanie dopravných predpisov, nepoužívanie prilby, zlý technický stav bicykla a zlá technika jazdy,
- hra v blízkosti ciest,
- hra na cestách,
- nehody počas zníženej viditeľnosti: súmrak, noc, dážď, hmla,
- nepoužívanie bezpečnostných pásov a detských autosedačiek,
- podceňovanie rizík železníc a rizík vodných plôch a tokov.

## Prevencia dopravných úrazov

Správnou a včasnou prevenciou možno takmer všetkým úrazom u detí predísť (Frišová, 2006).

### Preventívne stratégie

Podľa úrazového spektra delíme prevenciu na **primárnu, sekundárnu a terciárnu**.

**1. Primárna prevencia** by mala vychádzať z podrobného rozboru príčin úrazov, rizikových faktorov a činností, prostredia a charakteristík postihnutých jedincov.

**2. Sekundárna prevencia** znamená kvalitný záchranný systém, poskytujúci adekvátnu prvú pomoc, zmiernenie následkov úrazu, skrátenie liečby, zníženie nákladov na liečbu, urýchlenie návratu k plnému zdraviu a predchádzanie invalidite a trvalým následkom.

**3. Terciárna prevencia** predstavuje zaradenie trvalo postihnutých do bežného života v tej miere, v akej to umožňujú následky úrazov (Grivna, 2003).

## Technologické intervencie

Niektoré z technologických opatrení sú spomenuté v odporúčaniach WHO pre znižovanie dopravných nehôd:

- vytvárať bezpečné prostredie,
- stavať cesty tak, aby boli oddelené užívateľmi, ktorí idú rôznymi smermi,
- zlepšiť viditeľnosť na cestách nielen počas dňa, ale aj v noci, zviditeľniť chodcov a cyklistov nápadnejším oblečením, odrazkami,
- priať a dodržiavať zákony, ktoré stanovujú maximálny obsah alkoholu v krvi vodičov,
- prekračovanie rýchlosti sledovať dôsledným používaním kamier; opatrenia na znižovanie rýchlosti sú veľmi efektívne pri znižovaní počtu dopravných nehôd v mestských oblastiach,
- zavádzať odstupňované vodičské preukazy s tým, že začiatočníci jazdia zo začiatku len so skúseným vodičom, potom len počas dňa, potom s obmedzeným počtom pasažierov atď.,
- na diaľniciach pri dlhých jazdách dávať príležitosť na oddych, aby sa predišlo únave vodiča.

Benešová (in Grivna, 2003) uvádza, že medzi najúčinnnejšie do-

pravné inžinierske opatrenia patria:

- spomaľovacie prahy,
- ostrovy na prechode pre chodcov,
- optické a fyzické zúženie vozovky,
- optické brzdy,
- kombinácia spomaľovacích prahov, optických brzd a zvýraznenie prechodu pre chodcov a výstražného vodorovného dopravného označenia,
- budovanie cyklistických trás a chodníkov, oddelenie pešej a cyklistickej dopravy od dopravnej motorizovanej.

## Zdravotno-výchovné intervencie

Predstavujú aktívnu prevenciu, keď sa dieťa s pomocou dospelých učí rozoznávať rizikové miesta, predmety a situácie a naučí sa správať bezpečne. Čo sa týka **pasívnej prevencie**, tu ide o vybavenie dieťaťa ochrannými prostriedkami a vytvorením bezpečného prostredia pre dieťa. Kvalitná **dopravná výchova** by mala mať pre dieťa nielen prínos v jeho ochrane v rámci dopravného prostredia, v ktorom sa pohybuje, ale mala by tiež:

- dať dieťaťu znalosti a vedomosti o tom, ako človek, vozidlo a prostredie na seba vzájomne pôsobia a ako sa ovplyvňujú,
- dať dieťaťu možnosť pochopiť ako správanie a postoje účastníkov cestnej premávky ovplyvňujú bezpečnosť cestnej premávky,
- vytvoriť v dieťati prvky sociálneho cítenia a pochopenia ostatných zraniteľných účastníkov cestnej premávky (napr. starších osôb, telesne postihnutých), ako základ pre formovanie vzťahu k týmto skupinám, a to nielen v cestnej premávke,
- klásť dôraz aj na spoluprácu s ostatnými sektormi, ktorá je dôležitá.

Na základe našich zistení a odporúčaní medzinárodných organizácií navrhujeme nasledovné opatrenia:

## Legislatívne opatrenia

- povinnosť používať detské autosedačky,
- povinnosť používať ochrannú prilbu pri bicyklovaní u detí do 18 rokov.

## Preventívne opatrenia v ochrane zdravia

Zdravotno-výchovno-intervenčná činnosť (propagácia slovom, tlačou, obrazom, filmom, rozhlasom, školením) patrí medzi veľmi účinné prostriedky úrazovej prevencie. Odporúča sa významne a trvalo znižovať výskyt úrazov, zdravotného postihnutia a úmrtí z nehôd a násillia.

## Úloha verejného zdravotníctva v prevencii detských úrazov

**Výber autosedačiek podľa veku a hmotnosti dieťaťa:**

- Od 0 až 10 kg (približne deti do 9 mesiacov) tzv. škrupinové, prenosné sedačky s rukoväťou, montujú sa proti smeru jazdy. Môžu sa používať aj na prednom sedadle spolujazdca, ktoré však nesmie byť vybavené airbagom (alebo musí mať možnosť dočasnej deaktivácie). V krajinách EU je povolené tento typ autosedačky montovať na predné sedadlo spolujazdca.
- Od 0 až 18 kg (do 3 rokov). Môžu sa montovať v protismere, a neskôr keď nožičky dieťaťa začnú presahovať von zo sedačky, v smere jazdy – väčšinou sú polohovateľné.
- Tretia a štvrtá skupina zahŕňa sedačky od 18 kg do 36 kg a montujú sa na zadné sedadlo v smere jazdy a sú nepolohovateľné. Sú určené deťom starším ako 4 roky.
- Vo vyspelých krajinách EU je používanie autosedačiek do 4 rokov povinnosť vyplývajúca zo zákona.

**V rámci primárnej prevencie je dôležitá realizácia programov, ktoré by mali zahŕňať:**

- U detí vekovej skupiny 0-4 rokov je potrebné preventívne programy zamerať na rodičov**
  - Informácie o nižšom riziku úrazu pri používaní autosedačiek.

- Poukazovať na zvýšené riziko úrazu, pokiaľ dieťa sedí na prednom sedadle vedľa šoféra, aj keď je v autosedačke. Na certifikovaných autosedačkách je výstražný nápis, aby neboli upevňované na predné sedadlo pokiaľ je tam namontovaný airbag.

- Zdôvodňovať opodstatnenosť používania autosedačiek až do veku 12 rokov, resp. kým dieťa nedosiahne hmotnosť 36 kg.

- Informovať a edukovať rodičov o dôležitosti vychovávať u detí od ranného detstva také správanie v doprave, aby sa znížovali riziká úrazov (Čelko, 2002).

## 2. Pre vekovú skupinu 5-9 rokov je potrebné vytvoriť

- Edukáčno-intervenčné programy – pre správnu fixáciu návykov je dôležité počuté slovo (prednáška primeraná veku), vizuálny obraz (v podobe rozprávky) a praktický tréning (pohybová hra).

## 3. Pre vekovú skupinu 10-19 rokov by mali byť preventívne programy zamerané na výchovu dorastu k dodržiavaniu pravidiel cestnej premávky.

Jej hlavným poslaním je ochrana a podpora zdravia, vyhľadávanie rizík súvisiacich s rizikovým správaním vo vzťahu k výskytu ochorení a úrazov. K dôležitým aktivitám v prevencii úrazovosti patrí aj edukácia žiakov v poskytovaní prvej pomoci, príprava letákov a edukačných materiálov v čakárňach ambulancií.

## Záver

Úrazy predstavujú v detskom veku závažný problém. Je dôležité, aby sa vyvinulo maximálne úsilie v prevencii ich vzniku. **Rodič** je ten, ktorý **sa má správať vzorovo**, ukazovať, vysvetľovať a komentovať. Prevencia úrazov je teda v rukách rodičov, výchovno-vzdelávacích inštitúcií, zdravotníckych zariadení v primárnej sfére a všetkých tých, ktorí prichádzajú do kontaktu s deťmi.

Literatúra u autoriek

PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D.,  
Katedra ošetrovateľstva,  
Prešovská univerzita v Prešove,  
ondriova@unipo.sk,  
Janka Slaninková

# Učit se jeden od druhého

Tento článek představuje mezinárodní organizaci L'Arche, která pracuje s lidmi s intelektuálním postižením a pomáhá jim tvořit životní podmínky tak, aby mohli žít své životy plnohodnotně ve svých domovech.

Článek se dále zaměřuje na popis a přiblížení L'Arche North Boston nacházející se v oblasti Nové Anglie v USA, jež je jednou z mnoha komunit ve světě.

## L'Arche přichází z Francie

L'Arche je název komunity založené na křesťanských základech, jež umožňuje utvářet domov lidem s intelektuálním postižením. L'Arche nese francouzské jméno a její základy byly položeny ve Francii roku 1964 Jeanem Vanierem. Dnes je tato organizace rozšířena již ve 35 zemích v Evropě, Severní a Jižní Americe, Asii, Africe, Austrálii a v Oceánii. Ústřední postavou komunity se stal Jean Vanier, který na počátku pozval dva muže s intelektuální disabilitou do své domácnosti, aby s ním společně žili. Z této základní myšlenky vychází celá filozofie organizace. Hlavním principem je společné, vzájemné, rovnocenné soužití osob s intelektuálním znevýhodněním a bez něj, život v komunitě, učení se jeden od druhého, spiritualita. L'Arche disponuje domácnostmi, kde spolu vzájemně žijí asistenti a lidé s intelektuálním postižením. Jak počet, tak uzpůsobení jednotlivých domů se může lišit v každé komunitě. Stejně tak počet asistentů zde žijících a rovněž i jednotlivých klientů.

## L'Arche North Boston

L'Arche North Boston byla založena roku 1983. Nachází se v oblasti Nové Anglie severně od města Boston v USA. V současné době tato komunita disponuje čtyřmi domy, které jsou od sebe vzdáleny pouze několik minut jízdy au-

tem ve městě Haverhill a v jeho části Bradford. V domech žije několik asistentů společně s osobami s určitou intelektuální disabilitou. Domy nesou svá specifická jména spojená s vlastní historií. Ve třech domech, jimiž jsou Nazorean House, Gandhi House a Assisi House, žije po čtyřech lidech s intelektuální disabilitou. Počty asistentů žijících v domech se liší, obvykle to bývá kolem tří až čtyř, někteří žijí přímo v domech, tudíž se pro ně daný dům stává vlastním domovem, jiní docházejí. Posledním domem je Peace House, jež je koncipován lehce odlišně – má tři patra, čímž vytváří tři oddělené byty pro soukromý život. V prvním patře žije společně manželský pár s jedním asistentem. Ve druhém pobývá pouze jeden z klientů s jedním asistentem a v posledním patře žije klient zcela samostatně. Podporu asistenta vyžaduje výjimečně, zejména pro náročnější úkony, jako je například doprovod k lékaři.

## Asistent má být „po ruce“

Stejně jako klienti, tak také každý asistent má k dispozici svůj vlastní pokoj. Asistent má své povinnosti, které je nezbytné plnit. Úlohou asistenta je být tzv. po ruce a vytvářet plnohodnotné podmínky pro život osobám s intelektuální disabilitou. Vymezit s naprostou přesností, co je náplní asistence, není snadné, protože být asistentem znamená dělat vše, co je v danou chvíli potřeba. Asistent obstarává běžnou, základní podporu v sebezpečí, jako je např. dopomoc s koupelí, s použitím toalety apod. V rámci roz-

šířené soběstačnosti je to např. transport, manipulace s penězi, doprovod k lékaři, příprava léků. Nedílnou součástí je také komunikace s rodinami klientů. Asistent musí pokrýt kompletní péči o domácnost, veškeré nákupy či úklid – a to vše ve společnosti a ve spolupráci s osobami s intelektuální disabilitou. V určité míře je náplň času s klienty stavěna na tom, na čem se jednotliví asistenti společně s nimi dohodnou. Náplň může například zahrnovat jen „prosté“ společné trávení volného času, sledování filmu, návštěvu kina, kulturních akcí, přípravu jídla, povídání si, práci na různých projektech, cestování, zahradničení atp., a to vše v soustavné komunikaci s klienty.

Důležité je umění naslouchat, být trpělivý, pružně reagovat, umět se rozhodovat, poskytovat emoční podporu, motivovat, umět odhadovat, být empatický, reagovat adekvátně na emoční stavy klientů atp. Nejvíce může práci asistenta vystihnout to, že je to jako každý jiný domov se vším, co náleží k jeho chodu a k chodu všech osob, které v něm žijí. Většina klientů žijících v domech dochází každodenně do podporovaného zaměstnávání, kde mají své rozvrhy a aktivity, které se snaží soustavně rozvíjet jejich dovednosti. V domácnostech je dodržována určitá denní rutina, maximální snaha zapojovat klienty do dění, fungovat samostatně, podporovat jejich nezávislost v každodenních povinnostech, ale také pracovat na cílech, které mají stanoveny, a neustále plnit další a nové plány, jichž chtějí během života dosáhnout.

## Práce jako forma lásky

Tato práce je na jedné straně náročná, a to jak psychicky, tak fyzicky, může mít velice blízko k vyhoření, především pro asistenty žijící přímo ve společné domácnosti s osobami s intelektuální disabilitou, protože do práce nedocházíte, ale jste v ní neustále. Nicméně na druhou stranu je možno ji brát jako poslání, styl, způsob života a péče o druhého může být považována za jednu z největších forem lásky. Způsob, který si každý asistent zvolí, je jistě velmi individuální. Faktem ale zůstává, že po-



kud asistent žije s klientem takto pohromadě, osoby s intelektuální disabilitou se pro něj od prvního dne stávají jeho spolubydlíci, se kterými sdílí celou domácnost. I vzhledem ke skutečnosti, že se jedná ve své podstatě o psychicky náročnou práci, je náplň práce asistenta také účasť jedenkrát týdně na dvou schůzích. První z nich je společné shromáždění celého vedení a všech asistentů. Zde je prostor pro jakékoli dotazy, hodnocení, komentáře a řešení vzniklých situací. Nedílnou součástí této schůze je kolektivní modlitba a snaha o rozvíjení spirituálního i profesního života. Každý dům má dále jedenkrát týdně svou vlastní schůzi s vedoucím tohoto domu a všemi asistenty, kteří v dané domácnosti pracují. Zde se rozebírá celkový chod domu a všech osob, které v něm žijí.

L'Arche North Boston má nastaveny rituály, pravidlem bývá společná každodenní večeře spojená s modlitbou. Čtvrtek je dnem určeným pro oslavy narozenin a výročí, pro společné modlitby, zpívání,

rozvoj duchovního života. Pátky bývají vyhrazeny pro bowling, tanec a jiné kulturní akce. V neděli se koná pravidelná návštěva kostela. Ačkoli je komunita postavena na křesťanských základech, není od asistenta vžadováno, že musí být také věřící. Očekává se pouze respekt. Život v komunitě je leckdy poměrně hektický – ačkoli máte k dispozici rozvrh, dle kterého pracujete, seznam akcí a událostí, je třeba počítat i s tím, že se situace může změnit z minuty na minutu. Asistent musí být velmi flexibilní. Život v L'Arche může být intenzivní, emočně náročný, veselý, smutný, paleta emocí je různorodá. Zkušenost s L'Arche je ale velmi obohacující v každém ohledu. Nutno dodat, že pro osoby, které zde žijí trvale, jsou připraveny výborné, kvalitní podmínky pro život.

Literatura u autorky

Ing. et Bc. Michaela Čermáková,  
L'Arche North Boston, USA,  
mich.cermakova@gmail.com





# Vliv výživy na hojení ran a chronických defektů

Pod pojmem chronická rána či defekt nejčastěji řadíme dekubity, případně bérčové vředy. Dekubity a jejich vznik jsou ve zdravotnických zařízeních evidovány a hodnoceny. Jsou vnímány jako kritérium kvality poskytované péče.

**V**znik dekubitu může být velmi rychlý, v některých případech vznikají v řádu hodin. Proto je nezbytné systémové řešení nejen na úrovni léčení již vzniklého dekubitu, ale i ve fázi prevence jeho vzniku. Pro úvod se sluší uvést několik nezbytných citací:

- **Definice rány:** Pod pojmem rána se rozumí porušení integrity kožního krytu tvořícího bariéru mezi zevním a vnitřním prostředím. Každé narušení kožního povrchu je spojeno se ztrátou kožní substance, která může zasáhnout různě hluboko do tkání podkožních.
- **Chronické rány** jsou všechny rány, které trvají déle než 4 týdny. Vznikají obvykle v oblastech poškozené předcházejícím onemocněním uplatňujících se v etiologii onemocnění. Většinu z nich představují chronické rány – ulcerace bérce a dekubity.

## Hojení ran

Nezávisle na druhu rány a rozsahu ztráty tkání probíhá proces hojení rány ve 3 fázích, které se nezávisle prolínají:

1. fáze zánětlivá – exsudativní (čisticí), ve které dochází k zastavě krvácení a čištění rány,
  2. fáze proliferativní (granulační) s tvorbou nové granulační tkáně a cévní proliferací,
  3. fáze reepitelizační s diferenciací epitelu a tvorbou jizvy.
- Prognóza hojení je závislá na patologicko-anatomickém a patologicko-fyziologickém nálezu postižené oblasti. Kromě těchto základních ukazatelů ji ovlivňuje celá řada faktorů – například věk nemocného, celkový stav organismu, základní mobilita, kloubová mobilita, přítomnost onemocnění, případně další.

## Směrnice pro výživu při prevenci a léčbě proleženin EPUAP

Následující doporučení pro stravování osob s malnutricí vychází z doporučení EPUAP (Evropský poradní sbor pro otázky proleženin), které bylo vydáno roku 2003 pod označením Směrnice pro výživu při prevenci a léčbě proleženin (EPUAP 2003). Směrnice předpokládá, že nedostatečná výživa může vést ke zvýšenému riziku poškození tkání v důsledku působení vnějších faktorů, například tlaku.

Základním cílem nutriční intervence je zlepšit podvýživu z hlediska bílkovin a energie, ideálně perorální cestou. V případech, kdy podávání běžné stravy není možné nebo dostatečné, lze zvážit podávání perorální doplňkové výživy bohaté na bílkoviny a energii s cílem dosáhnout pozitivní dusíkové bilance u pacienta. Pokud se nepodaří vyřešit podvýživu běžnou stravou ani podáváním perorální doplňkové výživy, lze využít i jiné cesty (např. enterální výživa nasogastrickou sondou). Jedinci je nutno zajistit energetický příjem minimálně 30–35 kcal na kg tělesné hmotnosti za den, při požadavku 1–1,5 g proteinů na kg a den a 1 kcal na ml tekutin na den. Nezbytné je pravidelné hodnocení účinků nutriční intervence a vedení dokumentace příjmu stravy a tekutin.

## Odhadované roční náklady na léčbu dekubitů

- Velká Británie: 1,7 miliardy €
- USA: 2,4 miliardy €
- Nizozemsko: 0,6 miliardy €

**Náklady na lokální terapii 1 dekubitu včetně nákladů na práci sestry** (v Kč dle aktuálního kurzu v září 2015):

- I. stupeň: 6 €/162 Kč
- II. stupeň: 11 €/297 Kč
- III. stupeň: 12 €/324 Kč
- IV. stupeň: 53 €/1434 Kč

Z uvedeného ekonomického zhodnocení logicky vyplývá, že je i finančně výhodné předcházet vzniku dekubitů a zejména předejít jejich zhoršení a co nejvíce snížit výskyt dekubitů IV. stupně. Na úrovni výživy to znamená celoplošné hodnocení nutričního stavu pacientů pomocí screeningových formulářů a hodnocení všech zjištěných informací komplexně (tedy nejen nutriční screening jako samostatný ukazatel, ale zejména ve vazbě na screening dle Nortonové a dostupné laboratorní údaje). Zde je nezastupitelná role nutričního terapeuta, který provede toto vyhodnocení, ale současně také zpracuje s pacientem jeho nutriční anamnézu a poté (ve vazbě na aktuální onemocnění a plán léčby) připraví cílenou nutriční intervenci. Její efekt je třeba pravidelně přehodnocovat v součinnosti s vývojem dekubitu.

**Nutriční screeniny** používané k posouzení nutričních rizik u pacientů musí být validizované (= s ověřenou výpovědní hodnotou).

Z toho důvodu jsou odbornou společností klinické výživy a intenzivní metabolické péče (SKVIMP) doporučeny tyto postupy: NRS 2002 (Nutrition Risk Screening) pro dospělé nemocné a MNA (Mini Nutritional Assessment) pro pracoviště dlouhodobé péče o seniory.

Ve fázi prevence vzniku dekubitů je významné zajištění dostatečné dávky bílkovin a energie. Často se však jedná o doplnění běžně poskytované stravy, která není dostatečně hodnotná pro konkrétní potřebu pacienta. Nedílnou součástí posouzení potřeby živin proto musí být vyhodnocení aktuální nutriční potřeby pacienta.

## Jak zajistit dostatek bílkovin

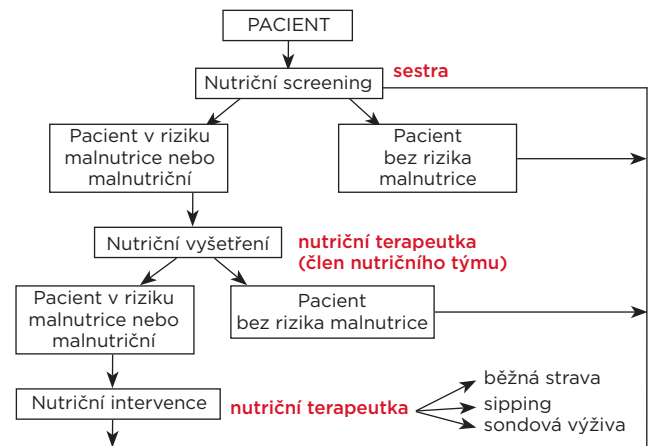
Základem je odborné doporučení, tedy 1–1,2 g bílkovin na kg hmotnosti a nejméně 30 kcal na kg hmotnosti. Kolik však pacient váží? U kolika z nich to nevíme? Pokud si jako příklad vezmeme pacienta s hmotností 70 kg, budeme pro něj potřebovat 70–84 g bílkovin denně a 2100 kcal energie. To ale nemusí podaná strava splňovat. Pokud má pacient současně kvůli problémům s kousáním například kašovitou dietu, může její hodnota být pouze na úrovni 60 g bílkovin a 1800 kcal. Pokud by konzumoval veškerou podanou stravu, bude mu denně chybět 10–20 g bílkovin a 300 kcal. To ovšem znamená, že musíme denně stravu doplňovat, jinak nedosáhneme potřebného preventivního opatření. Je otázkou, kolik pacient dokáže „dojít“ v běžné stravě. Málky si dokážeme uvědomit, co to znamená doplnit běžnou stravou 20 g bílkovin.

Mimo kompletní jídlo to znamená sníst navíc každý den některou z těchto položek:

- 3 vejčička,
- 100 gramů libového hovězího masa,
- 110 gramů sledě nebo lososa, nebo 125 gramů kapra,
- 625 ml polotučného mléka,
- 600 gramů jogurtu (4 ks á 150 g),
- 100 gramů netučného tvarohu,
- 160 gramů žervé (2 místičky),
- 70 gramů tvrdého syra Eidam 30 % t. v s.

## Důležitost vitamínů

Jiná situace nastane ve chvíli, kdy pacient není schopen sníst ani ce-



## Posouzení nutričního stavu pacienta

(Upraveno dle: Schols J et al.: Decision tree on nutrition in pressure ulcer prevention and treatment Romanelli M et al.: Science and Practice of Pressure Ulcer Management, Springer-Verlag London; 2006, 88)

lou porci podávané stravy. Pak je třeba doplnit to, co se nedostává ve větší míře, přitom další konzumace potravin obvykle není reálná (nesní ani to, co běžně dostává). V takové situaci je nejlepším řešením komplexní tekutá výživa, protože její pomalé upíjení během dne není pro pacienta tak náročné jako konzumace jídla. Navíc je možné vybrat variantu s vyšším podílem bílkovin či menší balení s koncentrovanějším obsahem. Pokud již dekubitus vznikne, je třeba si uvědomit, že „nutriční a energetické nároky pacientů s dekubitem jsou ještě vyšší než nutriční nároky pacientů v riziku vzniku dekubitů...“

Potřebná dávka bílkovin se zvyšuje na 1,5 g bílkovin/kg a podle stupně a rozsahu dekubitů se může ještě významně navýšit, například o kompenzaci ztrát exsudátem (při dekubitu IV. stupně může dojít ke ztrátě bílkovin sekrecí z rány až v množství 30 g bílkovin). Energetická potřeba stoupá na 35 kcal/kg.

Současně však se zhoršením celkového stavu a zánětlivým stavem významně klesá schopnost konzumace stravy. Pacient trpí nechutenstvím a z podaného jídla sní jen menší část. Rozevírají se tedy nůžky mezi potřebou živin a možností jejich příjmu. Pro úspěšné hojení dekubitu jsou ovšem potřebné nejen živiny, ale i další složky – například vitaminy C, E, A a minerální látka zinek (Zn), které společně pozitivně ovlivňují obranyschopnost organismu. Pro podporu tvorby nové tkáně a její kvalitu jsou důležité vitamín C a zinek. Takové požadavky však v běžné stravě není reálně zajistit. Ovocné *fresh* koktej-

ly nejsou běžnou součástí podávané stravy, dostatek vitamínu C zajištěn běžnou stravou není. Zdroje zinku je třeba hodnotit nejen podle jeho obsahu v potravine, ale i podle využitelnosti z dané potraviny. Proto jsou vhodným zdrojem červené maso a vnitřnosti (játra, ledviny), podstatně méně vhodné jsou ořechy a semena (i když mají vyšší obsah).

Pokud si tedy vezmeme stejný příklad jako výše, bude náš pacient potřebovat už 105 g bílkovin a 2450 kcal. Současně však nesní celou porci podané stravy, její konzumaci proto musíme sledovat a zapisovat, aby bylo možné zjistit, kolik živin ze snědené stravy skutečně získal. Může to být například 40 g bílkovin a 1000 kcal. To ale znamená, že mu denně chybí 75 g bílkovin a 1450 kcal. Takovou dávku bílkovin a energie nelze doplnit jinak než pomocí enterální výživy, mnohdy i v kombinaci s výživou parenterální. Kýžený efekt můžeme očekávat až cca po 14 dnech, protože nejprve je třeba saturovat nedostatek v organismu a teprve poté je možné vidět pozitivní změny. Obvyklým průvodním jevem zlepšujícím se výživového stavu je i zvýšení chuti k jídlu a vyšší konzumace podávané stravy. Současně s hodnocením stavu výživy je nutné sledovat i stav hydratace a je dobře myslet i na to, že při léčbě dekubitů je na místě počítat i se zvýšenou potřebou tekutin. Počítá se 35 ml/kg, to znamená, že v případě našeho imaginárního pacienta by bylo vhodné, aby měl příjem tekutin 2,5 litru za den.

Mgr. Tamara Starnovská,  
vrchní nutriční terapeutka,  
Thomayerovy nemocnice Praha,  
tamara.starnovska@ftn.cz

# Konzervativní metody léčby inkontinence u žen i mužů

Močová inkontinence (dále jen inkontinence) je stav, kdy dochází k jakémukoli neovladatelnému úniku moči. Postihuje muže i ženy bez rozdílu věku. Inkontinence může být přechodná, nebo trvalá. Pro léčbu je zásadní určit, o jaký typ inkontinence se jedná.

## Dělení a etiologie

Klasifikace inkontinence podléhá změnám a není zcela jednotná. Aktuální literatura inkontinenci dělí následovně:

- **Stresová inkontinence** je únik moči, ke kterému dochází v důsledku překonání intrauretrálního tlaku tlakem intraabdominálním. Je spojena s fyzickou námahou, kdy se intraabdominální tlak zvyšuje. Jde zejména o pokoky, zvedání předmětů, kašel, kýčání nebo smích. U tohoto typu inkontinence dochází k úniku bez předchozího nucení na močení. Stresovou inkontinencí trpí zejména ženy z důvodu fyzických změn způsobených v těhotenství, při porodu a v menopauze. Lehkou formou trpí zhruba 40–63 % žen, závažnější kolem 20 %. U gravidních žen se vyskytuje přibližně v 60 % a po porodu přetrvává asi u 32 % pacientek.

- **Urgentní inkontinence** je únik moči na podkladě nechtěného stavu detruzoru. Je součástí syndromu zvaného hyperaktivní močový měchýř. Vyskytuje se u poškození nervového systému či samotných svalů úrazem nebo onemocněním (např. roztroušená skleróza), ale i bez neurogenní poruchy. Zahrnuje frekvenci (časté močení), urgenci (náhlé silné nucení na močení) s nebo bez urgentní inkontinence a nykturie (noční močení). Vyskytuje se v populaci přibližně v 16 %.

- **Smíšená inkontinence** je kombinace několika druhů močové inkontinence. Nejčastěji jde o inkontinenci stresovou a urgentní.
- U mužů se setkáváme zejména po radikální operaci prostaty pro adenokarcinom s tzv. **postprostatektomickou inkontinencí**. Vznik problému souvisí se zachováním hrdla močového měchýře, funkční délky uretry a případným poškozením nervových svazků nebo svěrače v průběhu operace. Tento typ lze dále dělit podle doby trvání od operace na časný a pozdní.

- **Posturální inkontinence** vzniká v důsledku změny polohy pacienta. Mechanismus vzniku není zcela znám, proto není jisté, ke kterému typu inkontinence by měl být přiřazen. Nejpravděpodobněji

se jedná o stresovou nebo urgentní inkontinenci.

- **Trvalá inkontinence** (totální) je stálý únik moči, který nelze ovlivnit léky. Dochází k ní u stavů, kdy moč obchází přirozené močové cesty, např. u přítomnosti močové píštěle, ektopickým vyústěním močovodu nebo po sfinkterotomii. Zde je léčba zaměřena na vyvolávající příčinu.

- **Inkontinence z přetékání** vzniká při přeplněném močovém měchýři u pacientů s močovou retencí (zadržímí moče). Je častěji pozorovaná u mužů s překážkou odtoku moči při hyperplazii či karcinomu prostaty nebo u mužů se strikturou močové trubice. U žen se s ní setkáváme vzácněji, zejména při nově vzniklém nebo náhle zhoršeném neurologickém onemocnění. Zde je metodou první volby zavedení permanentní cévky, v případě striktury uretry je to zajištění punkční epicystostomií. Léčba směřuje k odstranění vyvolávající příčiny.

- **Noční inkontinence** je únik moči při spánku. Známy je dětský typ inkontinence, tzv. enuréza. Na vzniku u dospělých se podílí řada faktorů. Patří sem dědičnost, recidivující infekce močových cest, močové kameny nebo divertikl močového měchýře. Je třeba mít na paměti, že se může jednat o projev vážného urologického onemocnění a tyto pacienty by měli být důkladně vyšetřeni.

- Při **bezpozitové inkontinenci** pacient neví, na podkladě čeho a za jakých okolností k úniku moči dochází. Zde je nutno vyloučit, zda se nejedná o jiný typ inkontinence.

- **Koitální inkontinence** se projevuje při sexuálním styku. Může jít o únik spojený s orgasmem.

## Diagnostika

Základem dobré léčby je **správná diagnostika** inkontinence, především určení jejího typu. V **osobní anamnéze** pokládáme cílené otázky se snahou rozlišit typ inkontinence. Zjišťujeme: délku obtíží, počet močení za den a v noci, intervaly mezi močeními, přítomnost urgency, schopnost močení oddálit, vyvolávající příčinu in-

kontinence (je-li známa) a informace o množství moči v jedné porci. Důležité je zmapování pitného režimu, denních zvyklostí a fyzických omezení pacienta.

**Dotazníky** pomohou zjistit a objektivizovat subjektivní potíže pacienta.

**Mikčdní deník** slouží k záznamu frekvence močení v průběhu dne i noci, přítomných urgencí a úniků moči. Dále poskytuje přehled o příjmu tekutin, velikosti jednotlivých porcí i celkovém množství moči.

**Vyšetření moči** chemicky a kultivačně odhaluje nebo vylučuje přítomnost močové infekce, která může inkontinenci vyvolávat či zhoršovat. Přítomnost hematurie může být příznakem závažnějšího onemocnění.

**Ultrazvukové vyšetření** patří k nejdůležitějším zobrazovacím metodám. Zajistí nám přehled o stavu močových cest a díky němu stanovujeme postmikčdní reziduum (zbytková moč po vymočení), které se za normálních podmínek pohybuje v určitém rozmezí.

**Urodynamické vyšetření** nepatří mezi základní vyšetření u všech typů močové inkontinence. Je plně indikováno u pacientů neregulujících na dosavadní terapii nebo u pacientů s neurogenním močovým měchýřem.

**Cystoskopické vyšetření** se provádí jako doplňující vyšetření, pokud je potřeba ožrejmít anatomické vztahy v močovém měchýři a trubici, a musí se provést u pacientů s hematurií a také u pacientů s urgentní inkontinencí neregulujících na běžnou terapii.

Přínosem v diagnostice inkontinence u ženy jsou i jednoduché **funkční testy** jako Marshallův nebo Bonneyho test – při výzvě k zakašlání dojde u pacientky k úniku moči při normálně naplněném měchýři (cca 200 ml). Při zopakování testu s následnou podporou uretry již k inkontinenci nedochází.

**Pad testy** (vločkové testy) umožňují určit stupeň inkontinence, nikoli její typ. Pomáhají kontrolovat úspěšnost léčby. Vážení vloček pomáhá určit množství moči uniklé za celý den.

## Léčba

Terapie se obvykle zahajuje konzervativními postupy, k nimž patří úprava životosprávy, zejména pitného režimu, dále rehabilitační péče, zlepšení fyzického stavu pacienta a medikamentózní terapie. Pokud nedochází ke zlepšení obtíží pacienta, nastupuje chirurgická léčba.

### Stresová inkontinence (SI)

Konzervativní léčba SI zahrnuje **trénink svalů pánevního dna** – tzv. Kegellovy cviky – s cílem posílení svalů pánve. Jde o velmi jednoduché cvičení, které při pravidelném provádění vede až v 85 % případů ke zlepšení příznaků. V současnosti jsou běžně dostupné edukační materiály s ukázkou cviků.

Další metodou volby je **farmakoterapie**. V léčbě SI se nejvíce uplatnila tricyklická antidepresiva. Mají však vyšší riziko vedlejších účinků. Další možnou léčebnou skupinou jsou estrogeny podávané v různých formách, kde v klinických studiích nejlépe obstála vaginální forma u postmenopauzálních žen. Je prokázáno, že při takové aplikaci, dochází k ústupu symptomu vaginální a uretrální atrofie.

Zlatým standardem léčby stresové inkontinence je **chirurgická léčba**. V současnosti převažují miniinvasivní smyčkové či páskové metody.

### Urgentní inkontinence (UI)

Metodou první volby v terapii UI je **behaviorální terapie**, jejímž úkolem je změna mikčdních stereotypních zvyklostí a úprava režimových návyků pacientů. Jedná se o změny v příjmu tekutin nebo stravy. Vhodné je omezení dráždivých nápojů, zejména kofeinu a alkoholu. Dle stavu pacienta dbáme na úpravu domácího prostředí – umístění toalety a dostupné osvětlení s případnou instalací madel je pro pacienta jistě zásadní. Dalším konzervativním postupem je **trénink močového měchýře (bladder training, bladder drill)**. Zde se snažíme zejména o dosažení dostatečných rozestupů mezi močeními. Tím je možno dosáhnout zlepšení až u 25–57 % pacientů. Pokud behaviorální terapie nepři-

náš dostatečný výsledek, lze přejít k **farmakoterapii**. U tohoto typu inkontinence je v současnosti zlatým standardem. Celková úspěšnost medikamentózní terapie se pohybuje mezi 68 a 80 %. Nejčastěji užívanými preparáty jsou anticholinergika (Trospium chlorid, Tolterodin, Solifenacin) nebo preparáty se smíšeným anticholinergním účinkem (Oxybutinin, Propiverin). Z chirurgických metod lze endoskopicky intravezikálně aplikovat toxiny či provést hydrodistenzi. Nejinvazivnější výkon je augmentační cystoplastika.

## Závěr

V minulosti byla problematika inkontinence poněkud tabuizována. V současnosti se stává oblastí zájmu a je jí věnována přiměřená pozornost. Vzhledem k prodloužení průměrné délky života a s větším výskytem polymorbidních pacientů stoupá výskyt inkontinence u starších generací. Zároveň s rozvojem a výraznějším počtem radikálnějších operačních výkonů v oblasti malé pánve a množstvím úrazů se častěji vyskytuje i u lidí mladšího věku, zejména mužů. I přes velké léčebné možnosti, které máme, se nevyhne nutnosti použití kompenzačních pomůcek. Je vhodné, aby ošetřující personál uměl doporučit a sám zvolil vhodnou pomůcku pro každého pacienta individuálně. Aby uměl zohlednit potřebu daného člověka i s ohledem na jeho nároky a očekávání. Pokud si nejsme jisti, lze doporučit možnost využití nabídky bezplatných vzorků, které většina firem nabízí.

Je potřeba si uvědomit, že inkontinence je problémem nejen zdravotním s výskytem chronického podráždění genitálu a možností vzniku opruzenin. Tento problém neohrožuje člověka v oblasti nemocnosti, ale ovlivňuje především kvalitu života pacienta ve spojení s jeho každodenními činnostmi. Dochází k dopadu na společenskou roli pacientů, může vést k omezení sociálních kontaktů, fyzických aktivit a zhoršení psychického stavu. K pacientovi proto musíme přistupovat individuálně, s pochopením a maximálním využitím empatie. Nezbytné je zabezpečení intimity pacienta s navozením důvěry a snahou odstranit stud. Jedině holistickým přístupem lze navázat spolupráci pacienta a zahájit tak krok ke správné diagnostice, která je nezbytná pro následnou léčbu.

Literatura u autorky

Lenka Pásztorová,  
Urologická klinika, FN Hradec Králové,  
lenka.pasztorova@fnhk.cz

# Kvalita života dlouhodobě hospitalizovaných seniorů



Illustraci foto: Shutterstock

„Co lidé existují, byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo“.

J. Bergsma

**K**valita života je velmi široký pojem a záleží na individualitě jedince, jak se k této problematice postaví. V článku představuji výsledky svého šetření v oblasti kvality života dlouhodobě hospitalizovaných seniorů v Psychiatrické nemocnici Kroměříž (PNKM).

Zabývala jsem se pohledem seniorů na tuto otázku, zda shledávají problematiku kvality života pro svůj život důležitou. Využity byly standardizované dotazníky WHOQOL BREF a WHOQOL OLD. Zjištěné poznatky nabídlý přehled o kvalitě života vybrané skupiny seniorů a zároveň mohou

pomoci zkvalitnit ošetrovatelskou péči o tyto nemocné.

## Jak určit kvalitu života?

Definice jsou nejednotné. Většina vychází z Maslowovy teorie potřeb. Shodují se, že se jedná o velmi subjektivní pojem, který by měl být tvořen údaji o psychickém, fyzickém a sociálním stavu jedince. Mezi faktory, které ovlivňují kvalitu života, patří věk, pohlaví, vzdělání či rodinná situace. Ptáme-li se na kvalitu života v medicíně, zajímá nás především v souvislosti s léčbou. Nezajímají nás jen somatické a laboratorní výsled-

ky, ale máme snahu zjistit i subjektivní pohled daného jedince na jeho život s nemocí a léčbou. Dlouho byla kvalita života brána jako objektivní kritérium hodnocení míry nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Postupem času byl přikládán důraz na subjektivní stránku kvality života.

Co si senioři myslí o kvalitě života? Jaké problémy mají dlouhodobě hospitalizovaní senioři na gerontopsychiatrických a psychiatrických odděleních, co je zajímavá, z čeho mají radost, co je dokáže nadchnout, ale i co je trápí, co se jim nelíbí, čeho se

bojí a z čeho mají obavy? Zajímalo mě, jakým způsobem využít získané informace v praxi. Je možné díky těmto informacím přispět ke zkvalitnění ošetrovatelského procesu a v konečné fázi pak přispět ke zvýšení kvality jejich života?

Střední délka života občanů narozených v ČR k 31. 12. 2010 je u mužů 74,4 roku a u žen 80,6 roku. K 31. 12. 2012 bylo v ČR již 16,5 % obyvatel starších 65 let (Tomková, 2012). Česká správa sociálního zabezpečení evidovala v lednu 2013 celkem 1103 sto- a víceletých občanů. Z toho bylo 920 žen a 183 mužů.

**Cíl:** Zjistit úroveň kvality života v PNKM dlouhodobě hospitalizovaných seniorů ženského pohlaví a zjistit, které faktory ovlivňují kvalitu jejich života.

**Soubor:** Výběr respondentek byl záměrný, podmíněný věkem, délkou hospitalizace a dosaženým vzděláním. Bylo vybráno 100 žen. Délka hospitalizace v PNKM byla od 2 do 12 měsíců. Dotazníky WHOQOL BREF a WHOQOL OLD byly vyhodnoceny celkově pro skupinu respondentů, dále pro skupinu seniorů věkového rozmezí do 79 let a nad 80 let, pro skupinu seniorů s nižším vzděláním (základní

Inzerce M151000860

## Baxalta

### Allgemeinmediziner/Plasmapheresearzt (m/w)

Für die Betreuung unserer Plasmaspenderinnen und Plasmaspender suchen wir **Allgemeinmediziner (m/w) für mind. 10 Wochenstunden**, aktuell für die Plasmazentren **Linz und Wels** – immer wieder auch für andere Standorte in Österreich. Details zu unseren Standorten finden Sie unter [www.biolife.at](http://www.biolife.at).

#### Die Bezahlung erfolgt

- ▶ auf **Honorarnotenbasis** als selbstständige/r Arzt/Ärztin **oder**
- ▶ auf Basis der jeweiligen Einstufung laut **Kollektivvertrag für Handwerk und Gewerbe**. Das Mindestgehalt für diese Position beträgt € 3.800,- brutto pro Monat auf Basis Vollzeitbeschäftigung. Die Überzahlung erfolgt abhängig von facheinschlägiger Berufserfahrung. Die Anstellung erfolgt über unsere Partnerfirma Randstad Austria GmbH.

#### Die Position im Überblick

Nach der absolvierten Einarbeitungsphase sind Sie für die Entscheidung über Eignung und Tauglichkeit unserer Kunden für die Plasmapherese verantwortlich. Gemeinsam mit dem gesamten Team gewährleisten Sie die Sicherheit der Plasmaspender. Ihnen obliegen die ärztliche Beaufsichtigung und gegebenenfalls das Setzen medizinischer Handlungen. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, sich zur Ärztlichen Leitung zu entwickeln, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (z.B. Potenzial zur Teamführung) gegeben sind.

Eine ideale Tätigkeit für all jene, die eine spannende Aufgabe mit unterschiedlichen Menschen suchen und dazu beitragen wollen, lebensrettende und lebenserhaltende Medikamente herzustellen.

#### Aufgaben & Verantwortung

- Spenderaufklärung zur Plasmapherese
- Durchführung von Eignungsuntersuchungen an Spendewilligen und Spendern (Erhebung der Anamnese und klinische Untersuchung)
- Feststellung der Spendertauglichkeit, Spenderaufnahme und -ablehnung
- Freigabe des Spenders zur Spende
- Behandlung von Komplikationen und Nebenwirkungen sowie Erste Hilfe
- Teilnahme an Schulungen

#### Das bringen Sie mit

- Ius practicandi
- gute EDV-Anwenderkenntnisse
- Freundlichkeit im Umgang mit Menschen
- sehr gute Deutschkenntnisse – Kenntnisse jeder weiteren Sprache von Vorteil

Bei Fragen zur Position erreichen Sie uns unter +43(0)732/79 00 13.

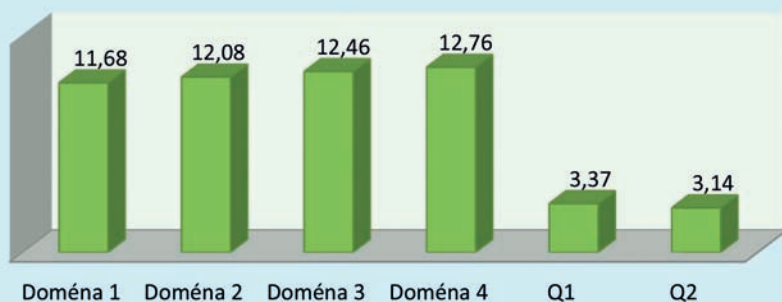
**Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter [recruiting.austria@baxalta.com](mailto:recruiting.austria@baxalta.com).**

Engagierten und begabten Menschen bieten wir interessante Chancen. Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Herkunft, sexuelle Orientierung und Behinderungen/Beeinträchtigungen spielen dabei keine Rolle, im Gegenteil: wir fördern Vielfalt.

 berufundfamilie

## WHOQOL BREF celkové hodnocení

■ celkový hrubý skór



+ vyučena) a vyšším vzděláním (SŠ a VŠ).

### Vyhodnocení dotazníku WHOQOL BREF

**Doména 1 (fyzický stav zdraví):** doménové skóre bylo 11,68. Do fyzického stavu můžeme zařadit bolest, nepříjemné pocity, energii, únavu, spánek, ale i odpočinek. Nejnižší skóre měla otázka Q4 (Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?) s modelem 2 (hodně).

**Doména 2 (prožívání):** bylo dosaženo doménového skóre 12,08. Zde můžeme zařadit pozitivní pocity, myšlení, paměť, soustředě-

ní, sebedůvěru, sebeúctu, vnímání vlastního těla a negativní pocity. Nejnižší položkové skóre bylo u otázky Q11 (Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?).

**Doména 3 (sociální vztahy):** jedná se o oblast bezpečnosti, rodinných vztahů, sexuální život, skóre vyšlo 12,46. Otázka s nejnižším položkovým skóre byla Q21 (Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?).

**Doména 4 (prostředí):** dosáhla doménového skóre 12,76. Doména 4 byla zaměřena na finanční situaci, fyzické bezpečí a jistotu, dostupnost a kvalitu zdravotní péče, záliby, přístup k infor-

macím a dopravu. Nejníže byla v doméně 4 hodnocena otázka Q12 (Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?).

**Otázka Q1** (Jak byste hodnotila kvalitu svého života?): skóre otázky mělo hodnotu 3,37 a **otázka Q2** (Jak jste spokojena se svým zdravím?) hodnotu 3,14.

Zjištěné výsledné hodnoty doménových skóre ve všech doménách dotazníku WHOQOL BREF se nacházejí **v oblasti mírně snížené kvality** (viz graf 1). K populačním normám hodnot doménových skóre podle Dragomirecké se seniorky nejvíce přiblížily v doméně 4 (prostředí) (viz tab. 1).

Tab. 1 Srovnání celkového vyhodnocení WHOQOL BREF s populační normou pro respondenty 60+

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4	Q1	Q2
Výsledek měření	11,68	12,08	12,46	12,76	3,37	3,14
Populační norma 60+	13,71	13,95	13,96	13,58	3,82	3,67

Tab. 2 Vyhodnocení WHOQOL BREF podle věku

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4	Q1	Q2
Do 79 let	11,69	12,02	12,12	12,75	3,37	3,06
Nad 80 let	11,78	12,23	12,91	12,84	3,41	3,08

Tab. 3 WHOQOL BREF celkové srovnání podle vzdělání

Věk	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4	Q1	Q2
Základní/vyučena	11,65	12,20	12,45	12,96	3,42	3,20
SŠ/VŠ	11,71	12,09	12,50	12,45	3,32	2,96

Tab. 4 Celkové srovnání dotazníku WHOQOL OLD

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4	Doména 5	Doména 6
Výsledek měření	12,85	11,72	12,30	12,50	12,64	12,76
Populační norma 60+	14,32	14,64	13,80	13,98	12,77*	14,27

Tab. 5 Srovnání WHOQOL OLD podle věku

Věk	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4	Doména 5	Doména 6
Do 79 let	13	11,70	12,22	12,12	12,48	12,32
Nad 80 let	12,70	11,74	12,38	12,32	12,30	12

Tab. 6 Srovnání WHOQOL OLD podle dosaženého vzdělání

Vzdělání	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4	Doména 5	Doména 6
Základní/vyučena	13,42	11,90	12,42	12,54	12,92	12,26
SŠ/VŠ	12,28	11,54	12,18	12,50	12,56	12,06

### Vyhodnocení WHOQOL BREF podle věku

Po rozdělení respondentek do skupin dle věku na kategorie do 79 let a nad 80 let bylo ve všech doménách dotazníku WHOQOL BREF výsledné doménové skóre i položkové skóre u otázek Q1 a Q2 vyšší u nemocných ve věkové kategorii nad 80 let. Ovšem ve všech doménách se výsledné skóre podle populačních norem nachází **v oblasti mírně snížené kvality**, kromě domény 4 (prostředí), kde se obě skupiny dotazovaných dostaly na spodní hranici populační normy. Můžeme říci, že skupina respondentek **nad 80 let hodnotí svoji kvalitu života lépe než skupina do 79 let**. Rozdíly nejsou nijak výrazné (viz tab. 2).

### WHOQOL BREF – Celkové srovnání podle vzdělání

Dále byly ženy rozděleny do skupin podle vzdělání. Skupina klientek se vzděláním základním/vyučena dosáhla nižšího doménového skóre v doméně 1 (fyzické zdraví) a 3 (sociální vztahy). U odpovídajících se vzděláním SŠ/VŠ bylo nižší doménové skóre zjištěno v doménách 2 (prožívání), 4 (prostředí), ale i položkové skóre u obou samostatně hodnotících otázek Q1 (kvalita) a Q2 (zdraví). Celkově skupina respondentek **s vyšším vzděláním** hodnotila kvalitu svého života jako horší v oblasti pozitivních pocitů, myšlení, paměti, soustředění, sebedůvěry, sebeúctu, vnímání vlastního těla, financí, fyzického bezpečí a jistoty, dostupnosti a kvality zdravotní péče, zálib, přístupu k informacím a dopravě.

Skupina dotazovaných se vzděláním **základní/vyučena** hodnotila hůře oblast nepříjemných pocitů, problémů s bolestí, energií, únavou, spánkem, odpočinkem, ale i bezpečnost, rodinné zázemí a sexuální život. Opět se všechny hodnoty při porovnání s populačními normami nacházely na hranici mírně snížené kvality. Nejvyšší skóre, které se blíží ke spodní hranici populační normy, bylo vidět v doméně 4 (prostředí). Rozdíly mezi skupinami nejsou velké (viz tab. 3).

### Celkové srovnání dotazníku WHOQOL OLD

Druhý použitý dotazník ve výzkumném šetření WHOQOL OLD hodnotí kvalitu života v 6 doménách (oblastech) života a byl vytvořen pro specifickou skupinu

respondentů nad věkovou hranici 60+.

**Doména 1 (fungování smyslů):** bylo dosaženo doménového skóre 12,85. Do této oblasti řadíme otázky týkající se problematiky smyslů (zrak, sluch, hmat, čich) a problémů s nimi spojenými, jako je komunikace, každodenní činnosti. Otázka OLD20 (Jak Vám slouží smysly?).

**Doména 2 (nezávislost),** která hodnotí schopnost žít samostatně, rozhodovat se a oblíbené činnosti: bylo dosaženo doménového skóre 11,72. Nejvyšší položkové skóre bylo u otázky OLD11 (Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste ráda dělala?).

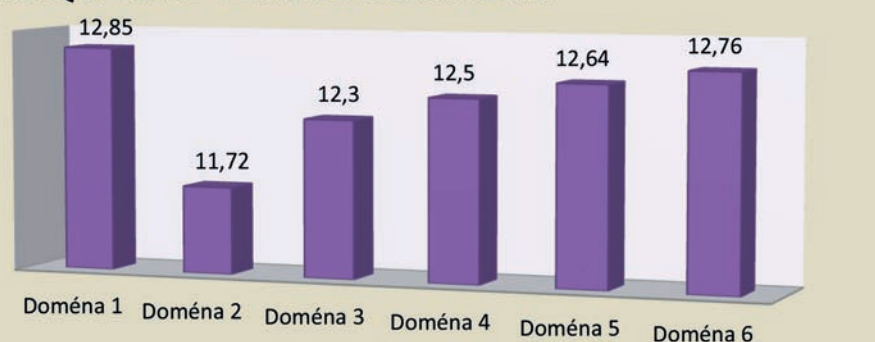
**Doména 3 (naplnění):** mapuje problematiku spokojenosti s možnostmi něčeho dosáhnout, hodnotí již dosažené cíle a možnosti být i nadále užitečný. Doménové skóre vyšlo 12,30, získaná hodnota se nachází pod spodní hranici průměrné populační normy. Nejníže byla hodnocena otázka OLD12 (Jak jste spokojena s možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?).

**Doména 4 (sociální zapojení):** dosažené skóre bylo 12,50. Doména se zabývá spokojeností s možností trávení volného času, zájmovou činností, aktivitami a zapojením do společenského dění. Respondentky nejníže hodnotily otázku OLD17 (Jste spokojena s tím, nakolik jste aktivní?).

U otázky OLD18 (Jak jste spokojena s možnostmi svého zapojení do společenského - místního - dění?) vyšlo položkové skóre 3,37. Podle Dragomirecké je populační norma 3,20. Zde se dostáváme nad hranici průměru. Tato skutečnost ukazuje a pozitivně hodnotí možnosti, které nabízí Psychiatrická nemocnice Kroměříž, kde se seniory pracují ergoterapeuti, fyzioterapeuti, dochází psycholog na skupiny a aktivně se zapojuje lékař do komunit na oddělení. Dále je zde možnost pracovní terapie, patientského klubu či návštěvy kaple. V případě horšího zdravotního stavu jsou možné návštěvy rádoých sester či farářů. Dochází tak k alespoň částečnému využití volného času hospitalizovaných a zároveň k jejich zapojení do společenského dění.

**Doména 5 (smrt a umírání):** skóre bylo 12,64. Doména se zabývá otázkami smrti, umírání či strachu z bolesti s ním spojené. Zde jsem se obávala reakce odpovídajících, ale nakonec to byl velmi milý a pro mne poučný roz-

## WHOQOL OLD celkové hodnocení



hovor. Více než obavy ze smrti samotné v něm převládá strach z bolesti a ztráty kontroly.

**Doména 6 (blízké vztahy):** bylo zjištěno doménové skóre 12,76. Doména hodnotí význam přátelství, lásky, příležitosti milovat a být milována. Nejnížší položkové skóre udávají respondentky v otázce OLD24 (Máte příležitost být někým milována? – viz graf 2). Výsledné hodnoty doménových skóre ve všech doménách dotazníku WHOQOL OLD byly v **oblasti spodní hranice kvality průměrné populační normy** (viz tab. 4).

### Srovnání WHOQOL OLD podle věku

U oslovených ve věkové skupině do 79 let bylo zjištěno vyšší doménové skóre u domén 1 (fungování smyslu), 5 (smrt a umírání) a 6 (blízké vztahy). Můžeme říci, že **mladší** respondentky vnímají lepší kvalitu svého života v oblasti smyslu, nebrání jim tolik v komunikaci s okolím a v každodenních činnostech, mají větší příležitost milovat a být milovány.

U skupiny dotazovaných **nad 80 let** bylo dosažené doménové skóre vyšší v doméně 2 (nezávislost), 3 (naplnění) a 4 (sociální zapojení). Tyto ženy mají vyšší skóre v oblasti zahrnující trávení vol-

ného času, rozhodování, akceptování svého života. Mají dobrý pocit z dosažených cílů v životě, ohledně možnosti zapojení se do společenského dění. Rozdíly mezi oběma skupinami jsou opět velmi malé (viz tab. 5).

### Srovnání WHOQOL OLD podle vzdělání

V druhém případě byly oslovené ženy rozděleny do skupiny podle vzdělání. Z vyhodnocených údajů bylo vidět, že dosažená hrubá skóre jsou vyšší u respondentek se vzděláním základní/vyučena, a to ve všech šesti doménách oproti dosaženým skóre u dotázaných se vzděláním SŠ/VŠ.

Nejmenší rozdíl je patrný u domény 4 (sociální zapojení). Největší rozdíl skóre pak vidíme u domény 1 (fungování smyslu). Z daných dat vyplývá, že klientky s **nižším vzděláním** v našem případě základní/vyučena **hodnotí kvalitu svého života ve všech oblastech daného dotazníku lépe** než oslovené ženy se vzděláním SŠ/VŠ. Nejnížší dosažené skóre bylo u obou skupin v doméně 2 (nezávislost; viz tab. 6).

### Faktory ovlivňující pohled na kvalitu života

Druhým cílem práce bylo zjistit, které faktory nejvíce ovlivňují pohled na hodnocení kvality ži-

vota dlouhodobě hospitalizovaných senierek v PNKM. V obecné verzi dotazníku WHOQOL BREF vyšlo velmi nízké hodnocení v doméně 1, která se zabývá pocitem bolesti a nepříjemnými pocity s ní spojenými, tedy nako-lik dokáže bolest ovlivnit aktivní život. Únava a nedostatek energie se odráží v hodnocení kvality života. Výzkum ukázal, že i problémy se spánkem a nedostatek odpočinku ať už aktivního nebo pasivního narušuje možnou vnitřní pohodu. V případě jedince s psychickým onemocněním to platí ještě více. Zjistila jsem to, co již psali jiní, že v případě nemoci dochází ke zkreslení pohledu na kvalitu života. Každý jedinec na tuto skutečnost reaguje jinak. Zdraví organismu má velký vliv na vnitřní pohodu a rozpoložení jedince.

Ve specifickém dotazníku určeném pro seniory bylo nejnížší doménové skóre v doméně 2 (nezávislost), která hodnotí schopnost samostatnosti, být samostatný – žít nezávisle.

Ve skupině respondentek rozdělených podle vzdělání i podle věku bylo nejnížší skóre také v doméně 2 (nezávislost).

Právě závislost na zdravotní péči a na pečovatelské péči z řad odborníků nebo rodiny bývá často problémem. Senior má pocit, že

ztrácí svoji autonomii a stává se závislým. Není schopen postarat se sám o sebe a tím vzrůstá pocit neschopnosti, snižuje se sebedůvěra, dochází k izolaci, narůstá pocit omezení v rozhodování sama za sebe. Nevidí žádné další cíle a možnosti naplnění. Důležitá je pomoc rodiny, přátel, pečovatelů a brzký návrat seniora domů nebo do prostředí jemu známého (domov důchodců, penzion atd.). To má v konečné fázi za následek zkrácení doby hospitalizace a omezení nákladů na léčbu. V prostředí seniorovi dobře známém pak dochází ke zlepšení nálady, zapojení do okolního dění a tím i zlepšení pohledu na život.

### Doporučení pro praxi

Z dat výzkumného šetření vyplývá a lze doporučit:

- využívat dotazníky hodnocení kvality života v praxi,
- klást důraz na individuální přístup k nemocnému,
- posuzovat priority pro každého nemocného s ohledem na léčbu a na jeho zájmy,
- zlepšit komunikaci s příbuznými nemocných,
- zajistit edukaci rodiny v oblasti psychického onemocnění a jeho léčby,
- přispět ke zvýšení edukační činnosti sestry,
- zlepšit komunikaci s pacientem,
- snížit míru fyzické a psychické zátěže pečujících o psychicky nemocné,
- intervence zaměřit na podporu nezávislosti nemocného, aktivizovat podporu rodiny,
- zajistit vzdělávání sester v oblasti kvality života,
- zapojit sestry do ošetrovatelského výzkumu.

### Dobré vztahy mají pozitivní vliv na kvalitu života

Téma kvality života se v poslední době objevuje stále častěji

a stále více vzbuzuje zájem společnosti. Srovnáním průměrů jednotlivých domén (oblastí) dotazníku kvality života WHOQOL BREF byly zjištěny hodnoty na spodní hranici průměrových populačních norem dotazníku WHOQOL BREF. I v samostatných otázkách Q1 (Jak byste hodnotila kvalitu života?) a Q2 (Jak jste spokojena se svým zdravím?) bylo zjištěno nízké skóre a při porovnání s populačními normami se skóre opět nachází na spodní hranici normy. Při porovnání obou otázek Q1 a Q2 bylo vidět, že spokojenost se zdravím je procentuálně ještě nižší než hodnocení vlastní kvality života. Naskytá se otázka, zda seniory kvalita života v celkovém kontextu zajímá, jestli to není pojem, který je pro ně velmi obecný.

Také vyhodnocením domén dotazníku WHOQOL OLD byly zjištěny hodnoty na spodní hranici populačních norem ve stáří. Opravdu nízké doménové skóre vyšlo v doméně 2 (nezávislost), zde je vidět, že situace závislosti ať už na zdravotní péči či na pomoci rodiny je pro seniory velmi závažným tématem. Vlek- lé fyzické i psychické potíže, sociální izolace, ztráta či omezení pohybu a úbytek výkonu značně narušují vnitřní pohodu seniorů a odráží se tak negativně na vnímání vlastní kvality života. Napo- opak dobré rodinné vztahy a přátelé mohou mít pozitivní vliv na kvalitu života.

Stáří a stárnutí je období života, které se týká každého z nás. Možná i proto je třeba se ptát, jaké stáří budou mít naši rodiče, jaké stáří chceme mít my a co pro tu- to vizi můžeme udělat.

Literatura u autorky

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

Inzerce M151000539

## Značka kvality v sociálních službách



Externí systém hodnocení kvality sociálních služeb, který je založen na udělování bodů a z něj vycházejícího přidělení hvězdiček.

- zaměřena na to, co je kvalitní z pohledu uživatele
- od roku 2013 součástí vládního Programu Česká kvalita, který garantuje objektivitu a nezávislost seriálních značek kvality na českém trhu
- certifikováno již více než 60 služeb

### Pro jaké sociální služby je certifikace určena

**Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem**

**Hodnotí se kritéria v oblastech:**

– ubytování, stravování, kultura a volný čas, partnerství, péče

**Pečovatelská služba**

**Hodnotí se kritéria v oblastech:**

– péče, individuální přístup a partnerství  
– stravování

**Ambulantní služby pro osoby se zdravotním postižením**

(denní stacionáře, centra denních služeb, sociálně terapeutické dílny)

**Hodnotí se kritéria v oblastech:**

– prostorové dispozice a personální zajištění služeb  
– podpora integrace uživatelů do běžného života  
– rozvoj individuálních kompetencí  
– péče a stravování

### Proč vstoupit do certifikace a získat ocenění

- ukázat kvalitu zařízení uživateli, jejich rodinným příslušníkům, zájemcům o službu a široké veřejnosti
- získat odbornou zpětnou vazbu na aktuální stav poskytované péče
- zvýšit prestiž své organizace
- motivovat pracovníky k neustálému zlepšování poskytovaných služeb
- získat doporučení, v jakých oblastech je možné se dále zlepšovat



Správcem systému je  
Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

[www.znackakvality.cz](http://www.znackakvality.cz)

# Komunikace s umírajícími

V době, kdy je člověk na konci života, nastává pro něj i jeho blízké a pečující bytosti zvláštní čas. Všechno, co je konáno a říkáno, je velmi důležité a má zvláštní váhu. Každý člověk je jedinečný a jeho blízcí těž, a proto je třeba na tuto skutečnost citlivě reagovat a tyto základní zásady tvořivě rozvíjet.

**D**obrou komunikací můžeme vzdor krátkému se času a přibývání fyzických nesnází pomoci zlepšit kvalitu života umírajícího člověka a jeho blízkých. Musíme mít vždy na paměti, že vstupujeme do života pacienta i jeho rodiny jen na malou chvíli.

## Důležité je:

- připravovat nemocného i rodinu na změny, které přijdou,
- dát prostor pro vyslovení potřeb všeho druhu,
- reagovat na vyslovené potřeby a přání,
- poznávat a respektovat jejich hodnoty.

Můžeme pomoci všem zúčastněným projít **fázemi vyrovnávání se s nemocí a umíráním**, jak je popsala Elisabeth Kübler-Rossová:

1. negace – šok, popírání,
2. agrese – hněv, vzpoura,
3. smlouvání – vyjednávání,
4. deprese – smutek,
5. smíření – souhlas.

Přestože jsou fáze seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy nutně zachovávat tento sled. Naopak se často stává, že se některé fáze vracejí, různé se prolínají a střídají, třeba i tři v jediném dni. Některé zas mohou úplně chybět. Podobnými fázemi jako umíra-

jící procházejí i jejich blízcí, jejich rytmus vyrovnávání se s nemocí ale nebývá obvykle stejný. Nemocný i pečující se mohou nacházet v různých fázích, i proto někdy může být vzájemná komunikace obtížná.

Rodina nebo přátelé nemocného mohou trpět pocitu viny, že nedokážou poskytnout všechno, co by měli. Někdo více pečuje a stará se o praktické záležitosti, jiný si přichází s nemocným popovídat, zazpívá, předčítá mu z knihy. Při hovoru s nemocným je důležité, aby měl prostor mluvit o strachu, o fantaziích „co bude potom“, o poslední chvíli. Je dobré, když si každý z blízkých nemocného najde tu formu pomoci, která mu vyhovuje.

## Je třeba plně využít čas

Na konci života nechce být člověk sám, potřebuje si zrekapitulovat minulost a sdílet přítomnost. Dbejme na jeho obavy ze smrti, na jeho přání a pocity. Má mít dostatek informací o svém zdravotním stavu a blížící se smrti. Je respektován ve svých kulturních a spirituálních názorech, přáních a potřebách. Rodina je mu, pokud možno, oporou a poskytuje mu útěchu. Základem paliativ-

ní péče je pravdivá komunikace, tedy otevřená komunikace o diagnóze i prognóze. Taková komunikace není snadná, ale je důležitá – umožňuje nemocnému i jeho blízkým plně využít čas, který mají před sebou.

**Zásadami komunikace** jsou nepřerušovat, neodporovat, nesnížovat to, co klient říká, neodvádět řeč, nespěchat a nedávat falešné naděje.

## Základní postupy komunikace

- Představujte se srozumitelně a klidně.
- Buďte přívětiví, laskaví, vstřícní, nikoho nesudte.
- Netlačte na pilu, dnes můžete téma naťuknout a počkat, až dozraje čas.
- Pro hovor volte pokud možno klidné a tiché místo.
- Ujistěte pacienta o tom, že jste připraveni naslouchat, hovor nepřerušujte s tím, že zvoní mobil nebo druhý telefon.
- Dejte pacientovi prostor, aby vysvětlil svou situaci, reagujte a pokládejte otevřené otázky, nepřerušujte jej, neodvádějte řeč jinam.
- Nesnažte se však s ním za každou cenu vždy hovořit o otázkách smrti a umírání.

- Nesnažte se pacientovi vyvracet jeho představy – i když se vám zdá, že nejsou zcela správné.
- Při delším hovoru je vhodné občas oslovit pacienta jménem, zvláště je-li rozrušený, smutný, plačící, mlčící.
- Pacienty do ničeho nenuťte, nicméně jim můžete dodávat odvalu, podporu a rozhovor vést.
- Dělejte vše pro to, aby se pacient nedostal do sociální izolovanosti, aby nebyl „odepsán“.
- Při loučení stručně zopakujte, na čem jste se dohodli, musí být jasné, co má kdo udělat, kdo vyčká, kdo znovu zavolá a kdy.

## Pečovat nejen o tělo, ale i o duši

Komunikace musí být pravdivá, v bezpečném prostředí, kde si snažíme vytvořit vztah důvěry a aktivního naslouchání. Důležitá je otevřenost, nemají existovat tabuizovaná témata. Nebojme se přiznat vlastní hranice a projevit vlastní emoce. V přístupu k nemocnému je třeba si uvědomit, že za diagnózou, léčebnými postupy a ošetřovatelskými úkony je přítomen člověk. Člověk jako jedinečná bytost, která má svou minulost a svou budoucnost. Člověk se vztahy k jednotlivým členům rodiny či blízkým osobám, včetně

zodpovědnosti a starostí o ně. Člověk se sumou potřeb biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Ochota k osobnímu kontaktu s nemocným vyplývá z osobního postoje k životu vůbec. Profesionál pečující o těžce nemocné a umírající musí mít odborné znalosti, musí mít rád lidi včetně sebe sama, musí být vyrovnaný se svou vlastní smrtelností. Svou práci by měl dělat dobrovolně a rád.

U hospitalizovaných v nemocnici je důraz kladen především na péči o fyzickou stránku člověka, na jeho hygienu, příjem potravy, vyměšování, ventilaci, také ošetření a převazy ran, podávání léků. Výsledky takové péče jsou na první pohled dobře zřetelné.

Člověk však není jen bytost fyzická, ale také psychická, sociální a duchovní. Péče o tělo, jistě velmi důležitá, je vlastně jen dílem toho, co nemocný potřebuje. Právě ochota k osobnímu kontaktu ze strany zdravotníka je dalším krokem k překročení pouhé fyzické úrovně péče. Častým jevem v nemocnicích je rychlé tempo práce zdravotníka (ošetřovatele, sestry, lékaře), do nějž je tlačěn počtem úkonů, které musí v daném časovém limitu zvládnout. Chyba je buď v lokální organizaci oddělení, nebo možná v celém systému zdravotnictví. I přes tento tlak na zdravotníky je nesmírně důležité udělat si čas na popovídání či společnou chvíli mluvení s pacientem. Věřte, že povídání o umírání a smrti není nikdy nuda a ztracený čas.

Zdeňka Štěrbová,

DětsH Rajhrad, odd. B,

zdenka.sterbova@seznam.cz

# Jak pomoci při coming out

Mám mladšího bratra, kterému bude v prosinci 16 let. Vždycky byl velmi

oblíbený, měl kolem sebe hodně kamarádů a kamarádek. Problém začal až se vstupem na gymnázium, které je mimo naše město, takže byl na společném internátě s další střední školou a učilištěm. Skončilo to zhoršeným prospěchem a vyústilo v odchod na jinou střední. Zhruba v tu dobu jsem si všimla, že se v něm něco zlomilo. Chybí mu každodenní radost ze života, plány, nápady, akce. Během prázdnin byl u mé rodiny. Nedalo mi to a snažila jsem se zjistit, co se s ním děje. Bratr se mi trochu pod mým nátlakem svěřil, že si myslí/ví, že je gay. Nechce, abych to říkala ro-

odpovídá  
Bc. Jana Bednářová,  
sociální pracovnice

dičům ani nikomu dalším. Dokonce si i myslím, že není rád, že to vím já.

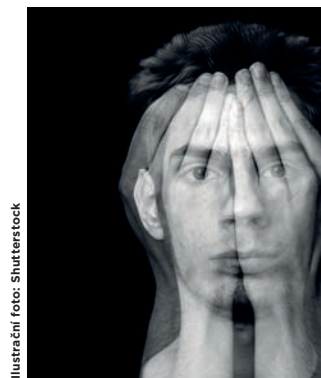
Je velmi zmatený, neví si rady sám se sebou, má pocit, že zklamal. Vůbec si nemyslím, že by byl s touhle informací v rodině problém. Zůstane pořád mým bráškou a synem rodičů, ale zjevně se bojí reakcí a přijetí od okolí...

Podle toho, co popisujete, váš bratr pravděpodobně prochází procesem, který se nazývá tzv. coming out (pojem pochází z angličtiny a nemá úplně přesný český ekvivalent, mluví se o sebepřijetí, uznání své homosexuální orientace apod.). Jde obvykle o dlouhodobý proces, který se obvykle začíná odehrávat v období puberty

(což je spojené s probouzející se sexualitou), kdy u jedince dochází k uvědomění si vlastní sexuální orientace a k jejímu ztotožnění a přijetí před sebou samotným a okolím. Přesněji je v literatuře pojmenována verze vnitřního coming out (kdy dochází k sebepřijetí své vlastní sexuální orientace) a vnějšího coming out (kdy se jedinec veřejně svěří či promluví o své sexuální orientaci). Je velmi důležité upozornit na to, že tento proces je často spojen s velkou psychickou a sociální zátěží. Jedinci se v tomto průběhu mohou setkat s nepochopením, posměchem, hůře pak se šikanou, homofobií, diskriminací. Pokud se takové sociální jevy dotknou člověka v nevhodný/nepřipravený čas, mohou skončit až velmi fatálním způsobem – sebevraždou.

## Klíčová je podpora

Homosexualita prochází značným společenským posunem, byť ani současný stav není příliš utěšující. Když se podíváme do historie, byla trestným činem, nemocí. V současné době existuje institut registrovaného partnerství. Vnímání společnosti se mění, ale jde spíše o vnitřní nastavení než vnější záhy. Jak si vymoci rovnocennost, přijetí, když stále existují předsudky... K celoplošným akcím patří např. festival Prague Pride. Bezpochyby ke změně ve společnosti přispívá i vnější coming out některé mediálně známé osobnosti – herce, zpěváka, sportovce. Myslím, že je velmi důležité, že má ve vás bratr oporu a podporu v tak složitém období. Pravděpodobně to ocení i nadále, kdy mu můžete pomoci s hledáním od-



borníků, doprovodit ho apod. Je možné, že bude potřebovat pomoc odborníků ve smyslu psychologického poradenství a podpory. Tady jen vřele doporučuji dobře si prověřit kontakty, kam se obracet. V úvodu lze využít anonymní a bezplatné služby (např. dětskou krizovou linku, registrované sociální služby), které často mají i internetové poradenství či chat. Je možné využít i různých svépomocných skupin.



30. BŘEZNA 2016  
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

# roku Sestra 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 sestřám, porodním asistentkám, sestřám domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhnou 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](http://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](mailto:sestraroku@mf.cz)  
– vložením na [www.sestraroku.cz](http://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](http://www.sestraroku.cz). Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz).

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky 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 zvládnání 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](http://www.sestraroku.cz)

V případě dotazů pište na adresu: [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz)

Využijte také diskusní fórum: [www.facebook.com/FBSestra](http://www.facebook.com/FBSestra)

Generální partner



O krok dál  
pro zdraví

Hlavní partneři



Partneři galavečera



Záštita



Mediační partneři



Odborný garant



[www.sestraroku.cz](http://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](http://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,

když jsem pro vás plánovala článek o bioterorismu, abychom nezapomínali na stále aktuální zdravotní a společenskou hrozbu, netušila jsem, že v době přípravy tohoto čísla bude spáchán jeden z nehrůznějších teroristických útoků v soudobých evropských dějinách – útok v pařížském Bataclanu. Navzdory tomu, že se tato událost odehrála pár dní před 17. listopadem, kdy si připomínáme výročí začátku Sametové revoluce a následné přeměny totalitního režimu v pluralitní demokracii, zůstává skutečností, že válka, smrt a utrpení provázají člověka odjakživa. Úkolem zdravotníků, lékařů a vědců, jak sami dobře víte, není vymýtit smrt. Stejně tak není v silách žádných politiků sprovodit ze světa války a utrpení. Politika a zdra-

votní systémy však mohou učinit svět, v němž žijeme, o něco snesitelnějším. Mezioborovou a mezinárodní spoluprací lze mírnit dopady všemožných extrémů, ať už se jedná o politické a náboženské inklinace nebo „jen“ o nezodpovědný životní styl. Neustálý dialog je základem homeostázy organismu, vztahu člověka k sobě i okolnímu světu, vztahu lékaře a pacienta, udržitelnosti zdravotního systému i podmínkou mezinárodní politiky. A bez přesahu vlastních přesvědčení, kritické sebereflexe a ochoty naslouchat oponentovi, kterým může být v nejzazším případě i smrtící virus či terorista, zůstává svět nekončícím bojištěm, v němž se postupně vytrácí radost ze života i úsilí vložené v nápravu života.

MUDr. Andrea Skálová

# Bioterorismus

## – znovu se objevující nebezpečí?

Vysoká úřednice U.S. Arms Control and Disarmament Agency Kathleen C. Baileyová je přesvědčena, že arzenál biologických zbraní si může vybudovat kdokoli, kdo má pro začátek 10 000 dolarů na technické vybavení místnosti velké 4 x 4 m. K tomuto závěru dospěla poté, co navštívila několik farmaceutických a biotechnologických firem.

**D**efinice bioterorismu říká, že jde o druh terorismu, který využívá biologické zbraně jako prostředek nátlaku proti obyvatelstvu, zvířatům nebo rostlinám s cílem obyvatelstvo vydírat nebo způsobit onemocnění, eventuálně smrt. Jako biologické zbraně mohou být zneužity mikroorganismy nebo jejich toxické produkty. Takto zneužitelné organismy a toxiny bývají ozna-

čovány jedním souhrnným pojmem, a to *B-agens* neboli biologická *agens*.

### Současná hrozba, *B-agens*

V krátkosti lze říci, že *B-agens* mohou populaci ohrožovat třemi způsoby – jako importovaná nákaza (jedná se o import pro nás nezvyklého onemocnění z jiných zemí), dalším možným ohrožením je bioteroristické zneužití

a nejvyšším stupněm je pak biologická válka.

Je proto nutné, aby bylo zdravotnictví vybaveno znalostmi a informacemi o této problematice, mechanismech účinku *B-agens*, konkrétních možnostech jejich zneužití, praktických důsledcích jejich aplikace a ochranných opatřeních proti nim. Z těchto důvodů je tato problematika také součástí programů Světové zdravotnické organiza-

ce. Byla zde ustanovena pracovní skupina expertů, která se zabývá aktualizacemi a revizemi dokumentů vztahujícími se k tomuto problému.

Odborníci se domnívají, že hrozba biologického terorismu je, ve srovnání s minulostí, mnohem větší. Včasná detekce osob hodlajících použít biologické zbraně a paralyzování přírodních bioteroristických akcí je problematické.

V roce 1972 byla 140 státy podepsána konvence o biologických zbraních a toxinech, která se týkala ukončení výzkumů a likvidace všech dosavadních zásob. Nicméně nebezpečí pokračování programů vývoje biologických zbraní je stále aktuální a je doloženo informacemi o *know-how* i kapacitách k jejich výrobě v rámci výzvědných informací. Odhaduje se, že zhruba deset zemí světa má aktuálně kapacity pro tento proces.

### Příklady z nedávné historie

V roce 1996 bylo inspekcí OSN v Iráku zjištěno, že v rámci svého programu biologických zbraní vyrobili Iráčané značné

## EPIDEMIOLOGIE

množství antraxu a botulotoxinu. Nosiči měly být bomby vybavené padákem a zhruba 100 litry biologické náplně, dále pak upravené hlavice raket SCUD s doletem až 600 km, každá se zhruba 45 litry biologické náplně. Irák měl k dispozici adaptovaná letadla vybavená vnějšími barely o kapacitě 2000 litrů a zařazení na rozprašování aerosolu. Dodnes neexistuje 100% jistota, že byl veškerý arzenál tohoto typu v Iráku zničen.

Jen rok před tímto nálezy byl realizován sarinový útok v tokijském metru. K zodpovědnosti se přihlásila japonská sekta Óm Shinrikjó (Nejvyšší pravda). Tato sekta měla představu, že dojde k válce, ve které získá moc nad celým světem. Postupně její členové vybudovali chemické a biologické laboratoře, disponovali sklady se zásobami nutričních médií pro kultivaci antraxu, botulotoxinu i letadlem s nádržemi na rozptyl aerosolu. Prováděli pokusy s antraxem, cholerou a Q-horečkou. V říjnu 1992 duchovní vůdce sekty Shoko Asahara a 40 členů kultu uskutečnili expedici do Zairu, aby získali virus hemoragické horečky Ebola. Kryli se tvrzením o pomoci obětem Eboly. Teprve v roce 1998 při soudním projednávání vyšlo najevo, že se sekta v období let 1990–1995 nejméně osmkrát pokusila rozšířit jak botulotoxin, tak antrax v ulicích Tokia a Jokohamy. Seiichi Endo, genetický inženýr sekty, uvedl, že k rozptýlení patogenních *agens* docházelo ze zařízení umístěného na střeše nákladního automobilu. Naštěstí jimi používané kmeny nebyly dostatečně virulentní a nedošlo k žádným obětem na životech.

Ani Spojené státy americké nezůstaly v minulosti ušetřeny bioteroristických útoků. Známá je například tzv. obálková metoda, kdy Larry Wayne Harris z Ohia použil poštu k šíření kultur *Yersinia pestis*.

### Ne všechny patogeny lze použít

Mnoho patogenních původců je schopno způsobit vážnější lidské infekce, avšak málo z nich je vhodných pro výrobu biologických zbraní. V seznamu dokumentu NATO, který se zabývá takovými potenciálně zneužitelnými mikroby a toxiny, je zapsáno kolem 30 infekčních *agens*, která by bylo možné použít k výrobě biologických zbraní. Avšak pouze několik z nich lze relativně lehce kultivovat a efektivně rozšířit. Mezi faktory ovlivňující jejich výběr patří stabilita patogenního *agens* ve vnějším prostředí, velikost infekční dávky, možnost dalšího interhumánního přenosu a dostupnost preventivních a profylaktických opatření a terapie.

Velké množství *B-agens* vyvolává běžné, chřipce podobné klinické symptomy – horečku, zimnici, bolesti hlavy, nauzeu a zvracení. To způsobuje, že na samém počátku je velmi obtížné rozpoznat, že jde právě o bioteroristický útok. Přitom právě faktor času je velmi důležitý pro přežití zasažených.

### Nejobávanější patogeny

Mezi velmi obávané patogeny vhodné pro výrobu biologických zbraní patří také laboratorně mutované přírodní patogeny. Bývalý Sovětský svaz podle určitých informací prováděl manipulace s virem černých neštovic (variola) a snažil se vytvořit rekombinantu mezi variolou a virem venezuelské koňské encefalitidy (tzv. VEE-pox), obdobně pak také rekombinantu mezi Ebolou a variolou (tzv. Ebola-pox). Panuje obava, že Ebola-pox by mohla vyvolat hemoragickou horečku, která by byla přenositelná vzduchem. V případě takových vlastností by se jednalo o virus s výjimečně vysokou smrtností.

Ideálním *B-agens* je tedy organismus, jehož rezervoárem jsou

zvířata v přírodním ohnisku – taková *agens* lze velmi snadno indukovat do lidské populace. Dále je třeba, aby *B-agens* bylo následně lehce přenositelné z člověka na člověka. Je výhodou, pokud způsobuje nejasné chřipkové prodromy a onemocnění jím vyvolané má perakutní průběh. Žádaná je vysoká smrtnost, nejlépe neexistence léčebného postupu a komplikovaná nebo dlouhotrvající diagnostika. Mezi další požadavky lze zařadit minimální potřebnou dávku vedoucí k smrti, dlouhodobý reziduální efekt, rezistence na antibiotika, dlouhodobou životnost při skladování či schopnost přežívat ve zbraňových systémech.

Využíváními branami vstupu do lidského organismu je respirační ústrojí, alimentární ústrojí a kůže. Lze tady využít cesty přenosů vzduchem, kontaminovanými potravinami či vodou a nebo vektorem.

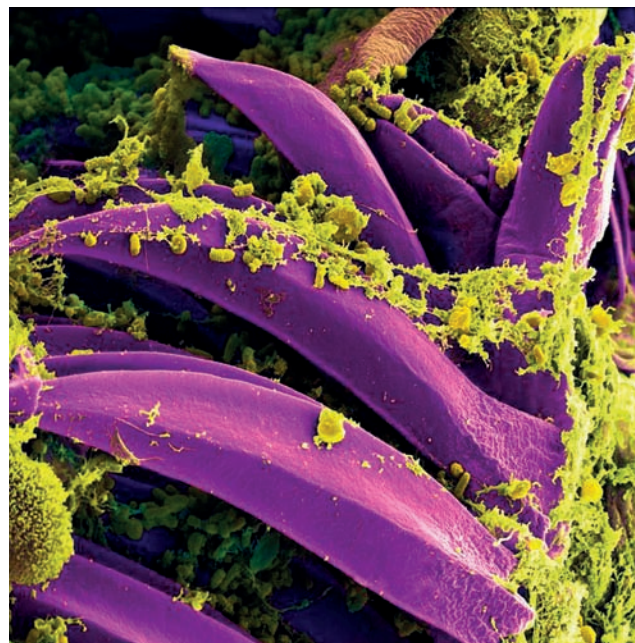
Podezření o použití *B-agens* lze formulovat na základě určitých charakteristik: v určité oblasti dojde k neobvyklým onemocněním, může být zjištěno i více neobvyklých onemocnění u jednotlivce, bude lokalizován bodový zdroj masivního šíření nákazy v ohraničené geografické oblasti, mohou být pozorována neobvyklá úmrtí zvířat různých druhů v dané oblasti, nelze vyloučit možnost povšimnutí si rozptýlu aerosolu, eventuelně může být záležitost potvrzena prohlášením agresora.

Nejpřehledněji lze *B-agens* rozdělit do skupin podle jejich původu, tzn. na skupinu bakterií, virů a toxinů. Charakterizujeme si podrobněji některé vybrané významné zástupce z každé skupiny.

#### Antrax, *Bacillus anthracis*

Mezi bakterie zneužitelné v rámci bioteroristického útoku řadíme *Bacillus anthracis*, grampozitivní bakterii, jejíž velkou výhodou je schopnost tvořit vysoce stabilní spóry, které mohou být i po mnoha letech pobytu ve vodě či půdě životaschopné. Přenos na člověka se děje z infikovaného zvířete, jedná se například o dobytek, ovce, kozy nebo koně. Infekce vstupuje do lidského organismu oděrkami kůže, ranami, lze vdechnout po diseminaci antraxové spóry, lze se nakazit antraxem požitím nakaženého masa. Inkubační doba je krátká, pohybuje se mezi 1 a 6 dny. V případě inhalovaných spór antraxu je inkubace podstatně delší, trvá 6–8 týdnů.

Antrax vyvolává onemocnění



*Yersinia pestis* | Ilustrační foto: Wordpress

v několika formách: kožní, gastrointestinální a plicní. Poslední jmenovaná forma pak není přenositelná z člověka na člověka. Klinický obraz plicní formy antraxu vypadá následovně: pacient trpí horečkou, kašlem, nevolností, únavou, stěžuje si na mírné obtíže na prsou. V průběhu onemocnění dochází k několika hodinovému až tří dennímu zlepšení stavu pacienta, nicméně po uplynutí této doby nastanou závažné dýchací potíže, problémy s dušností, objeví se cyanóza, šok. Zhruba za 24–36 hodin po vypuknutí závažných příznaků nastává smrt pacienta.

Terapie je možná, podávají se antibiotika, obvykle se upřednostňuje ciprofloxacín nebo doxycyklin. Je známa preexpozici profylaxe, za ideální je považována kombinace očkování a dlouhodobá, 60denní aplikace antibiotik. Očkovací látka je aplikována v šestidávkovém schématu během 18 měsíců.

#### Mor, *Yersinia pestis*

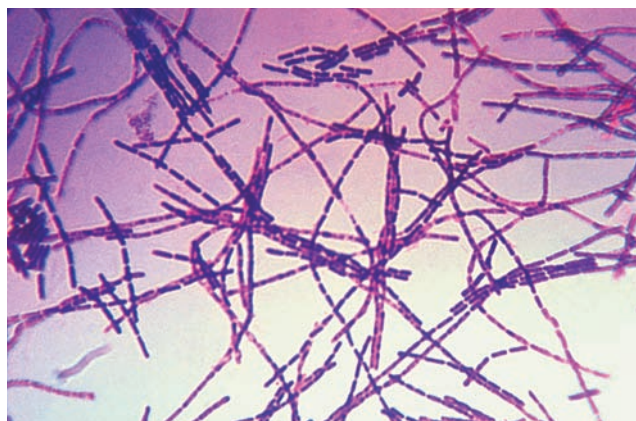
Další nebezpečnou bakterií je *Yersinia pestis*, gramnegativní nesporulující bakterie vyvolávající infekční morové onemocnění. Tato bakterie je schopná přežít v nepříznivých podmínkách (například ve vodě) i několik týdnů. Rezervoárem infekce jsou hlodavci, krysy a myši. Přenos se děje vdechnutím po diseminaci původce – jedná se o tzv. pneumonickou formu moru – nebo kousnutím blechou *Xenopsylla cheopis*. Ta vyvolává bubonickou formu moru. Inkubační doba se obecně pohybuje mezi 1 a 6 dny. Pneumonická forma moru je co-

by bioteroristické *agens* účinnější z důvodů rychlejšího nástupu onemocnění a prudkosti nástupu symptomů.

První známá epidemie moru postihla Středomoří v první polovině 6. století. Druhá epidemická vlna pak postihla Evropu ve 14. století. Nákaza se šířila z Asie a Evropu válcovala opakovaně několik let, byla zasažena Čína, kde zemřelo odhadem 7–10 milionů lidí. Třetí vlna, tentokrát ji můžeme nazvat pandemií (jednalo se o celosvětovou záležitost), měla opět původ v Asii (první záznamy pocházejí z Číny z roku 1855), odkud se v polovině předminulého století začala spolu s hlodavci a blechami postupně šířit do Evropy, jižní Afriky, Austrálie, ale i do Severní a Jižní Ameriky. Většinou se mor projevil hlavně v plicní formě. Na všech kontinentech dohasla nákaza teprve na samém počátku 20. století.

Klinické příznaky pneumonické formy moru: onemocnění nastupuje náhle a má perakutní průběh, během 2–4 dnů dochází k rozvoji primární morové pneumonie, objevuje se horečka okolo 40 °C, bolesti hlavy, nevolnost, zhruba za 24 hodin se objevuje produktivní kašel s hemoptýzou, zvracení, střevní potíže typu průjmů a bolesti břicha. Na rtg plic jsou patrné mnohočetné infiltráty. Rychle se rozvíjí pneumonie, objevuje se cyanóza a dochází k cirkulárnímu kolapsu. Pacient umírá obvykle na respirační a oběhové selhání. V těchto případech je bezpodmínečně nutná izolace pacienta.

Léčba je k dispozici, ale je nutné, aby začala včas, do 24 hodin



*Bacillus anthracis* | Ilustrační foto: Wikimedia

po vypuknutí příznaků. Nasažují se antibiotika typu streptomycin, gentamycin, ciprofloxacín nebo doxycyklin. Profylaxe se provádí buď podáváním doxycyklinu, nebo cyprofloxacinu, minimálně po dobu 7 dnů. USA používaly mezi lety 1946 a 1998 mrtvou vakcínu, která byla sice účinná proti bubonickému moru, ale nenavozovala protektivitu proti plicní formě.

#### Pravé neštovice, virus varioly

Druhou velkou skupinu tvoří viry. Podívejme se blíže na problematiku jediného dosud eradikovaného viru, tj. varioly, původce černých neštovic. Problémem z hlediska bioterorismu jsou obavy z existence neoficiálních úložišť viru varioly, proti kterému existuje jediná obrana, a to vakcinace. Z celosvětového hlediska jsou oficiálně přiznány dvě lokality, které skladují va-

riolu. Jedním z nich je CDC v Atlantě (Georgia, USA) a druhým Ruské státní centrum virologie a biotechnologie v Koltsovu, novosibirské oblasti v Rusku. Obě pracoviště jsou pod kontrolou Světové zdravotnické organizace. Podle uveřejněných informací byla právě eradikace varioly popudem pro bývalý Sovětský svaz ke studiu tohoto viru v rámci armádních programů. Byla zahájena výroba viru varioly jako biologické zbraně. Kapacita jejich výroby kolem roku 1989 dosahovala několika desítek tun viru. Nicméně v roce 1992 prezident Jelcin podepsal dokument, kterým ukončil ofenzivní program biologických zbraní.

Zdrojem infekce variolou je pouze člověk. Přenos viru se děje jednak inhalační cestou (v případě bioteroristického zneužití se předpokládá šíření aerosolovým mrakem), další možností infek-

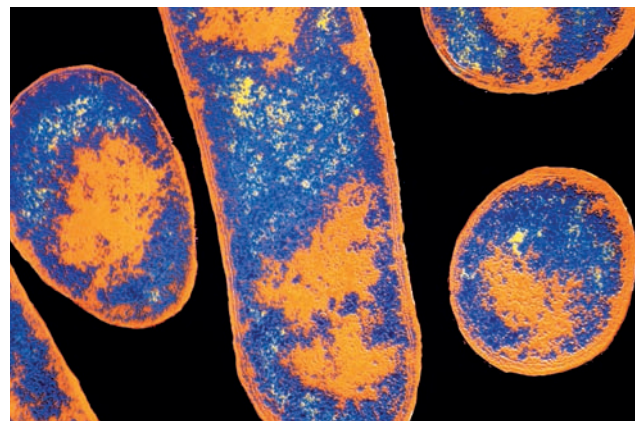
ce je dotykový kontakt s infikovanou osobou a poslední možností je nepřímá infekce kontaminovaným materiálem. Potřebná infekční dávka je 10–100 virových částic, inkubační doba je v průměru 12 dnů.

Klinické příznaky onemocnění: před objevením se typického exantému nejprve nastupuje nevolnost, horečka, rigor, zvracení, bolesti hlavy. Za zhruba 2–3 dny po prvních příznacích se objevuje typická vyrážka, která rychle přechází do vráždů na bázi zanícených. Právě lokalizace a charakter vyrážky je jednou z typických charakteristik, na něž se hledí v případě diferenciální diagnostiky mezi variolou a varicellou. Není jisté bez zájmovosti, že přes eradikaci varioly se čas od času objeví informace o možném nálezu černých neštovic, obvykle přicházející z afrického kontinentu. Dosud nikdy se žádná tato informace nepotvrdila, většinou jde o plané neštovice nebo *monkey pox*. Proti variole neexistuje účinná chemoterapeutická léčba. Pacient je infekční až do chvíle odloupení krust. Karanténizace trvá 19 dnů. Izolace pacientů je bezpodmínečně nutná.

#### Botulotoxin, tetanový toxin

Třetí a poslední diskutovanou skupinou v tomto článku jsou biologické toxiny, látky produkováné živými organismy. Oproti chemickým *agens* nejsou připravované uměle, nejsou těžké, nejsou aktivní na kůži (s výjimkou mykotoxinů), jsou velmi toxické a intrahumánně nepřenositelné. Toxiny botulinu a tetanu jsou proteiny o velké molekulární hmotnosti, které lze snadno zničit teplem, vysušením či UV zářením. Nejvhodnějším způsobem distribuce je opět aerosolové šíření.

Otrava botulotoxinem (tzv. klobošovým jedem) je vyvolána



*Clostridium botulinum* | Ilustrační foto: Wikimedia

bakterií *Clostridium botulinum*. Tato bakterie tvoří v anaerobních podmínkách vysoce neurotoxický termolabilní botulotoxin. Pouhý jeden gram krystalického botulotoxinu je schopen usmrtit milion lidí. Botulotoxin je 100 ookrát toxičtější než sarin. V případě aerosolového útoku botulotoxinem by došlo k epidemickým výskytům afebrilních osob s progresivní chabou obrnou. Rychlost manifestace je závislá na dávce a resorpci. U postižených se objevuje neostře, dvojitě vidění, ptóza víček, dysfagie, hlasová porucha, chabé obrny, obrna bránice, asfyxie, smrt. Mortalita se pohybuje okolo 5–10 %, maximálně 25 %. Efektivní profylaxi je podání antitoxinu, a to před manifestací klinických příznaků. V případech vysokého rizika expozice je k dispozici pentavalentní vakcína, postexpozici profylaxe se provádí velmi výjimečně.

#### Připravenost na potenciální útok

Závěrem je nutno podotknout, že připravenost na potenciální bioteroristický útok znamená připravenost na sporadické a epidemické výskyt závažných infekcí, import exotických tropických infekčních onemocnění

z endemických oblastí, na neohody v mikrobiologických laboratořích či v laboratořích farmaceutického průmyslu. Je nutné nezapomínat na možnost využití biologických *agens* jako nátlakového prostředku právě skupinami extrémisticky radikálně nacionalisticky smýšlejících lidí. To znamená mít k dispozici speciální zásahové týmy, kapacity pro detekci a identifikaci jednotlivých *B-agens*, kapacity pro hospitalizaci, izolaci a léčbu pacientů a v neposlední řadě i kapacity transportní. Připravenost pak znamená vybavení jak na úrovni nemocnic, tak laboratorního a výzkumného kompartmentu, provozy v režimech BSL-3 a BSL-4.

Americké úřady v nedávné minulosti identifikovaly více než 130 mezinárodních teroristických skupin, které hrozí potenciálním použitím nekonvenčních zbraní včetně zbraní biologických. Dobře polovina z těchto skupin je etnicky motivována, 20 % je orientováno levicově a 5 % pravicově. Zhruba 50 % z nich jsou skupiny náboženské.

doc. RNDr. Vanda Boštková, Ph.D.,  
Nora Boštková,  
prof. MUDr. Pavel Boštk, Ph.D.,  
Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové



*Yersinia pestis* | Ilustrační foto: Wikimedia

Inzerce M151000821

## Renault KADJAR a CAPTUR

Objevte crossovery Renault

od 309 900 Kč  
5 let záruka

Smluvní záruka Renault 5 let/100 000 km (dle toho, co nastane dříve) se řídí konkrétními záručními podmínkami. Tyto jsou neoddelitelnou součástí smlouvy. Kadjar: spotřeba 3,6–7,0 (l/100 km), emise CO<sub>2</sub> 99–130 (g/km); Captur: spotřeba 3,4–6,6 (l/100 km), emise CO<sub>2</sub> 95–123 (g/km). Uvedené spotřeby paliva a emise CO<sub>2</sub> jsou změněny metodikou stanovenou dle platných právních předpisů vyžadovaných pro homologaci vozidla. Vybavení je pouze ilustrativní.



**RENAULT**  
Passion for life

## ODBORNÉ AKCE

# Současné možnosti biologické léčby IBD

V rámci 33. českého a slovenského gastroenterologického kongresu, který se konal 12.–14. listopadu v pražském hotelu Clarion, proběhlo satelitní sympozium společnosti MSD zaměřené na „Současné trendy v léčbě idiopatických střevních zánětů“. Přednášky věnované především novinkám v léčbě ulcerózní kolitidy si zájemci o tuto oblast vyslechli v pražské Žižkovské věži.

Přednášející se zaměřili na tři aktuální oblasti biologické terapie idiopatických střevních zánětů (IBD). O přínosech monitorování farmakokinetiky infliximabu v terapii IBD pohovořil přednosta a primář gastroenterologického oddělení klinického centra ISCARE v Praze prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc. Význam časně biologické terapie IBD v klinické praxi ve svém příspěvku odůvodnil vedoucí Centra pro idiopatické střevní záněty a biologickou terapii při Interní gastroenterologické klinice LF MU a FN Brno doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc. Dosavadní zkušenosti s novým biologickým lékem golimumabem v léčbě IBD pak shrnul MUDr. Přemysl Falt, Ph.D., z Centra péče o zažívací trakt Vitkovické nemocnice v Ostravě, který se pokusil vytipovat vhodného pacienta pro tento preparát.

### Farmakokinetika infliximabu

Monitorování farmakokinetiky infliximabu se podle profesora Lukáše ukazuje být v poslední době možností jak optimalizovat terapii tímto biologickým lékem a dosáhnout požadovaného efektu. Přednášející se zaměřil

na vysvětlení mechanismu účinku anti-TNF terapie, resp. infliximabu, a příčiny selhání této terapie. „Velkým problémem je primární a zejména sekundární selhání léčebné odpovědi na indukční terapii. Roli zde sehrávají dva faktory: klinický a farmakologický. U Crohnovy nemoci je významným klinickým faktorem selhání léčebné odpovědi lokalizace choroby. U nemoci lokalizované na tenké střevo je totiž odpověď významně nižší. Významná je též délka trvání nemoci před zahájením biologické terapie. U pacientů, kterým je nasazena biologická léčba do 2 let trvání nemoci, je odpověď až dvojnásobná,“ vysvětlil přednášející.

Robustní data jsou také pro kombinatní terapii imunosupresiv. Studie SUCCESS ukázala, že kombinace azathioprinu a infliximabu má vyšší odpověď, remisi a slizniční hojení a současně nižší produkci protilátek. Významným indikátorem celkového stavu nemoci je pak hladina albuminu. Hypoalbuminurie je prediktorem neúspěchu biologické terapie – tyto pacienti by měli dostávat mnohem vyšší počáteč-

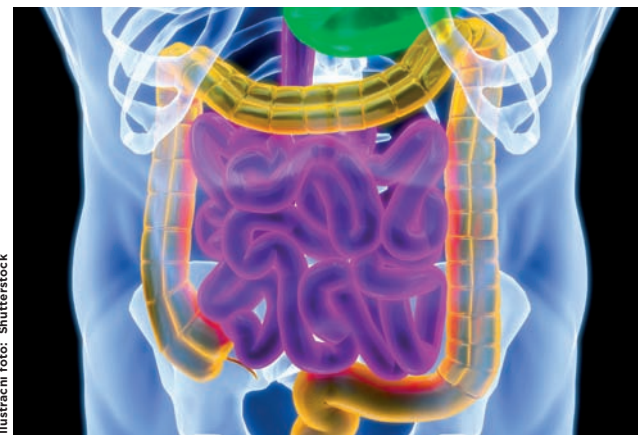
ní dávku biologika. Z farmakologických faktorů se při selhání odpovědi na léčbu uplatňuje porucha farmakokinetiky nebo farmakodynamiky anti-TNF preparátu.

Prof. Lukáš připomenul výsledky evropské studie TAXIT, která sledovala pacienty s idiopatickými střevními záněty v remisi a hledala jak optimalizovat dávky infliximabu za účelem dosažení cílových hladin. Letos publikovaná studie z Dublinu pak srovnávala skupiny pacientů s těžkou kolitidou, kteří dostávali standardní dávku i. v. kortikosteroidů vs. dávku akcelerovanou. Vyšší dávka kortikosteroidů vedla k redukcí počtu případů indikovaných ke kolektomií. Monitorování farmakokinetiky léčby IBD tak může podle prof. Lukáše pomoci stanovit optimální dávkování léku a předejít chirurgickému řešení.

Přednášející dále seznámil posluchače s principy deeskalační terapie. „Ukazuje se, že téměř polovina pacientů se střevními záněty v remisi, kterým se vysadí biologická léčba, do necelého roku relabuje. Z toho vyplývá, že vysazení biologické léčby u našich pacientů není vhodné. Nabízí se však místo toho deeskalační léčba, podobně jako v revmatologii,“ uvedl profesor Lukáš.

Další vhodné využití farmakokinetiky je u těhotných a novorozenců. Ukazuje se, že čím později se v těhotenství podá biologický lék, tím vyšší koncentrace se dostanou do pupečnickové krve. Vyšší hladiny biologika v krvi novorozence jsou pak významné pro stanovení optimální doby očkování živými vakcínami. Tyto vakcíny by se měly podat až po vymizení cirkulujícího léku v krvi novorozence.

„Terapeutické monitorování infliximabu se ukazuje být důležitější než monitorování protilátek a je jedním z nejvýznamnějších přístupů k optimalizaci a zlepšení terapie. Jak jsme již uvedli, využitelné je v graviditě žen léčených



Ilustrační foto: Shutterstock

biologikem a velký potenciál má také při ztrátě terapeutické odpovědi,“ shrnul profesor Lukáš.

### Proč časná léčba IBD

Docent Zbořil ve svém příspěvku poukázal na práce prokazující, že čím dříve je zahájena léčba ulcerózní kolitidy nebo Crohnovy nemoci, tím větší je šance na terapeutickou odpověď. Uvedené studie prokazují vysoké procento pacientů v remisi, vysoké procento slizničního hojení a snížení rizika nutnosti chirurgické intervence při časném zahájení terapie. Tento efekt se týká nejen biologické léčby, ale i léčby imunosupresiv. „Existují kritéria pro časně nasazení terapie, pro nás jsou však obtížně přijatelná. Ačkoli máme důkazy, že tento postup je optimální, zdravotní pojišťovna by danou léčbu neproplatila,“ upozornil doc. Zbořil.

Dále prezentoval výsledky léčby 13 pacientů s IBD léčených golimumabem ze svého pracoviště a hledal odůvodnění, proč pouze u 4 pacientů se tato léčba ukázala efektivní. Důvody jsou podle něj následující: pacienti, kteří byli odesláni k biologické terapii, trpěli střevním zánětem kolem 8 let, přičemž před zavedením léčby golimumabem byli léčeni 4–6 let pouze kortikosteroidy a aminosalicyláty. Jen 6 pacientů dostalo thiopurin. Poškození střev v důsledku neoptimální terapie a nedosažené slizniční hojení mohlo být podle doc. Zbořila příčinou nízké účinnosti následně podaného golimumabu. Jinými slovy – tam, kde jsou přítomny strukturální změny, není již biologická léčba dostatečně účinná. „U těchto pacientů byla choroba, nejspíše v důsledku nevhodné léčby, 8 let chronicky aktivní. Pokud nenajdeme způsob jak zintenzivnit terapii pacientů s ulcerózní kolitidou a Crohnovou nemocí, můžeme očekávat vyšší procento kolektomií z důvodu nevratného střevního poškození u dlouhodobého trvání nemoci,“ uvedl doc. Zbořil.

### Optimální pacient pro golimumab

MUDr. Falt shrnul současné možnosti terapie ulcerózní kolitidy, indikace k biologické léčbě a cíle této léčby. Patří sem dlouhodobá kontrola symptomů, navození a udržení dlouhodobé remise, snížení aktivity zánětu, zachování střevní funkce, snížení dávky kortikoidů a s tím spojených nežádoucích účinků, redukce potřeby chirurgického řešení a v neposlední řadě zlepšení kvality života pacientů. Dále přednášející prezentoval dosavadní poznatky o léčbě IBD pomocí golimumabu. Golimumab je nová subkutánní anti-TNF protilátka se čtyřtýdenní účinností v jedné dávce během udržovací terapie. Zkušenosti s tímto lékem jsou zatím převážně z oblasti revmatologie, v loňském roce však byl zpřístupněn i pacientům se středně těžkou až těžkou ulcerózní kolitidou, u nichž nebyla dostatečná odpověď na konvenční léčbu. Účinnost golimumabu byla ověřena ve dvou randomizovaných, dvojitě zaslepených, placebem kontrolovaných klinických studiích (PURSUIT SC a PURSUIT Maintenance), bezpečnost a účinnost prověřila i studie s 36 pacienty realizovaná v Klinickém centru ISCARE. „Bohužel zatím nemáme dostatek dat, na jejichž podkladě bychom mohli optimalizovat léčbu pacientů s IBD, chybí klinické zkušenosti s tímto lékem i data pro switch z infliximabu na golimumab. Víme nicméně, že vyšší sérová hladina golimumabu svědčí pro jeho vyšší účinnost a výhodný je též jeho bezpečnostní profil, stejně jako aplikační forma a aplikační interval,“ uvedl MUDr. Falt. Vhodným pacientem pro léčbu golimumabem by podle něj mohl být pacient se středně těžkou formou ulcerózní kolitidy, tělesnou hmotností pod 80 kg, který preferuje méně častou, subkutánní aplikaci, a dále pacient, u něhož jsou obavy z alergické reakce nebo byla předchozí alergická reakce na infliximab.

MUDr. Andrea Skálavá

Do skupiny **idiopatických střevních zánětů** patří **ulcerózní kolitida** a **Crohnova nemoc**. Onemocnění se řadí mezi choroby s chronickým až progresivním průběhem, jejichž příčina není zcela objasněna. Postihují především jedince mezi 20.–30. rokem života.

Ulcerózní kolitida se projevuje krvácením při stolici, bolestivým nucením na stolici, eventuálně krvavými průjmy. Crohnova nemoc má projev rozmanitý, v popředí jsou bolesti břicha, hubnutí, průjmy a teploty. Obě nemoci mají také některé mimostřevní projevy, jako je postižení kůže, kloubů a očí. Terapie obou chorob je medikamentózní a v některých případech chirurgická. Asi u 10–15 % nemocných s ulcerózní kolitidou a až

u 80 % pacientů s Crohnovou chorobou je nutná chirurgická léčba. Onemocnění nejsou vyléčitelná, současná medikamentózní terapie umožňuje, aby většina pacientů žila normálním životem bez větších omezení. U mírných forem nemoci se využívají aminosalicyláty, u závažnějších pak kortikosteroidy a imunosupresiva. V posledních několika letech byla do klinické praxe zavedena biologická léčba. Prvním lékem, který byl v této indikaci zaveden, je infliximab (Remicade), další generací biologických léčiv představuje adalimumab (Humira), nejnovějším dostupným biologikem je golimumab (Simponi). V brzké době by se měl na trhu objevit vedolizumab (Entyvio).

# Nová naděje **pro pacientky s myomy**

Výsledky studie PEARL IV, prezentované na kongresu Evropské společnosti gynekologické endoskopie (ESGE), potvrzují účinnost ulipristal acetátu 5 mg v dlouhodobé léčbě děložních myomů.

**S**tudie PEARL IV hodnotila účinnost a bezpečnost každodenního podávání 5 mg nebo 10 mg ulipristal acetátu (UPA) v dlouhodobé léčbě symptomatických děložních myomů charakterizovaných silným krvácením. Studie, ve které byly hodnoceny 4 léčebné kúry u pacientek ze 46 center 11 evropských zemí, ukázala, že UPA je účinná a dobře tolerovaná terapie.

## Myomy a jejich léčba

Děložní myomy jsou nejčastější benigní solidní nádory ženského pohlavního systému a postihují 20 až 40 % žen v reprodukčním věku. Stav je charakterizován nadměrným děložním krvácením, anemií, bolestí, častým močením nebo inkontinencí a neplodností. Myomy se obvykle léčí chirurgicky. Symptomatické děložní myomy jsou hlavním důvodem hysterektomie. Podle

odhadů je v Evropské unii provedeno ročně okolo 300 tisíc chirurgických zákroků z důvodu děložních myomů včetně přibližně 230 tisíc hysterektomií. Dostupná farmakologická léčba byla dosud omezena na krátkodobé podávání před operací a zahrnovala buď ulipristal acetát, nebo agonisty hormonu uvolňujícího gonadotropin (GnRH).

„Děložní myomy mohou mít závažný dopad na fyzický i emoční pocit zdraví žen, což ještě zvyšoval omezený počet terapeutických možností, které byly prozatím k dispozici. Vítám proto výsledky studie PEARL IV, která prokázala, že ulipristal acetát 5 mg je dobře snášenou a účinnou dlouhodobou možností léčby myomů,“ řekl hlavní testující ve studiích PEARL I a II prof. Jacques Donnez.

## Farmakoterapie místo hysterektomie

Operace nemusí být vhodným řešením pro všechny pacientky, např. ze zdravotních nebo z osobních důvodů, nebo když dá žena



Ilustrační foto: Shutterstock

přednost čekání na zmírnění příznaků děložních myomů, které přináší menopauza. Byla zde tedy zdravotní potřeba dlouhodobé farmakoterapie děložních myomů. „Ženy, u nichž byly v minulosti diagnostikovány děložní myomy, byly často zaskočeny nedostatkem možností, které byly k dispozici, zejména tváří v tvář extrémní možnosti, jakou je hysterektomie,“ uvedla psycholožka z Velšské univerzity ve Spojeném království Deborah Lancasterová,

„možnost nabídnout ženám různé terapeutické možnosti včetně dlouhodobé léčby, která nezahrnuje operaci, bude znamenat velkou úlevu.“

Nová indikace UPA umožňuje intermitentní farmakoterapii středně závažných až závažných příznaků děložních myomů UPA 5 mg a představuje pro řadu žen trpících tímto stavem významnou možnost jak se vyhnout chirurgickému zákroku.

(Zdroj: Richter Gedeon)

(asa)

## Projekt „STOP chřipce!“ má zlepšit proočkovanost

V polovině listopadu byl zahájen projekt „STOP chřipce!“. Jeho cílem je zlepšit informovanost o této závažné, ale podceňované nemoci a zvýšit proočkovanost. Ta je v ČR oproti vyspělým zemím stále velmi nízká a zbytečně tak dochází k vážným zdravotním komplikacím i úmrtím. Záštitu nad projektem převzala Česká vakcinologická společnost ČLS JEP.



Ilustrační foto: Shutterstock

Úmrtlost na chřipku či komplikace s ní spojené je v Evropě až 160/100 tisíc obyvatel. V ČR však není chřipka vnímána jako závažné onemocnění, a proto se proočkovanost v české populaci již několik let pohybuje na hranici 6 %. Trend v západní Evropě, USA, Kanadě či vyspělých zemích Asie (Japonsko, Jižní Korea) je ovšem opačný, neboť zde si jak odborná, tak laická veřejnost závažnost chřipky uvědomují. Očkování je podle Světové zdravotnické organizace nejúčinnější prevencí chřipky.

Chřipková epidemie k nám dorazí každý rok (obvykle na přelomu ledna a února). Ročně v ČR onemocní chřipkou 5–10 % dospělých a 20–30 % dětí, hospitalizováno je 7–16 tisíc osob. Přibližně 1 500 jich

zemře na komplikace způsobené chřipkou. To je dvakrát více, než jich zemře v důsledku dopravních nehod. Chřipka nejvíce ohrožuje seniory, chronicky nemocné, malé děti a těhotné ženy. Riziko úmrtí na chřipku nebo zápal plic v porovnání se zdravými dospělými je vyšší – 435x u lidí s onemocněním srdce a plic, 240x u lidí s chorobou srdce a diabetem, 120x u lidí s onemocněním plic a 52x u lidí s onemocněním srdce. Součástí projektu je *on-line* petice za zvýšení proočkovanosti v ČR. Svou podporu můžete vyjádřit prostřednictvím webových stránek a Facebooku.

Více na: [www.stop-chripce.cz](http://www.stop-chripce.cz)

(asa)

## Duševní onemocnění – častá příčina přiznání příspěvku na péči

Odborníci z Národního ústavu duševního zdraví analyzovali data týkající se nově přiznaných příspěvků na péči. Z výsledků vyplývá, že mezi lety 2001 a 2011 došlo k jejich celkovému nárůstu.

„Ve srovnání příjemců podle jednotlivých diagnóz představují duševní onemocnění třetí nejčastější příčinu a jejich význam narůstá. V letech 2009–2011 se jednalo o 15,8 procenta všech nově přiznaných příspěvků, oproti 8,5 procenta v průměru z let 2001–2003,“ shrnuje autorka studie, socioložka Miroslava Janoušková. Tento trend koresponduje s výsledky předchozí analýzy, která se zaměřila na nově přiznané invalidní penze. „V případech nově přiznaných invalidních důchodů tvoří duševní onemocnění dokonce druhou nejčastější příčinu přiznání s 20 procenty ze všech nově přiznaných dávek,“ doplňuje další z autorů Petr Winkler a dodává, že v obou případech představují duševní onemocnění nejrychlejší rostoucí příčinu uznání dávek. Častějšími příjemci příspěvků na péči jsou v mladší věkové katego-

rii muži, ale od 70. roku věku začínají převládat ženy. Mezi ženami dominují příspěvky z důvodu organických duševních poruch (např. demence u Alzheimerovy nemoci) více, než je tomu u mužů, což kopíruje demografické trendy, neboť ženy se dožívají vyššího věku než muži. Naopak v případě mentálních retardací jsou celkově častějšími příjemci muži.

## Trendy a reforma psychiatrické péče

Skutečnost, že duševní onemocnění představují třetí nejčastější příčinu nově přiznaných příspěvků na péči, si žádá zvýšenou pozornost v rámci celého systému sociálního zabezpečení. Petr Winkler odhaduje, že význam duševních onemocnění na celkové zátěži způsobované všemi onemocněními bude dramaticky růst. „Očekávám, že ve

vyspělých evropských státech, včetně České republiky, dojde v nadcházejících desetiletích k zásadnímu zlomu a význam duševních onemocnění předčí význam fyzických chorob. Podobný zlom jsme viděli již v druhé polovině 20. století, kdy se ve vyspělých zemích podařilo radikálně eliminovat význam infekčních onemocnění a na významu tak nabyla neinfekční fyzická onemocnění,“ říká sociolog.

„V souvislosti s transformací systému psychiatrické péče narůstá důležitost tohoto příspěvku. Zároveň se objevují nové požadavky na možnosti a dovednosti neformálních pečovatelských hlavně z řad rodinných příslušníků. Dále je nezbytné rozvíjet kapacity sociálních služeb a komunitní péče o lidi s duševním onemocněním,“ uzavírá Miroslava Janoušková.

(Zdroj: NÚDZ)

(red)

## ODBORNÉ AKCE

# Léčba testosteronem – možnosti a kontroverze

Mezinárodní konsenzuální konference o testosteronovém deficitu a jeho léčbě, která proběhla začátkem října v Praze, řešila několik klíčových otázek v této oblasti. Hlavním tématem bylo odpovědět na otázku, zda je léčba testosteronem bezpečná a účinná. Setkání organizovala Královská akademie v Londýně ve spolupráci s Mezinárodní společností pro studium stárnutí mužů (ISSAM).

**L**ékařské použití testosteronu se nedávno stalo vysoce kontroverzním tématem. Důvodem byly otázky týkající se případných neočekávaných rizik či naopak přínosů této léčby. Cílem konsenzuální konference bylo vyhodnotit základní vědecké poznatky a poskytnout jasná odborná vodítka pro lékaře, klinické odborníky a veřejnost. Akce se zúčastnilo osmnáct expertů z deseti zemí a čtyř kontinentů.

### Témata a výstupy konference

Odborníci diskutovali o níže uvedených tématech, k nimž zaujali následující stanoviska:

- 1. Nedostatek testosteronu** (známý také jako hypogonadismus) je dobře popsán zdravotní stav mající negativní dopady na sexuální funkci, mužskou touhu a celkový zdravotní stav. Je spojený rovněž se zvýšenou úmrtností.
- 2. Symptomy a příznaky nedostatku testosteronu** nastávají z důvodu nedostatku hormonu. Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) doporučuje léčbu pouze mužům s velmi úzkým seznamem konkrétních základních příčin, i když pro doporučení neexistuje žádný vědecký základ. Léčba může pacientům s charakteristickými příznaky a znaky nízké hladiny testosteronu pomáhat bez ohledu na to, zda je příčina známá.
- 3. Nedostatek testosteronu je globálním zdravotním problémem.** Doprovází ho obezita,



Zleva prof. Tony Fox, prof. Bruno Lunenfeld, prof. Abraham Morgentaler a prof. Michael Zitzmann | Foto: Zx archiv pořadatele

diabetes, metabolický syndrom a snížená kostní minerální hustota. Tato data byla prezentována z různých regionů celého světa.

**4. Léčba testosteronem** je efektivní, racionální a založená na důkazech. Testosteronová léčba byla podrobena důkladnému studiu a její přínosy byly vědecky prokázány. Například léčba testosteronem u vhodně vybraných pacientů výrazně zlepšila sexuální touhu a funkci, zvýšila svalovou hmotu, snížila tělesný tuk a zlepšila hustotu kostí. Z těchto poznatků vyplývá, že léčba může také pozitivně ovlivňovat náladu a kvalitu života.

**5. Neexistuje univerzální testosteronová koncentrace,** která bude spolehlivě fungovat u každého muže. Nelze tedy říci, u kterých mužů bude léčba

fungovat, i když lékařská doporučení poskytují podle výsledků krevních testů na testosteron vodítko pro to, kdo je vhodným kandidátem pro léčbu. Skupina odborníků se shodla, že řada biologických faktorů může ovlivnit způsob, jakým tělo reaguje na existující koncentrace testosteronu, např. různým počtem opakování sekvence CAG na genu androgenního receptoru, stejně tak jako může ovlivnit koncentraci molekul vazebného globulinu pro pohlavní hormon. Individualizace léčby je tedy z tohoto hlediska důležitá.

**6. Neexistuje vědecký podklad pro odepření terapie** testosteronem mužům nad 65 let. Z přezkoumaných důkazů prezentovaných na zasedání vyplynulo, že muži starší 65 let v několika oblastech dobře reagují na léčbu testosteronem.

**7. Důkazy neprokázaly zvýšené kardiiovaskulární riziko** spojené s léčbou testosteronem. Dvě nedávné studie, které vzbudily velký zájem médií, měly vážné nedostatky. Jedna špatně interpretovala data a vlastně tím prokázala méně kardiiovaskulárních příhod u mužů léčených testosteronem než u těch neléčených. Druhá studie prokázala velmi nízký výskyt infarktu myokardu, ale neměla žádnou kontrolní skupinu. Více než sto dalších studií dokonce nepro-

kazuje žádnou spojitost s kardiiovaskulárními problémy. Ve skutečnosti nízká hladina testosteronu souvisí se zvýšenou mortalitou, výskytem onemocnění koronárních tepen a aterosklerózy. Několik studií u mužů s onemocněním srdce, které byly kontrolovány placebem, prokázaly významné přínosy léčby testosteronem.

**8. Důkazy neprokazují zvýšené riziko rakoviny prostaty.** Tato skutečnost znepokojovala lékaře přes sedmdesát let, i když byla založená jen na povrchních důkazech a neúplné znalosti příslušné biologie. Moderní vědecký výzkum neprokázal žádnou spojitost vysoké hladiny testosteronu s rizikem rakoviny prostaty. V průběhu posledních několika let řada studií prokázala, že terapie testosteronem může být bezpečně použita i u některých mužů s rakovinou prostaty, ačkoli toto zůstává stále kontroverzní.

**9. Hlavní výzkumnou iniciativou je prozkoumat výhody terapie** testosteronem u kardiometabolických nemocí. Nízké hladiny testosteronu souvisí se zvýšeným rizikem pozdějšího vzniku diabetu nebo metabolického syndromu, stavu, který predisponuje ke kardiiovaskulárním problémům. Testosteronová terapie opakovaně prokázala pozitivní vliv na obezitu, regulaci krevní

ho cukru a metabolického syndromu. Několik studií prokazuje pozitivní vliv na srdeční problémy. Všechny tyto důvody tvoří dostatečný základ pro to, aby země a výzkumné organizace zpracovaly jednu nebo více velkých studií, které by zkoumaly možnosti a přínosy testosteronové terapie pro léčbu ve všech těchto oblastech.

### Vyjádření expertů k přijatému konsenzu

Emeritní profesor univerzity Bar-Illan v Izraeli Bruno Lunenfeld má za sebou dlouhou a významnou kariéru jako badatel v oblasti hormonálního řízení a jeho práce s gonadotropiny přispěla k úspěchu vývoje umělého oplodnění. „Jako prezident Mezinárodní společnosti pro studium stárnutí mužů, která si klade za cíl umožnit mužům zdravé a důstojné stárnutí, nepochybuji o tom, že deficit testosteronu přispívá ke špatnému zdraví stárnoucích mužů. Je důležité, aby si toto nebezpečí uvědomila veřejnost a kolegové lékaři. I v našem pokročilém věku můžeme žít kvalitně a léčba nedostatku hormonu může významně přispět k celkovému zlepšení kvality života,“ uvedl prof. Lunenfeld na konferenci. K problematice se dále vyjádřil předseda konference, profesor Morgentaler z Harvard Medical School v Bostonu, který je pokládán za jednoho z průkopníků moderní éry v používání testosteronové terapie. Jeho výzkum je oceňován jako revoluční koncept zahrnující vztah testosteronu a rakoviny prostaty. „Testosteronová léčba byla v médiích nespravedlivě očerňovaná. Názor, který média jednou přijmou, lze jen těžce změnit. Mnohé kritiky spojené s terapií testosteronem jsou však nesprávné,“ upozornil. Endokrinolog a androlog působící na Westfálské Wilhelmově univerzitě v Münsteru prof. Zitzmann shrnul: „Může být obtížné, aby se tolik ‚alfa‘ jedinců na něčem shodlo. Přesto bylo velmi působivé, že jsme zaujali stejná stanoviska k tolika otázkám. Věřím, že jsme dosáhli bodu zvratu v lékařském povědomí o tom, co je prokázáno a nezbytné, pokud jde o význam testosteronové nedostatečnosti a její léčby.“ Podle profesora Tonyho Foxe z King's College London jsou dlouhodobě zkoumána zdravotní rizika substituční léčby u žen v reprodukčním a postreprodukčním věku, což je oprávněné. Nyní je však třeba zaměřit se také na specifické potřeby mužů.

(Zdroj: Antenna Media Monitoring)

(asa)



# Vzteklina u netopýrů v České republice

Koncem září proběhla tiskem zpráva o laboratorním potvrzení vztekliny u netopýra nalezeného v pražských Riegerových sadech. Nakaženou samici netopýra večerního (*Eptesicus serotinus*) předala nálezkyně pražské záchranné stanici pro volně žijící živočichy Lesů hlavního města Prahy.

**O** d roku 1994 se jedná o pátý případ pozitivního nálezu vztekliny netopýrů v České republice, přičemž všechny předchozí případy (tři u netopýra večerního a jeden u netopýra hvízdavého, *Pipistrellus pipistrellus*) byly zaznamenány na jižní Moravě. I přesto je Česká republika od roku 2004 považována za stát bez přítomnosti vztekliny a nálezy vztekliny u netopýrů tento stav nijak neovlivňují. Tato skutečnost je dána tím, že více než 99 % případů vztekliny u člověka je vyvoláno virem RABV, pro který jsou v Evropě rezervoárem šelmy. Cirkulace dalších lyssavirů, které zjišťujeme u netopýrů, je oddělena od vztekliny lišek.

## Přenos je možný, ale vzácný

U evropských netopýrů byly doposud popsány čtyři různé lyssaviry: *European Bat Lyssavirus 1 a 2* (EBLV-1 a EBLV-2), *Bokeloh Bat Lyssavirus* (BBLV) a *West Caucasian Bat Virus* (WCBV).

Nejběžnějším je lyssavirus EBLV-1, který byl také jako jediný zjištěn ve všech případech v České republice. V celé Evropě přitom bylo v letech 1977–2010 do databáze *Rabies Bulletin Europe* oficiálně registrováno 959 případů vztekliny u netopýrů a přibližně 95 % z nich tvoří právě nálezy EBLV-1 u netopýra večerního, který je jeho hlavním rezervoárem. Netopýr vodní (*Myotis daubentonii*) a netopýr pobřežní (*Myotis dasycneme*) jsou naopak hlavními rezervoáry pro lyssavirus EBLV-2. Většina nálezů infikovaných netopýrů pochází z hustě osídlených oblastí Dánska, Nizozemska a severního Německa, kde probíhaly rozsáhlé programy aktivního monitoringu výskytu vztekliny u netopýrů.

Vzhledem k tomu, že řada druhů netopýrů využívá jako své úkryty téměř výhradně lidské stavby, dochází k častým kontaktům s lidmi. Lidé se mohou setkávat s jednotlivými netopýry, kteří zaletí nebo zalezou do jejich bytů, ale i se skupinami netopýrů. Nejčastěji se jedná o letní kolonie na půdách nebo skupiny zvířat zimující ve šterbinách, například panelových domů. I přesto bylo během posledních 35 let v Evropě potvrzeno pouze pět případů přenosu vztekliny z netopýra na člověka. Proto není vzteklina netopýrů považována za významné nebezpečí pro zdraví lidí ve srovnání s jinými virovými infekcemi.

## Jak zacházet s nalezeným netopýrem

V současné době není potřeba zavádět zvýšená opatření na ochranu před vzteklinou netopýrů.

Důležitá je nicméně osvěta a prevence. Pokud se člověk setká s netopýrem, měl by se vyhnout riziku pokousání. To znamená, že na netopýra nebudeme nikdy sáhat holou rukou. Přemístit netopýra můžeme opatrně uchopením přes silnější látku (např. ručník) nebo s pomocí rukavice. Netopýra umístíme opatrně do papírové krabice opatřené malými otvory pro přístup vzduchu. Dovnitř vložíme kousek látky tak, aby zde zvíře našlo přechodný úkryt. Zatímco v letním období netopýry bez známek poranění můžeme po setmění vypustit, v zimním období je třeba přivolat odborníky z nejbližší záchranné stanice, kteří zvíře převezmou a poskytnou mu potřebnou péči. Pouze v případě, že dojde k poranění člověka netopýrem, je nutné, aby pacient kontaktoval svého lékaře. Pokud zvíře, které zranění způsobilo, ne-



Netopýr večerní | Ilustrační foto: Wikimedia

ní již k dispozici pro laboratorní vyšetření na vzteklinu, musí být zahájena postexpoziční vakcinace. Doporučuje se, aby lidé, kteří pravidelně přicházejí do styku s netopýry (pracovníci záchranných stanic pro divoká zvířata, zoologové, ošetřující veterinární lékaři), byli chráněni v rámci pre-expoziční vakcinace.

prof. MVDr. Jiří Pikula, Ph.D., Dipl. ECZM,  
Mgr. Jan Zukaal, Dr., MBA<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Veterinární a farmaceutická univerzita Brno,  
<sup>2</sup>Ústav biologie obratlovců AV ČR Brno

Inzerce M151000876



Landeskliniken-Holding **N**  
IHRE GESUNDHEIT. UNSER ZIEL.

## ZDRAVÁ KARIÉRA v DOLNÍM RAKOUSKU!

Nemocnice Scheibbs poskytuje se 193 lůžky, kvalitní zdravotní péči obyvatelům okresu Scheibbs. Hlavními nosnými programy v současnosti jsou: Anesteziologicko-resuscitační oddělení, oddělení chirurgie se zaměřením na ortopedii, oddělení vnitřního lékařství, paliativní péče, radiologické oddělení a zobrazovací metody.

Zřizovatelem nemocnice Scheibbs a také dalších 26 nemocnic je spolková země Dolní Rakousko. Vedení nemocnic spadá do kompetence Landeskliniken-Holding. Naše nemocnice je moderní a dynamické zdravotní zařízení, kterého středobodem je pacient. Kromě toho nemocnice poskytuje svým pracovníkům inovativní pracovní prostředí v dobrém kolektivu a možnost odborného i osobního růstu.

Nabídka volných pracovních míst v nemocnici Scheibbs s okamžitou platností:

- › **LÉKAŘ/LÉKAŘKA na gynekologicko - porodnické oddělení SE SPECIALIZACÍ V OBORU GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ**
- › **LÉKAŘ/LÉKAŘKA pro anesteziologii a intenzivní medicínu (možnost získání specializace v oboru anesteziologie)**
- › **VŠEOBECNÍ LÉKAŘ/LÉKAŘKA (pro chirurgii, internu, paliativní péči, pohotovostní službu)**

Nemocnice Scheibbs leží v malebném prostředí rakouského předhoří Alp a je rájem pro milovníky letních i zimních sportů. Naše zařízení se neustále modernizuje a využívá k léčbě špičkové vybavení. Pracovníkům naší nemocnice nabízíme zajímavou práci v multiprofesionálním, angažovaném kolektivu.

Je pro nás samozřejmé, že uplatňujeme všeobecný zákon o rovném zacházení.

Podrobné informace k jednotlivým pracovním místům a žádosti o práci najdete:  
<http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html> (www.noel.gv.at → Menü Jobs).

Odborné informace vám poskytne: Prim. Dr. Steger, ředitel pro léčební péči. Telefonní kontakt: 0043/7482/9004-1055.



## AKTUALITY

# Češi zaostávají v úrovni zdravotní gramotnosti

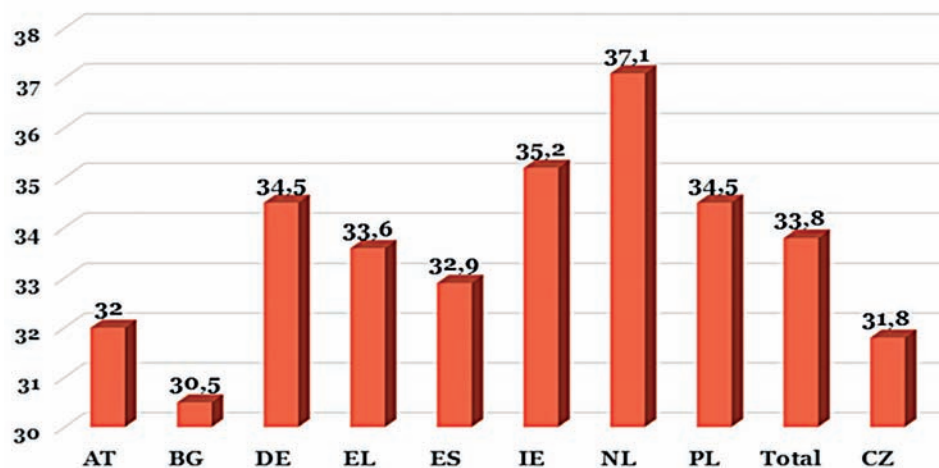
Úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel ČR zaostává za průměrem zemí Evropské unie, které se zúčastnily mezinárodního srovnávacího výzkumu.

Mezi devíti sledovanými zeměmi zaujímá Česká republika předposlední místo, za ní se umístilo pouze Bulharsko. Česká republika zaostává především za zeměmi, které v této oblasti představují špičku, tj. za Nizozemskem, Irskem, Německem a Polskem. Většina respondentů dotazovaných v České republice vykazovala podprůměrnou úroveň zdravotní gramotnosti.

## Reprezentativní průzkum

Průzkum zdravotní gramotnosti realizoval na přelomu let 2014/2015 Státní zdravotní ústav ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR a Kanceláří WHO v ČR. Zdravotní gramotnost je totiž pojmem, kterému Světová zdravotnická organizace věnuje v posledních letech rostoucí pozornost.

Zdravotní gramotnost byla zjišťována ve třech oblastech: (a) v oblasti zdravotní péče, tedy



Výsledky průzkumu zdravotní gramotnosti v 9 zemích EU (AT = Rakousko, BG = Bulharsko, DE = Německo, EL = Řecko, ES = Španělsko, IE = Irsko, NL = Nizozemsko, PL = Polsko, Total = průměr EU-8, bez ČR, CZ = Česká republika)

schopnosti orientovat se v systému zdravotní péče a adekvátně jej využívat, (b) v oblasti prevence nemocí, tedy schop-

nosti nalézt a využívat účinné způsoby předcházení konkrétním onemocněním, a (c) v oblasti podpory zdraví, tedy po-

znání jak rozvíjet a posilovat vlastní zdraví. Zkoumány byly schopnosti získat informace, vyhodnotit je a přijmout rozhodnutí. Z těchto údajů bylo vytvořeno skóre celkové zdravotní gramotnosti.

## Výsledky průzkumu

Z výzkumu vyplynulo, že téměř 60 % z dotazovaných 1037 dospělých obyvatel ČR vykazovalo problematickou úroveň zdravotní gramotnosti. Omezená zdravotní gramotnost byla zaznamenána v oblasti prevence nemocí (54 %) a zejména u podpory zdraví (64 %); pouze pokud jde o orientaci v oblasti zdravotní péče, mírně převažovala nadprůměrná úroveň zdravotní gramotnosti (50,5 %).

„Úroveň zdravotní gramotnosti je podle našich zjištění podmíněna především finančním zabezpečením respondenta, jeho věkem, úrovní vzdělání a sociálním statusem. Zjednodušeně můžeme říci, že osoba s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti bude mít s vyšší pravděpodobností finanční problémy, bude se jednat o starší osobu s nižším vzděláním a s pocitem nižšího postavení v sociální hierarchii,“ uvedl autor výzkumu RNDr. Zdenek Kučera.

## Guidelines doporučují nintedanib k léčbě pacientů s IPF

Nová mezinárodní doporučení odborných společností ATS/ERS/JRS/ALAT: *Clinical Practice Guideline: Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis – An Update of the 2011 Guideline* doporučují odborné veřejnosti přípravky k léčbě pacientů s idiopatickou plicní fibrózou (IPF) nintedanib.

Výbor vyzdvihl vysoký přínos nintedanibu (OFEV) v léčbě pacientů s IPF, jako jsou zpomalení progresy onemocnění (měřeno mírou poklesu FVC – *forced vital capacity*) a ovlivnění mortality. Doporučení bere v úvahu i předpokládané náklady na léčbu a potenciální významné nežádoucí účinky. Bylo však konstatováno, že nebyl zaznamenán jejich zvýšený výskyt ve spojitosti s nintedanibem a pouze relativně malé množství pacientů kvůli jejich výskytu přerušilo účast ve studii.

### Krok vpřed

„Aktualizovaná doporučení jsou důležitá, protože pro odbornou veřejnost poskytují cenné poznatky o tom, jak lépe léčit pacienty s IPF a zvládat devastující sta-

vy, které s touto chorobou souvisí. Nová doporučení jasně zdůrazňují roli nintedanibu v léčbě IPF,“ poznamenal k novým *guidelines* plicní lékař v londýnské Royal Brompton Hospital dr. Toby Maher. „Zařazení přípravku OFEV do mezinárodních doporučení znamená důležitý krok vpřed v péči o pacienty. Až donedávna neměli lékaři k dispozici žádná schválená doporučení pro léčbu IPF. Nintedanib nabízí pacientům s IPF terapii, v jejímž rámci je lék užíván dvakrát denně a která zpomaluje progresi nemoci u širokého spektra pacientů. To znamená zpomalení roční míry poklesu plicních funkcí o 50 procent,“ uvedl ředitel medicínského oddělení společnosti Boehringer Ingelheim dr. Christopher Corsico.

Výbor analyzoval důkazy nashromážděné od doby zveřejnění původních oficiálních doporučení v roce 2011 a provedl aktualizaci v souladu s novými závěry. Nintedanib byl sledován ve dvou studiích fáze III (INPULSIS 1 a INPULSIS 2), jichž se účastnilo více než 1000 pacientů ve více než 24 zemích, a studii fáze II (TOMORROW), které se zúčastnilo 432 pacientů. Sdružený výbor rozhodující o doporučeních se skládá ze zástupců mezinárodní skupiny předních odborných společností pro plicní choroby včetně American Thoracic Society (ATS), European Respiratory Society (ERS), Japanese Respiratory Society (JRS) a Latin American Thoracic Society (ALAT).

(akt)

## Akční plán pro rozvoj zdravotní gramotnosti

Vláda ČR schválila koncem letošního srpna 13 akčních plánů, které vznikly v rámci Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán pro rozvoj zdravotní gramotnosti je jedním z nich.

„Základem pro zlepšování zdravotního stavu všech občanů ČR je zvyšování zdravotní gramotnosti všech zainteresovaných. Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti považuji za jeden ze základních dokumentů, které v programu Zdraví 2020 vznikly,“ uvedl hlavní hygienik ČR a náměstek ministra zdravotnictví pro ochranu a podporu veřejného zdraví MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D. Pracovní skupina ve svém akčním plánu označila 6 prioritních oblastí rozvoje zdravotní gramotnosti:

- 1. Strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti** (příprava strategického dokumentu Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti)
- 2. Informace** (kvalita a dostupnost, **portál zdravotní gramotnosti**)
- 3. Výchova a vzdělávání** (školy, školská zařízení, celoživotní vzdělávání, pedagogičtí pracovníci)
- 4. Výzkum a hodnocení** (mezinárodně srovnatelná metodika)
- 5. Média** (věrohodnost a kvalita informací, vzdělávání novinářů)
- 6. Komunitní projekty** (např. Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví, příklady dobré praxe)

„V každé uvedené oblasti byly navrženy konkrétní projekty a ukazatele umožňující hodnotit jejich průběh, výsledky i efektivitu vynaložených nákladů,“ vysvětlil předseda pracovní skupiny pro zdravotní gramotnost prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Jedním z konkrétních úkolů akčního plánu je vytvoření portálu zdravotní gramotnosti jako důvěryhodného zdroje informací.

(asa)



# Pouze třetina pacientů s CHOPN se léčí

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), kterou charakterizuje dušnost, chronický kašel, únava a vykašlávání hlenů, trápí v České republice přibližně 800 tisíc (14 %) dospělých pacientů. Přes všechno úsilí plicních lékařů se daří léčit jen třetinu nemocných, téměř půl milionu lidí totiž o své nemoci neví. Loni v důsledku CHOPN zemřelo 3500 lidí, což je 35x více než na astma.

„Zhruba 80 procent všech případů CHOPN má na svědomí kouření. Nemoc je následkem chronického zánětu průdušek, který vede k jejich zužování a ke zvýšené tvorbě hlenu. Nejčastěji začínou pacienti pociťovat první příznaky po čtyřicítce, mnohdy je však přecházejí a plicního lékaře navštíví až v pokročilé fázi. Stává se, že jsou do nemocnice dovezeni až v dramatickém stavu dechové tísně a vyžadují léčbu na jednotce intenzivní péče,“ říká přednosta Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc a předseda České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc. Situace je stejně dramatická i ve světě, kde se s CHOPN potýká přes 200 mi-

lionů lidí a péče o ně stojí kolem 200 miliard eur ročně. CHOPN nelze vyléčit, léky však umí výrazně zpomalit zhoršování stávajícího stavu a zmírnit potíže nemocných.

## Úspěch české pneumologie

Čeští plicní lékaři věří, že se situace zlepší díky novým kombinacím léčby, aktivitám pacientské organizace a intenzivnímu mezinárodnímu výzkumu, na kterém se podílejí. „Letos byla díky nám vytvořena rozsáhlá studie s téměř 4 tisíci pacienty sledující výskyt a podobu CHOPN v 11 zemích střední a východní Evropy. Výsledkem dosud největší studie svého druhu je přesný popis nemocných s touto diagnózou, umožňující do budoucna

dobře volit léky, které pomohou pacientům žít déle, kvalitněji a s co nejnižší potřebou návštěv nemocnice. Příští rok největší mezinárodní databázi nemocných dokončíme,“ uvedl zástupce přednosty pro výuku a výzkum Plicní kliniky LF UK a FN Hradec Králové MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.

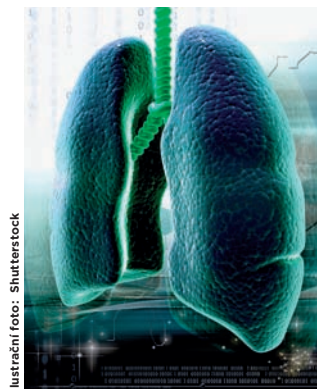
## Nová pacientská organizace

Užší spolupráci lékařů s pacienty by měl nově zajišťovat pacientský spolek, který vznikl z původní odborné organizace. Podle předsedy MUDr. Stanislava Kosa, CSc., se Český občanský spolek proti plicním nemocem (ČOPN) zaměří i na prevenci. Kromě lidí s CHOPN zastoupí další pacienty s plicními nemocemi. Organiza-

ce se stane členem EFA (European Federation of Asthma, Allergy and Airways Diseases Patients Associations).

## Správně (po)užívat léky

„Rada pacientů s CHOPN neumí správně inhalovat a účinnost léků se tak snižuje až o polovinu. Lékaři by měli při každé návštěvě pacienta zkontrolovat, zda vdechuje z inhalátoru správně. Na to ale nemají čas. Přitom pro vzdělání pacienta s plicní nemocí existuje ve zdravotnictví kód – pojišťovny by jej tedy mohly proplácet. Odmítají ale tento



Ilustrační foto: Shutterstock

kód lékařům nasmlouvat a zaškolení nových pacientů se tak většinou odehrává ve spěchu,“ přibližuje jeden z problémů, jež hodlá ČOPN řešit, předseda Kos.

Více na: [www.pneumologie.cz](http://www.pneumologie.cz), [www.copn.cz](http://www.copn.cz)

(red)

## Karcinom plic bývá diagnostikován pozdě

Počet nových případů plicního karcinomu v České republice narůstá. Nemoc je většinou diagnostikována až v pozdních stádiích, kdy vyhlídky na přežití pacienta rapidně klesají. Pět a více let od okamžiku diagnózy se dožívá 20 % nemocných. Na nebezpečí nemoci upozorňuje nový web [www.80procent.cz](http://www.80procent.cz).

V České republice ročně onemocní rakovinou plic zhruba 6700 lidí. První stadiu karcinomu je téměř bezpříznakové a nemoc bývá diagnostikována pozdě. Při odhalení nemoci v I. a II. stadiu se udává pětileté přežití u 58 % pacientů, při zachycení ve IV. stadiu je to pouze 7,5 %.

Cílem osvětové kampaně je upozornit na rizika, informovat o možnostech léčby i upozornit na nová terapeutika vyvíjená českými vědeckými týmy a v konečném důsledku snížit stávající negativní trend. „Start kampaně jsme naplánovali na Mezinárodní nekuřácký den, který připadá na 19. listopad, abychom poukázali na hlavní rizikový faktor rakoviny plic – kouření. Chceme v lidech vzbudit zájem o vlastní zdraví, a pokud jsou kuřáci nebo v zakouřených prostorách často

pobývají, zdůraznit nutnost preventivních prohlídek,“ říká výkonný ředitel neziskové organizace Onkomaják Tomáš Kruber.

## Nové možnosti terapie

„Nové cílené biologické léky umožňují zasáhnout maligní struktury buňky a zabránit přenosu špatného signálu. Tím se dramaticky zlepšily léčebné výsledky u molekulárně definovaných typů onemocnění. Ani v současnosti však nelze pokročilé onemocnění stoprocentně zastavit. Plné vyléčení s nasazením dalších metod je možné pouze u časných stadií,“ zdůrazňuje přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc. „Posledním hitem klinické onkologie je imunoterapie s použitím nových postupů, které aplikací cílených monoklonálních

protilátek odbrzdí zablokovaný imunitní systém a aktivují vlastní obranu proti nádoru. U rakoviny plic má imunoterapie mimořádný potenciál. Ale ani ta nebude vhodná pro každého,“ dodává prof. Petruželka. Nejdále ve vývoji je přípravek DCVAC/LuCa české společnosti Sotio, který je nyní ve fázi klinického testování u pacientů z 16 onkologických pracovišť v České republice a na Slovensku. Přípravek má i další varianty, jež jsou testovány u nemocných s rakovinou prostaty a rakovinou vaječníků. V prevenci česká populace pokulhává. Na pravidelné preventivní lékařské prohlídky dochází pouze 5 % dotázaných. Podle průzkumu většina z těch, kteří se s rakovinou plic setkali v rodině či blízkém okolí, nepřestala kouřit a ani o tom neuvažuje.

(red)

## K dispozici je nová vakcína proti HPV infekci

Infekce lidským papilomavirem (HPV) jsou příčinou téměř všech zhoubných nádorů děložního hrdla. Každým rokem u nás tímto karcinomem onemocní asi 1000 žen a 400 jich na tuto nemoc umírá. Na rozdíl od jiných typů rakoviny se však proti nádorům způsobeným HPV lze chránit.

Lidský papilomavirus je velmi rozšířený virus přenášený pohlavním stykem, který napadá muže i ženy. Během života se jím nakazí až 80 % populace, a ačkoli s ním většina se jedinců vypořádá, u některých se vyvine karcinom.

## Prevence je možná

Gynekologové provádějí tradičně screening přednádorových stavů, který dokáže včas odhalit změny předcházející nádoru. Polovina žen však na pravidelné každoroční prohlídky nechodí – většina nádorů děložního hrdla se přitom vyskytuje u žen, jež prevenci opomenuly.

Nejde ovšem pouze o karcinom děložního hrdla, papilomaviry také způsobují až 90 % případů rakovin análního otvoru, 70 % případů rakovin vagíny a 40 % případů rakovin vulvy, u kterých screening není možný.

## Nová vakcína

Česká republika je první zemí v Evropě, kde je již dostupná nová vakcína proti HPV – Gardasil 9. Ta poskytuje ochranu proti 9 typům HPV. „Získáváme tak očkování proti 90 procentům původců karcinomu děložního hrdla,“ řekl

předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D. „Pokud existuje jakákoli možnost cíleně zabránit vzniku zhoubného onemocnění, má smysl do ní investovat. Neexistuje žádná záračná pilulka, která by nádorům předcházela, je třeba využít možností, které se nám v současnosti nabízejí,“ podotýká doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Očkování výrazně zvyšuje ochranu proti dalším karcinomům – vulvy, vagíny, anu, penisu, hlavy a krku a chrání také před vznikem genitálních bradavic.

## Výskyt nádorů krku a hlavy stoupá

Varují je fakt, že v posledních 15–20 letech se zvyšuje počet lidí s nádory hlavy. Ty se nyní objevují i u lidí mladších, s vyšším vzděláním, kteří pijí méně alkoholické nápoje a nekouří. „Je to dáno tím, že infekce HPV je čím dál častější,“ říká MUDr. Michal Záborský z Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol. Prevencí vzniku této podskupiny nádorů je jednoznačně očkování.

(red)

## ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

# Psychosomatika uprostřed lesa

„Do lesa? Tam za vámi nikdo nepřijede,“ odpovídali ambulantní specialisté, když se na ně počátkem roku 2004 obracely majitelka a jednatelka Centra komplexní péče MUDr. Dana Jenšová (lékařka ORL) a ředitelka centra, fyzioterapeutka a psychologka Mgr. et Mgr. Jana Týkalová s nabídkou práce v nově zrekonstruovaném centru v ulici Na Vyhlídce č. 582 v Dobřichovicích.

Centrum komplexní péče Dobřichovice (CKP) bylo založeno na konci roku 2001 s cílem vytvoření zdravotnického a výukového zařízení, které by pracovalo „komplexně“ v pohledu na pacienta, ve smyslu týmové práce a v propojení klinické a vzdělávací funkce zařízení.

## Pohled do historie

Architektonické plány, na jejichž základě byla provedena rekonstrukce ordinací v bývalém rekreačním objektu, vycházely z původní vize a představy zakladatelek, že zde bude fungovat malý tým fyzioterapeutů a současně zde budou ordinace pro ambulantní specialisty. Zařízení je situováno mimo centrum obce, ale i tak si sem pacienti rychle našli cestu. Díky odborné fyzioterapeutické práci se postupně začalo mezi pacienty i odesílajícími lékaři rozšiřovat povědomí o širokých možnostech oboru fyzioterapie v léčbě velkého spektra diagnóz, a to nejen v oblasti pohybového systému. Dalším cílem bylo nabídnout i péči rehabilitačního lékaře a klinického psychologa. „Sehnat kvalitního rehabilitačního lékaře nebylo vůbec jednoduché. Pět let jsme fungovali bez něj. Najít někoho, kdo by byl schopen uvažovat komplexním způsobem, bylo složité. Náзор, že dělám pět pacientů do hodiny, se rozhodně neslučoval s mou představou, jak by měla komplexní péče vypadat,“ vysvětluje Jana Týkalová. „V roce 2005 zde začal

působit rehabilitační lékař MUDr. Jan Hnízdil. Osmiletá intenzivní spolupráce byla oboustranně velmi důležitá. Společně se podařilo významně rozvíjet povědomí o komplexním přístupu a psychosomatické mezi laickou i odbornou veřejností. Díky jeho působení v centru sem přijíždělo obrovské množství pacientů z celé ČR. V roce 2013 byla po vzájemné dohodě spolupráce ukončena a MUDr. Hnízdil začal s budováním vlastního zdravotnického zařízení.“ Centrum v roce 2006 dále rozšířilo nabídku o psychologické služby. První klinickou psychologkou byla současná vedoucí týmu psychologů Mgr. Danuše Jandourková. Spolupráce s klinickým psychologem se ukázala jako velmi důležitá v léčbě řady chronických pohybových obtíží i psychosomatických onemocnění pacientů. Skrze psychoterapeutickou a psychosomatickou léčbu klient dospívá k hlubšímu porozumění vlastním obtížím a získává náhled na zdroj a možnosti léčby svých nemocí. Efektivní je tato týmová spolupráce zvláště tam, kde standardní postupy fyzioterapie selhávají, léčba stagnuje nebo se stává neúspěšnou. Centrum tedy v té době nabízelo už tři odbornosti: rehabilitační lékařství, fyzioterapii a klinickou psychologii. Nespokojilo se ale jen s klinikou, jeho zaměstnanci vnímali, že by bylo dobré zaměřit se i na vzdělávání a centrum začalo pořádat klinické semináře, kurzy, konference, praktické workshopy.



Kolegyně z Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie z Vysokého nad Jizerou (zleva) a zástupci CKP (MUDr. Jenšová, Mgr. Lébová, MUDr. Slovák, Mgr. Týkalová) na Dni otevřených dveří CKP | Foto: Zx Jaroslav Tatek

Zajímavým obdobím pro CKP Dobřichovice byl také rok 2008, kdy navázalo spolupráci s dobřichovickým rodákem, zakladatelem rehabilitace v ČR prof. MUDr. Karlem Lewitem, DrSc. Tehdy mu bylo 92 let, ale stále aktivně pracoval a vyučoval, ovšem v Praze. A tak aby každodenním dojížděním za pacienty na pražské Malvazinky neztrácel čas a energii, neboť, jak sám říkal, „nebyl již nejmladší“, byla zde založena ordinace neurologie a myoskeletální medicíny, kterou pan profesor až do roku 2013 vedl. Do CKP tak díky němu přijížděli pacienti, lékaři a fyzioterapeuti z celého světa. V roce 2014 ve věku 98 let bohužel zemřel. Centrum je jedním ze zdravotelů jeho odborné pozůstalosti. „Přemýšlíme jak nejlépe uchovat toto odborné dědictví a jakým způsobem je předávat dál. Například vydat některé jeho knihy, které již vydat nestihl. V dubnu 2016 na počest nedožitých 100. narozenin prof. Lewita pořádáme mezinárodní konferenci věnující se odkazu této světově uznávané osobnosti,“ dodává Dana Jenšová.

## Péče pro miminka i seniory

„Centrum dnes představuje zdravotnické zařízení, které propojuje odbornosti rehabilitačního lékařství, fyzioterapie a psychologie. Jeho součástí je také otorinolaryngologická ordinace. Zařízení nabízí služby pro jednotlivce i celé rodiny všech věkových kategorií, pečuje o nemocné, poradí si i se zdravými. Věnuje se odbornému vzdělávání zdravotníků, ale pořádá také semináře pro laiky, jejichž společným znakem je sebepoznání a seberozvoj. Specifi-

kem je psychosomatický přístup při léčbě pacientů, kteří přicházejí hlavně s poruchami pohybového systému. Při léčbě těchto obtíží vycházíme z předpokladu vzájemného ovlivňování tělesných a psychických funkcí, jejich propojení se způsobem života, který vedeme, s tím, jak zvládáme různé životní situace, i s prostředím, ve kterém se to vše odehrává. Snažíme se zjistit, která z těchto složek převažuje, a navrhneme způsoby, jak tyto jednotlivé oblasti ovlivnit,“ říká ředitelka centra Jana Týkalová. Dnes v CKP pracují celkem 4 rehabilitační lékaři: MUDr. Jan Slovák, MUDr. Helena Ungerová, MUDr. Šárka Krejbičová a primářka centra MUDr. Barbora Danielová, která má jako jedna z mála lékařů v ČR osvědčení pro psychosomatickou medicínu. Centrum se věnuje i vzdělávání v odborné oblasti. „Vedeme zde odborné stáže a výuku pro studenty fyzioterapie z různých fakult, kde se fyzioterapie vyučuje. CKP Dobřichovice je pracovištěm akreditovaným pro výuku klinické psychologie. Díky zakladateli psychosomaticky u nás MUDr. Jiřímu Šavlíkovi se psychosomaticku podařilo dostat z undergroundu do oficiální medicíny,“ podotýká ředitelka Týkalová. „Dnes je psychosomatika nástavbovým oborem pro lékaře. Díky uzákonění oboru psychosomatika jako oficiálního oboru medicíny, personálnímu vybavení a dlouholetým zkušenostem CKP Dobřichovice v tomto roce podalo žádost o akreditaci pracoviště jako výukového centra pro lékaře v nástavbovém oboru ‚psychosomatická medicína‘. Po odborné a právní stránce je akreditace zaštiťována Společností psychosomatické me-

dicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, v jehož výboru pracují Mgr. Týkalová a Mgr. Jandourková,“ uvedla majitelka centra Dana Jenšová.

## Rekonstrukce po 13 letech provozu

Zařízení díky rozšíření nabízených služeb začalo brzy praskat ve švech, jak říká MUDr. Jenšová. Po 13 letech provozu bylo potřeba provést v rámci fungování centra jako celku důležité stavební úpravy, které pomohly k efektivnějšímu propojení ordinací v přízemí s prostory ve 2. patře. Kromě bytových prostorů jsou tam kanceláře, kuchyně a zázemí pro terapeutů. Projekt počítal i s vybudováním centrální chodby od hlavní recepce, s vytvořením nového počítačového propojení obou pater a místa pro server a s vybudováním multifunkčního prostoru, který by poskytoval možnost vytvořit 2 terapeutické místnosti a tělocvičnu a zároveň by bylo možné jej otevřít pro pořádání konferencí až do počtu 50 osob. Toto se podařilo díky technologii mobilních přiček. Důležitou součástí tělocvičny (seminární místnosti) je akustický strop. Největší novinkou je velký multifunkční sál, který bude sloužit pro pořádání skupinových programů, vzdělávacích seminářů, workshopů a konferencí. Tým centra se vždy snaží svou práci stavět na propojení oborů rehabilitačního lékařství, fyzioterapie a psychologie. Speciálním diagnostickým programem, který zde již několik let nabízejí, je tzv. komplexní psychosomatické vyšetření. Jde o velmi podrobné vyšetření pacienta v týmu 3 odborníků.



Mgr. Hana Sladká při individuální fyzioterapii

# Česká urologie 2015


Ve dnech 21.–23. října 2015 v Olomouci proběhla již 61. výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP.

**N**a každoročně nejvýznamnějším setkání oboru u nás bylo přítomno 750

lékařů, 250 sester a 200 zástupců firem. Za celou svoji historii tak nově a nově materiály tak, aby zde

kordní účast. Konference je rozdělena na lékařskou a sesterskou sekci a tematicky představuje průřez

celým oborem urologie. Na kontinuálním zvyšování počtu registrací má podíl nejen již tradičně vysoká úroveň odborného programu pro lékaře, ale i nárůst účasti sester a rozšiřování programu jejich sekce. Značnou atraktivitu lékařské části konference už několik let zvyšují i technicky a organizačně velmi náročné, ale perfektně zvláda-

né živé přenosy z operací. Program konference tvořily spolu s přednáškami a přenosy také diskutované i nediskutované poky. Ty byly už několik týdnů předem na webu ČUS ČLS JEP a na místě byly k dispozici nahrané v elektronických kioscích. Souhrnem s přednáškami bylo v lékařské sekci 146 a v sesterské 33 sdělení. 

## Udržet rozsah a dostupnost oboru ve všech jeho částech

V závěru konference jsme požádali o rozhovor přednostu Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol, předsedu České urologické společnosti ČLS JEP a člena vědeckého výboru konference prof. MUDr. Marka Babjuka, DrSc.

**Celý první den jste věnovali edukačním kurzům České akademie urologie. Proč tady dostávají takový prostor a jaká témata jste zvolili pro letošek?**

Edukačním kurzům věnujeme velkou pozornost každoročně, smyslem konference je nejen prezentovat svoje zkušenosti, ale i získat nové informace o tom, co je v urologii aktuální. V letošním ročníku jsme se v rámci edukace hodně zaměřili na zobrazovací metody. První kurz byl k dopplerovskému vyšetření v urologii. Zvolili jsme ho i proto, že urologové mají nově z hlediska legislativy širší pole možností v provádění dopplerovské sonografie. Druhý kurz byl zaměřen na zobrazovací metody u karcinomu prostaty. Naší snahou je, aby urologové tyto metody využívali skutečně „up to date“. Další kurz byl zaměřený na traumatologii v urologii. Edukace je nezbytná i v oblastech, kde působí menší podíl urologů, proto jsme uspořádali i kurz k dysfunkcím močových cest u dětí. Nutné penzum znalostí o dětské urologii by měli mít všichni urologové, tedy nejen ti se subspecializací na dětskou urologii.

**Edukovat chcete nejen odborníky, ale i veřejnost. Máte i v tomto směru konkrétní cíle?**

Tím zásadním samozřejmě je, aby veřejnost měla základní informace o našem oboru. I laici by měli mít představu, čemu se urologie věnuje, jaké příznaky mají urologická onemocnění a které z nich by je měly vést k návštěvě urologa. K tomu využíváme pravidelné PR kampaně. Každý rok zvolíme téma, jemuž se věnujeme hlouběji a snažíme se ho k veřejnosti komunikovat konkrétněji. Zásadní význam má ale i systematická práce

na patientské části webových stránek ČUS ČLS JEP, která je veřejně přístupná na: [www.cus.cz/pro-pacienty](http://www.cus.cz/pro-pacienty). Připravujeme a přidáváme stále nové a nové materiály tak, aby zde pacient získal komplexní a správné informace.

**Přímo na konferenci přišel natáčet i štáb České televize. Co se diváci ČT dozvěděli?**

Každoročně se snažíme, aby informování směrem k veřejnosti kulminovalo k termínu této konference a aby stěžejní téma odpovídalo jejím tématům. Sdělení veřejnosti jsme proto letos zaměřili na nádory ledvin. Česká republika v jejich incidenci celosvětově zaujímá jedno z předních míst, řadu let jsme byli dokonce zemí s nejvyšším výskytem na světě. Díky dobré diagnostice se daří řadu případů zachytit ve stadiu, kdy jsou ještě ohraničené na ledvinu a kdy jedinou účinnou metodou léčby je léčba operační. Naší snahou bylo veřejnosti objasnit, že se snažíme, je-li to možné, odstranit pouze nádor, nikoli celou ledvinu. Vysvětlovali jsme i techniku operace, zejména trend provádět výkon miniinvazivně, například laparoskopicky nebo nejmoderněji roboticky. Výhodou robotiky je, že rozšiřuje možnosti provedení výkonu miniinvazivně i na větší a nepříznivě uložené nádory. Laparoskopicky lze totiž výkon provést jen u vybraných a vhodně lokalizovaných nádorů. Diváci viděli ze záznamu i část přenosu z operačních sálů, konkrétně techniku laparoskopické a robotické operace ledviny. K tomu je ale třeba dodat, že z prostředků zdravotních pojišťoven je z roboticky prováděných úkonů hrazena pouze radikální prostatektomie, resekce ledviny nikoli, což

je v rozporu se zeměmi na západ od nás. I na tento aspekt je nutné upozornit. Rozhodně by se měla najít cesta jak robotickou operativu dále rozšiřovat nejen počtem adekvátně umístěných přístrojů, ale i spektrem hrazených indikací. Pak budeme moci provádět tyto výkonu způsobem již běžným v západních zemích.

**Celý živý přenos viděli účastníci konference, vzbudil mezi nimi obrovský zájem a ohlas. Co sledovali?**

Urologové v přednáškovém sále přenos nejenom sledovali, oni i aktivně kladli dotazy moderátorům v sále i operujícím lékařům, transfer byl vizuální i zvukový. Šlo o živé 3D přenosy operací z Urologické kliniky FN Plzeň a Kliniky urologie a robotické chirurgie – Centra robotické chirurgie Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. V Plzni tým profesora Milana Hory laparoskopicky resekoval tumor ledviny a zároveň probíhala v Ústí roboticky asistovaná resekce se stejnou indikací. Operoval přednost urologické kliniky MUDr. Jan Schraml, Ph.D.

**Ve své praxi se věnujete hlavně diagnostice a léčbě nádorových onemocnění v urologii. Na které hlavní trendy je třeba upozornit?**

Zásadní je otázka prevence onemocnění, respektive jejich časného zachytu, pozornost je tomu věnována zvláště u karcinomu prostaty. Diskutována je stále otázka screeningu. Bylo prokázáno, že screening u mužů ve věku 50–75 let pomocí testu PSA snižuje riziko úmrtí na karcinom prostaty, stále ale přetrvávají obavy z „overdiagnosis“ a „overtreatment“ – tedy z rizika zachytu nevýznam-

ných nádorů, které není nutno léčit. Proto není v současné době plošný screening doporučován, doporučujeme však strategii časné detekce karcinomu prostaty u informovaných mužů. Dle této strategie by měli muži po dosažení věku 50 let, kteří mají zájem aktivně pečovat o svoje zdraví, zvážit návštěvu urologa. Ten jim vysvětlí pozitivita i negativa a v případě souhlasu pacienta provede vyšetření a testování na PSA. U nás v tuto chvíli spolupracujeme s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, která by chtěla takový program podporovat. Projekt se už rozjíždí a je naprosto v souladu s názorem a doporučeními České i Evropské urologické společnosti (EAU). Mimořádně významným trendem je zlepšení diagnostiky urologických nádorů pomocí zobrazovacích metod. Například u karcinomu prostaty stále více vstupuje do primární diagnostiky magnetická rezonance (MRI). Nové sonografické přístroje mají dokonce software schopný zpracovat obraz z MRI a fakticky provést fúzi sonografického a MRI obrazu. Biopsii potom vedeme do míst suspektních nejen na dosud rutinně prováděném ultrazvuku, ale i do těch, která se jevila jako podezřelá na MRI. Nové metody ale vstupují i do diagnostiky nádorů ledvin nebo močového měchýře. V terapii dnes jednoznačně převládá snaha po miniinvazivitě operačních výkonů včetně už zmíněné laparoskopie a robotiky. U pokročilých fází urologických nádorů, kde se na léčbě urolog rovněž podílí, se v poslední době objevila řada nových preparátů, platí to hlavně u karcinomu prostaty. Tyto léky prodlužují život, ale pacienta bohužel nevyлéčí. Stále tedy zdůrazňujeme kurativní roli operační léčby lokalizovaných

nádorů a s tím související význam časné detekce nádorů.

**V Evropské urologické společnosti jste předsedou skupiny pro tvorbu guidelines u povrchových nádorů močového měchýře. Česká urologie nějaká zásadní změna?**

Připravujeme upgrade guidelines, vyjdou v roce 2016. Dramatická novinka v nich nepochybně nebude. Jsem také členem komise, která se v EAU věnuje edukaci. V současné době připravujeme e-learningový kurz o léčbě nádorů močového měchýře a klade me velký důraz na praktickou výuku, laparoskopické trenažery, trenažery na endoskopické výkony. Snažíme se to inkorporovat do edukačních aktivit i v České republice.

**V průběhu konference proběhla schůze ČUS ČLS JEP. Rozhodnutím výboru na vás opět dopadlo předsednictví. Stejý z úkolů, jež před vámi nyní stojí, zřejmě bude nejobtížnější?**

Hlavním i nejobtížnějším úkolem je udržení rozsahu oboru i jeho dostupnosti. Urologie v některých oblastech těsně sousedí s jinými obory, například s gynekologií v oblasti léčby inkontinence nebo s onkologií v léčbě pokročilých forem urologických malignit. Zdůrazňujeme přítom, že urolog není výhradně operátor, ale podílí se i na diagnostice a medikamentózní léčbě, klíčovou roli navíc hraje i při sledování pacientů, včetně těch s urologickými nádory. Musíme se samozřejmě snažit, aby urologie byla progresivní obor, který si nejen zachovává svůj rozsah, ale také jej rozšiřuje o moderní postupy. Je třeba podporovat implementaci moderních metod, k čemuž musíme zajistit edukaci urologů a vytvořit i finanční podmínky včetně úhrad. Vstupu nových metod však systém fungování českého zdravotnictví není zcela nakloněn. Přetrvávají bariéry dané například budgetovými systémy plateb. Je to obtížná situace a my se musíme snažit podporovat její zlepšování, a to i na poli edukace nebo třeba legislativních podmínek. Je to mravenčí práce a je třeba jí dělat s rozmyslem a vizí do budoucna.

## ODBORNÉ AKCE

# Symposium o možnostech léčby OAB

V rámci 61. výroční konference České urologické společnosti proběhlo i několik satelitních symposií. Jedno z nich bylo věnováno klinickému syndromu označovanému jako hyperaktivní močový měchýř (OAB). Dva příspěvky patřily jeho léčbě mirabegronem.

Symposium moderoval přednosta Urologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc. V úvodu přednáškového bloku zazněl příspěvek přednosty Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Aloise Martana, DrSc. Jedním z témat jeho přednášky byla perzistence na léčbě OAB mirabegronem a výsledky recentní české studie MIRACL (MIRAbegron Clinical trial) platformy INKOboard.

### Nežádoucí účinky versus efekt léčby

Klinický syndrom označovaný jako hyperaktivní močový měchýř je závažný zdravotní problém s vysokou prevalencí zejména u žen, s jasným trendem nárůstu výskytu s věkem (ve skupině žen nad 65 let věku stoupá přítomnost OAB až na 30,9 %). Jeden z nejčastějších zdravotních problémů dospělé populace postiženým výrazně komplikuje běžný život. OAB se projevuje komplexem symptomů dysfunkce dolních močových cest a zahrnuje symptomy urgencye, a to s nebo bez urgentní inkontinence moči, obvykle s častým močením během dne a noci. OAB je chronickým stavem vyžadujícím změnu životního stylu a dlouhodobou medikamentózní léčbu. Nejen změna životního stylu, i samo dlouhodobé setrvání na indikované farmakoterapii často bývá pro pacienta problémem.

Lékem první volby bývají u OAB parasymptolytika, neplatí to však vždy. Tyto léky sice zmenšují příznaky OAB, ale u některých pacientů jsou sdruženy s nežádoucími účinky (nejčastěji jimi bývá sucho v ústech, mlhavé vidění a obsta-

ce) a jsou přímo kontraindikovány zejména u glaukomu s uzavřeným úhlem. Při medikamentózní léčbě OAB je nutné sledovat jak její adhezenci (*compliance*), tak i perzistenci. Je zřejmé, že pokud nežádoucí účinky převládají nad efektem léčby, pacienti léčbu často přerušují. „Z vyhodnocení dat zdravotní pojišťovny jsme zjistili, že po 1 roce setrvalo na léčbě anticholinergiky pouze 18,5 procenta pacientů. Největší pokles nastával během prvních 3 měsíců, po 3 měsících už setrvalo na léčbě jen 26 procent pacientů, ti ostatní léčbu přerušili,“ uvedl profesor Martan. Podle studie Waaga et al. je perzistence na anticholinergikách přibližně 40 %. Perzistence u léčby této nozologické jednotky anticholinergiky je tedy nízká.

### Studie MIRACL

Nově doplňuje možnost terapie OAB mirabegronem,  $\beta_3$ -adrenoreceptorový agonista, který signifikantně zlepšuje klíčové symptomy OAB a má lepší tolerabilitu než anticholinergika. Mirabegron způsobuje relaxaci měchýře, čímž dochází ke zvýšení jeho kapacity. Tato léčba 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. Ukázala to i již zmíněná prospektivní multicentrická klinická studie MIRACL, která 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 udávaná v jiných studiích.



Zleva doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D., prof. MUDr. Alois Martan, DrSc., a prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc. | Foto: archiv pořadatele

Spolupráce na studii probíhala na pracovištích v rámci Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN, Urologické kliniky 1. LF UK a VFN, Urologické kliniky FN Ostrava, urologického oddělení Thomayerovy nemocnice, Urogynnekologické ambulance GONA, Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Ústavu pro péči o matku a dítě a Uromeda, s. r. o. Studie MIRACL byla zahájena v květnu 2014 a probíhala jeden rok. Zařazeno do ní bylo 206 pacientů, z toho 176 žen, všichni respondenti byli starší 18 let. Z respondentů 86 % dříve užívalo anticholinergika, v průměru 2 roky. Kontrolní vyšetření pacientů bylo provedeno po 6 měsících od zahájení léčby mirabegronem a zjišťováno při něm bylo, kolik respondentů přerušilo léčbu mirabegronem a z jakého důvodu se tak stalo.

### Výsledky studie

Jak bylo zjištěno, léčbu přerušilo 27 % pacientů, 73 % zůstávalo 6 měsíců na léčbě a pokračovalo v ní dále. Ve skupině těch, kteří léčbu přerušili, k tomu byl nejčastějším důvodem její nedostatečný efekt (43 %), pouze u 4 % nežádoucí účinky (tachykardie, podráždění spojivek, bolesti břicha a vaskulitida). Nebyl zaznamenán žádný rozdíl v perzistenci u mladší a starší skupiny pacientů. Perzistenci na léčbě také neovlivnila předchozí léčba jiným farmakem. Z výsledků hodnocení efektu léčby na škále TS-VAS (průměrná hodnota byla 77,5 z možných 0–100 bodů) bylo zřejmé, že pacienti byli s výsledkem léčby spokojeni, značný pokles stupně obtíží prokázalo i šetření pomocí dotazníku PPBC. V průběhu studie s mirabegronem 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 %) perzistencí na léčbě OAB mirabegronem po 6měsíční léčbě, na anticholinergikách po 6 měsíční léčbě je přibližně 40 %.

U mirabegronu neplatí teze o ukončení léčby nejčastěji v prvním čtvrtletí užívání léku. „Studie MIRACL potvrdila hypotézu, že perzistence na léčbě mirabegronem bude při šestiměsíční kontrole vyšší než u anticholinergik. Důvodem je malé množství nežádoucích účinků léku a jeho dobrý léčebný efekt,“ uzavřel profesor Martan.

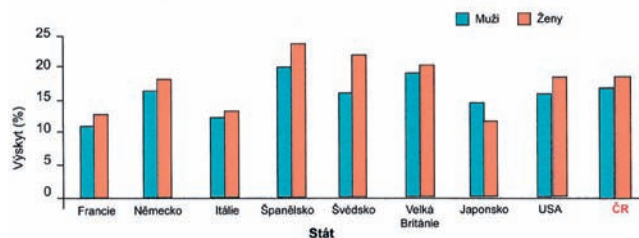
### Body mass index, OAB a mirabegron

S prezentací výsledků platformy INKOboard nazvanou „Vliv body mass indexu (BMI) na efektivitu léčby hyperaktivního měchýře mirabegronem u žen“ vystoupil u olomoucké konferenci primář urologického oddělení Fakultní nemocnice Ostrava doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.

„Jak všichni víme, hyperaktivní močový měchýř má zásadní dopad na kvalitu života pacientů. Urologům empiricky stejně známý je i fakt, že metabolický syndrom a obezita jsou potvrzenými rizikovými faktory pro vznik inkontinence moči a OAB. Nyní máme k dispozici nový lék k terapii OAB, jímž je  $\beta_3$ -adrenoreceptorový agonista mirabegron. Zatímco účinnost tohoto léku již byla prokázána v řadě studií, data srovnávající efektivitu mirabegronu v závislosti na BMI zatím nebyla publikována,“ uvedl doc. Krhut. Respondenty studie, která si vytkla za cíl zjistit právě zmíněnou souvislost, byla skupina celkem 169 žen s OAB (věk  $62,7 \pm 12,31$  let). Léčeny byly po 3 měsíce jednou dávkou (50 mg) mirabegronu denně. Do finální analýzy bylo zahrnuto 165 pacientek. Stratifikovány byly do 3 skupin podle hmotnostního indexu. Zatímco pacient-

ky ve skupině A měly normální hmotnost (BMI 18,5–24,9), skupina B měla na nadváhu (BMI 25–29,9) a do skupiny C byly zařazeny obezní pacientky (BMI  $\geq 30$ ). Hodnocení parametry byly mikční deník, OAB dotazník (OAB-q SF), Patient's Perception of Intensity of Urgency Scale (PPIUS) a vizuální analogová škála pro obtěžování urgencí (VAS-UB). Srovnávání proběhlo před léčbou a po 3 měsících léčby mirabegronem.

Co se týče výsledků léčby, bylo zjištěno, že ve třech skupinách rozdělených podle BMI bylo dosaženo signifikantní redukce obtíží ve všech sledovaných parametrech. Při srovnávání jednotlivých skupin mezi sebou byla až na jedinou výjimku (Total urgency grade 4 episodes/24 h difference) účinnost u skupin A, B i C stejná. „Vycházeli jsme z poznatku, že významná část pacientek, konkrétně 150 ze 165, v našem výzkumu už byla dříve léčena, měly zkušenost s předchozí anticholinergní léčbou. Pokračovali jsme a zjistili jsme, že 86 pacientek bylo na předchozí léčbu non-respondery. Předchozí léčbu tedy přerušily ne kvůli nežádoucím účinkům, ale jako nedostatečně účinnou,“ vysvětlil docent Krhut. „Na této skupině jsme provedli prakticky stejnou analýzu jako u předchozího souboru a opět jsme zjistili nárůst počtu závažnosti urgencí spolu se zvyšováním BMI. Jinak řečeno, obezní pacientky mají horší projevy onemocnění. Při léčbě mirabegronem dosáhli pacienti ve všech třech skupinách signifikantního zlepšení téměř ve všech sledovaných parametrech. Na mirabegronu nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl mezi skupinami pacientek podle BMI. Znamená to, že není třeba adjustovat iniciační dávku mirabegronu podle BMI. Samozřejmě ale je možno adjustovat ji v průběhu léčby v závislosti na její účinnosti,“ shrnul docent Krhut.



Výskyt OAB u dospělých osob starších nebo rovno 40 let

Stewart WF, et al. World J Urol. 2003;20:327-336. Homma Y, et al. ICS, 2003.

Představujeme publikaci

# Geriatrická onkologie



Publikace nabízí komplexní informace o starším onkologickém pacientovi. Určena je nejen onkologům, ale také neonkologicky zaměřeným specialistům a praktickým lékařům. Starší nemocní s nádorovými chorobami, nezdědka duplicitami či triplicitami, trpí obvykle řadou dalších aktuálně léčených chorob. Kniha si klade za cíl usnadnit mnohdy velmi obtížné rozhodování v oblasti polyfarmakoterapie, posuzování celkového stavu seniora ve vztahu k předpokládanému diagnostickému či terapeutickému procesu a samozřejmě i při výskytu komplikací léčby nádorového onemocnění či dekompenzace onemocnění ostatních v kontextu existující malignity. Cílem publikace není vytvářet rozsáhlou onkologickou učebnici rozšířenou o specifika pro geriatrické pacienty, ale naopak postihnout a zdůraznit odlišnosti a specifika u jednotlivých diagnóz pacientů vyššího věku. Složení autorského kolektivu odráží realitu každodenní péče o tyto pacienty a zahrnuje základní odbornosti (geriatr, chirurg, onkolog...).

**Autoři: Hana Matějovská Kubešová, Igor Kiss et al.**

**Doporučená cena 580 Kč**

Při objednání na **knihy.cz** sleva 20%

**MEDICAL SERVICES**

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

**mf**  
MLADÁ FRONTA

## ROZHOVOR

# S rakovinou jde o život

## – kdo by si vzpomněl na sex?

„Od psychologa bychom měli odcházet s pocitem porozumění, podpory, náhledu a nadhledu nad situací, se kterou jsme za ním přišli. Odcházet bychom měli plní síly a energie k tomu, abychom se vyrovnali se svými těžkostmi a nasměrovali své kroky k cestě za svým cílem,“ říká **doc. PhDr. Dr.phil. Laura Janáčková, CSc.**, sexuoložka a psychologka, která se jako jedna z mála u nás věnuje onkologicky nemocným pacientům.

### Spoustu let pomáháte onkologickým pacientům i jejich partnerům a rodinám. S čím tito lidé nejčastěji přicházejí právě za psychologem?

Za onkopsychologem nemocní přicházejí v době, kdy je velmi potřebné, aby zmobilizovali všechny svoje síly na boj s onkologickým onemocněním. V ordinaci se s nimi setkávám, abych jim byla v tomto boji nápomocná. Bojují o svůj život. Na začátku všeho se ale potýkají se ztrátou identity, strachem ze stigmatizace. Postupně přichází ztráta aktivit, prostě na ně chybějí síly. Potom se musí nemocný vyrovnat se ztrátou autonomie. Pocit nezranitelnosti, který má zdravý člověk, je najednou vážně narušen. A v neposlední řadě bojuje se strachem. Strachem ze smrti, bolesti, utrpení, osamocení, strachem ze ztráty feminity, maskulinity a také se strachem ze ztráty lidské důstojnosti. Spolu s nemocnými ale o život svých nejbližších chce bojovat i rodina, manželé, manželky, děti či přátelé. I těm je třeba poskytnout radu, nabídnout porozumění i útěchu, aby byli účinnými pomocníky, spolubojovníky a průvodci v jednom z nejtěžších období života toho člověka.

### S rakovinou jde o život, kdo by si vzpomněl na sex... Je to opravdu tak?

Je a není. Během rozhovorů o nádorovém onemocnění málokoho napadne zeptat se, jak to je se sexem. Boj s nemocí přináší úplně jiné starosti a komunikace o sexu nám často připadá nedůležitá, když vlastně jde o život. A přesto – právě v tomto období potřebujeme tělesnou blízkost a projev lásky svého partnera. V období, kdy se nemáme sami rádi, máme nízké sebevědomí a své partnery někdy paradoxně chráníme tím, že je máme raději než sebe, a proto je odstrkujeme v domnění, že nemůžeme být ani v nejmenším přitažliví. Strach z tělesné blízkosti je však i na té druhé straně, na straně zdravých partnerů. Strach racionální, aby neublížili,

aby se nedotkli, aby nebyli dotěrní, vyvolává ochromení a nena-vozuje duševní atmosféru sexuálního naladění. Setkáváme se ale i s iracionálním strachem partnerů, třeba aby se nenakazili, nebo dokonce s fámou, že chemoterapie prostřednictvím tělesných tekutin může působit i na ně, a s podobnými nesmysly. Sobectví a osobní nezralost vedou ke komunikačním chybám a ztrátě vztahu. Přibližně jedna třetina partnerských vztahů prodělá pod vlivem nádorového onemocnění natolik závažné změny, že vztah skončí rozvodem nebo rozchodem. Máme-li problémy ve vztahu, je jen otázkou času, kdy se objeví problémy v partnerském sexuálním životě. Nicméně platí to i obráceně. Pokud máme problémy v sexu, je jen otázkou času, kdy se projeví v partnerském vztahu.

### Provázejí onkologická onemocnění nějaké typické sexuální problémy?

Ano, dokonce velmi často. Více než tři čtvrtiny pacientů uvádějí problémy v sexuální oblasti, které u nich vznikly právě v důsledku nádorového onemocnění. Často se setkáváme s poklesem sexuální aktivity a schopnosti sexuálního prožitku. Mnoho žen má potíže s dosažením orgasmu, často bývají způsobené vlivem psychické zátěže, nedostatečným uvolněním a podobně. Léčba nádorového onemocnění může být i příčinou bolesti při styku, kterou někdy může vyřešit i obyčejný lubrikační gel. Psychická zátěž může způsobovat u mužů funkční sexuální poruchy, nejčastěji jde o poruchy erekce nebo sexuální apetence. Všechny tyto problémy ale jde více či méně řešit, a právě proto je třeba o nich začít i mluvit.

### I v době robotiky a laparoskopie mají muži po operaci nádorů prostaty hrůzu z možné impotence. Mluví se s nimi někdo o jejich obavách?

Jednou z nejdůležitějších součástí komunikace je informovanost pacienta. V roce 2013 jsem měla mož-



Foto: archiv doc. Janáčkové

nost účastnit se výzkumu TAPE, který byl zaměřený na komunikaci lékařů urologů a onkologických pacientů. Podle výsledků Česká republika pokulhává za možnostmi okolních zemí. Lékaři často nemají dostatek času na to, aby pacientovi mohli jeho zdravotní situaci a léčebný postup vysvětlit tak, aby nemocný vše pochopil. Podle průzkumu se lékař věnuje sdělení diagnózy a následného postupu průměrně 15 minut, což je z pohledu nemocného nedostačující. Pacient je pak často odkázán na informace, které si sám opatří z internetu nebo jiných zdrojů. Tyto informace nejsou vždy relevantní a mnohdy se podílejí na zhoršení psychického stavu pacienta.

### Nejen někteří onkologičtí pacienti jsou ochotní doufat v uzdravující sílu žraločích ploutví, případně terapii konzultují s lunárním kalendářem. Setkáváte se s obdobnými nápady i v sexuologické praxi? A jde je úplně zavrhnout?

Důvodů, proč se lidé uchylují k alternativním druhým léčbám, je řada. Někteří volí „alternativu“ proto, že v rámci první svépomoci nechtějí užívat chemické přípravky. Mnoho lidí však hledá po-

moc v alternativní medicíně také v situaci, kdy mají reálný či subjektivní pocit, že klasická medicína již nemá účinné možnosti pro jejich léčbu. Sama se v praxi u svých onkologických pacientů setkávám právě s touto snahou v boji o život. Je však nutné mít za všech okolností na paměti, že alternativní medicína není omnipotentní a že by měla probíhat vždy ruku v ruce či nejlépe ve vzájemné spolupráci s klasickou medicínou podloženou vědeckými základy. To platí ve stejné míře i u potravinových doplňků slibujících zvětšení penisu nebo jeho erekci. Zvětšení penisu medikamenty je nesmysl a vliv jiných léků na léčbu erektilní dysfunkce než těch, které předepíše lékař, je na úrovni placebo efektu.

### Jsou sexuální dysfunkce obecně u mužů právě tím problémem, kterým s vámi nejčastěji řeší?

Většina mých klientů konzultuje primárně spíš vztahové problémy, ale musíme si uvědomit, že potíže s erekcí řeší kolem padesátky téměř polovina mužské populace a s věkem procento adekvátně roste. Muž sám se za tyto „nedostatky“ stydí a odbornou lékařskou pomoc vyhledá bohužel méně než desetina mužů, jichž se to

týká. Ale s poruchami erekce se ve svém životě setkal téměř každý muž. U mužů ve vyšším věku bývají příčiny mnohdy fyzické, u mladých mužů jde častěji o psychologické problémy. Erektilní dysfunkce může být způsobena řadou psychologických faktorů, ale též nemocí či léky. Právě proto by nikdy neměla být podceňována. Dobrá erekce je totiž často označována za mužský barometr zdraví. Mezi fyzické příčiny poruch erekce samozřejmě patří alkoholismus, únava, ale – jak lékaři vědí – například i hypertenze a cévní onemocnění. Porucha erekce může být dokonce prvním příznakem některého z těchto onemocnění, měla by muže varovat, protože zdaleka nemusí být právě erekce to jediné, co mu schází. Je třeba však zdůraznit, že pro získání a udržení erekce máme v současné době poprvé v historii kvalitní a velmi účinné léky. Vždy je však nutné vyhledat odbornou pomoc u svého praktického lékaře, urologa či sexuologa. Stud zde není na místě. Není čeho se bát a výsledek někdy stojí za to.

### Od lékaře je u nás zvykem odnést si recept, bez něj se cítíme ožizeni. Od psychologa máme jít domů s radou, jinak to nebyl dobrý psycholog?

Někteří psychologové kompenzují lékařský recept obecným testem, nesmyslnou diagnostikou nebo jednoznačnou, jasnou radou. Přesto si myslím, že vyplněný test ani rada nejsou tím nejdůležitějším, s čím by měl člověk právě od něj jít. Od psychologa bychom měli odcházet s pocitem porozumění, podpory, náhledu a nadhledu nad situací, se kterou jsme za ním přišli. Odcházet bychom měli plní síly a energie k tomu, abychom se vyrovnali se svými těžkostmi a nasměrovali své kroky k cestě za svým cílem.

**Pokud mluvíme o cílech, své vlastní mají konečnou i armády nešťastníků prchajících do Evropy. Mohlo by být profitem z exodu zvýšení bídné natality nás Evropanek? Máme šanci? A co budou mladí uprchlíci mailovat domů kamarádům, až narazí na feministky? Natalitu Evropanek nám neevropsí imigranti určitě nezvýší, protože jejich asimilace ve zcela odlišných podmínkách nebude rychlá a ani jednoduchá. Pochopitelně ale mohou zvýšit celkovou natalitu v Evropě, a to díky své preferenci větších rodin. A ty dojmy z feministek... Jejich kulturní odlišnost je, myslím si, z velké části setkání s feministkami ušetří.**

# Poučení z propuknutí infekce MERS-CoV v Jižní Koreji

Od první identifikace koronaviru blízkoýchodního respiračního syndromu (MERS-CoV) v roce 2012 tento virus nakazil 1289 lidí (údaje k červnu 2015) s téměř 40% mortalitou. Před nedávnem propukla nozokomiální infekce MERS-CoV v Jižní Koreji, kde virus nakazil 126 lidí a způsobil 13 úmrtí. Zdrojem šíření byl infikovaný pacient, který se vrátil ze Středního východu.

Poté, co jihokorejské ministerstvo zdravotnictví v květnu 2015 ohlásilo ve své zemi výskyt MERS-CoV, který měl do poloviny června tohoto roku za následek největší cluster onemocnění se 126 nakaženými a 13 úmrtími, objevily se obavy, zda se nejedná o začátek nové epidemie, jako byla SARS.

## Index case a šíření nákazy

Prvním případem (*index case*) byl 68letý pacient, který před návratem do Jižní Koreje 4. května t. r. navštívil Saúdskou Arábii, Bahrajn a Katar. Jihokorejské ministerstvo zdravotnictví oznámilo,

že pacient, zpočátku asymptomatický, v období od 11. do 20. května při zhoršujícím se stavu (horečka a kašel) vyhledal lékařské ošetření ve čtyřech různých zdravotnických zařízeních. Mezitím měl řadu kontaktů s rodinnými příslušníky, pacienty a zdravotnickým personálem, což vedlo k propuknutí nozokomiální infekce. Ta se postupně rozšířila do dalších pěti zdravotnických zařízení, kam byly převezeny sekundární případy infekce a ty měly za následek další šíření nákazy a vznik terciárních případů. Podle dostupných údajů Světové zdravotnické organizace se doba expozice pohybovala v roz-

mezí 5 minut až několika hodin, inkubační doba mezi 5 a 12 dny. V polovině června hlásí Jižní Korea více než 3 tisíce lidí v karanténě, v okolí výskytu infekce je uzavřeno 700 škol. Jižní Korea se stává třetí zemí nejvíce postiženou epidemií MERS-CoV po Saúdské Arábii a Spojených arabských emirátech.

## Přenos z velbloudů?

MERS-CoV byl poprvé identifikován v Saúdské Arábii v červnu 2012. Nemoc pak byla postupně importována z Arabského poloostrova do 23 zemí. Počáteční symptomy zahrnovaly kašel a mírnou horečku, následně docházelo

k rozvoji pneumonie, syndromu akutní respirační tísně, respiračnímu selhání a mnohočetné orgánové dysfunkci. Pozorovány však byly i lehké případy onemocnění. MERS je zoonózou, pravděpodobně se na člověka přenáší z velbloudů, kteří sami jsou bezpříznakoví.

Jihokorejská epidemie je unikátní v tom, že zahrnuje největší cluster pacientů, na jehož počátku je jediný případ nákazy vedoucí ke třem generacím virového přenosu. Ačkoli mezi lidský přenos infekce byl v minulosti pozorován u několika případů, udává se dosud jako nepotvrzený.

## Zlepšit kontrolu infekčních nemocí

Aktuální epidemie MERS zahrnující nákazu zdravotnického personálu, spolupacientů prvního nakaženého a jejich rodinných příslušníků přinesla určité znepokojení a otázku, zda je dosavadní kontrola infekčních nemocí dostatečná a MERS diagnostikován včas. Období mezi prvním případem nákazy a potvrzením nákazy hraje totiž klíčovou roli v šíření infekce v komunitě či zdravotnickém zařízení. Čím je toto období delší, tím více se infekce rozšíří. Nástroje kontroly infekčních nemocí by proto možná měly být revidovány jak na úrovní, tak na mezinárodní úrovni.

(Zdroj: Khan A, Farooqui A, Guan Y, Kelvin D. Lesons to learn from MERS-CoV outbreak in South Korea. J Infect Dev Ctries 2015; 9(6): 543-546.) (asa)

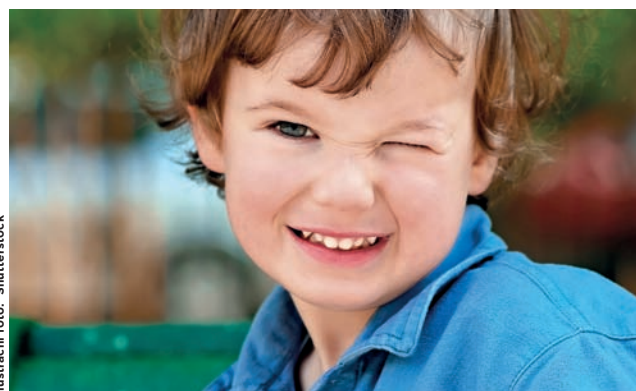
# Optimalizace léčby dětských hemofiliků

Úroveň léčby hemofilie v dětském věku předurčí další život hemofilika. Podaří-li se díky efektivní a moderní léčbě zabránit poškození pohybového aparátu dítěte, má šanci na normální život i v dospělosti.

## Medicínské aspekty léčby

Pokud se u dětského hemofilika zvolí léčba, která významně sníží riziko vzniku inhibitoru (nejčastěji vznikne během prvních 100 dní expozice léčebně podávanému faktoru krevního srážení, tedy v průběhu prvních 2-3 let života dítěte), odrazí se to pozitivně nejen na jeho kvalitě života, ale i v ekonomických aspektech léčby.

Použití profylaxe (preventivního podávání koncentrátů chybějících faktorů krevního srážení) významně zmírní rozsah a v ideálním případě zabrání rozvinutí postižení pohybového aparátu. V případě, že díky této léčbě hemofilik krvácí do kloubů jednou, maximálně dvakrát za rok, je pak lidské tělo schopno tento malý počet krvácení zvládnout vlastními regeneračními mechanismy bez dalších následků. Ideální je tzv. profylaxe primární, která začíná kolem prvního roku věku dítěte, často před prvními významnými projevy krvácení.



## Prevence a zvládnutí inhibitoru

Profylaxe je navíc schopna o 60 % snížit riziko vzniku inhibitoru (protilátky, kterou si tělo vytváří proti léčebně podávanému faktoru srážení a jež tento faktor neutralizuje), tedy nejobávanější a nejnákladnější komplikace hemofilické léčby. Pro děti, u nichž se inhibitor vyskytne (v ČR cca 26 % dětí s těžkou hemofilií A), je pak určena tzv. imunotoleranční léčba. Ta v 80 % případů dokáže inhibitor eliminovat. I zde však pla-

tí, že prevence je vždy účinnější a levnější než léčba následků. Díky tomuto přístupu patří dnes populace českých dětí k těm s nejnižším výskytem inhibitorů v Evropě a medián počtu kloubních krvácení u našich dětí je v současné době 2 ročně.

## Ekonomické aspekty léčby

Kromě široké dostupnosti profylaxe pro děti s těžkou formou hemofilie v ČR (88,9 %) se stále častěji setkáváme s její personalizací podle

farmakokinetických (PK) parametrů jednotlivého pacienta. Znalost těchto hodnot umožňuje optimalizovat jak dávku podávaného faktoru, tak i interval mezi infuzemi. V praxi to znamená, že u některých pacientů se dávky/intervaly profylaktické léčby snižují, u jiných zvyšují. Primárně tedy farmakokinetika není cestou k úspoře finančních prostředků, ale k jejich lepšímu využití a dosažení maximální efektivity se stejnými náklady na léčbu.

## Léčba šitá na míru

Farmakokinetický profil se sestavuje na základě série odběrů krve. Podle doporučených postupů se provádí u dospělého 11 až 12 odběrů v rozmezí 48 až 72 hodin, u dětí se obvykle jedná o 5 nebo 6 odběrů. Výsledkem je farmakokinetická křivka. V současné době mají hematologové v ČR přístup k novému prostředku, který dokáže stanovit PK profil pacienta jen na základě 2 odběrů. Je to možné pomocí modelu založeném na populační farmakokinetice s použitím tzv. bayesiánské statistiky, který para-

metry pro konkrétního pacienta vypočítá i s minimem odběrů krve. Díky znalosti farmakokinetické křivky lékař poskytne pacientovi srozumitelnou informaci, za jak dlouho poklesne koncentrace faktoru v jeho těle na kritické hodnoty a co to znamená pro jeho běžný, každodenní život a aktivity. Pacient tak získává lepší kontrolu nad svojí léčbou i nemocí. Výsledkem je léčba „šitá na míru“ individuálně pro jednotlivé pacienty s hemofilií.

## Péče o dětské hemofiliky v ČR

Česká republika díky sofistikovanému systému péče o osoby s hemofilií (systém hemofilických center, multidisciplinární týmy odborníků, zapojení patientských organizací, úhrada léčby ze systému zdravotního pojištění) patří v současné době k zemím, v nichž dítě s hemofilií od zdravého často ani nerozpoznáte. Bez komplexního přístupu a spolupráce lékařů, pacientů, plátců i poskytovatelů zdravotní péče by však tomu tak být nemohlo. Nejsou tak daleko doby, kdy hemofilie byla onemocněním, které upoutávalo na invalidní vozík již v první či druhé dekádě života.

(Zdroj: prolekare.cz)

(red)

## AKTUALITY

# Pacienti s neuropatickou bolestí jsou nedostatečně léčeni

Přibližně 25 milionů Evropanů, tedy 4–5 % obyvatel, trpí neuropatickou bolestí. Mnozí však nedostávají adekvátní léčbu, navzdory tomu, že účinná terapie je k dispozici.

**L**idé trpící neuropatickou bolestí mají často za sebou dlouhou a klopotnou cestu, než je jejich problém správně diagnostikován a dostane se jim účinné léčby. Mnozí pacienti jsou však léčeni nesprávně, někteří dokonce nedostávají léčbu žádnou, takže jejich zdravotní stav nabývá chronického charakteru. Informovali o tom odborníci v průběhu 9. kongresu Evropské algeziologické federace (EFIC), který proběhl v září ve Vídni. Neuropatické bolesti byla věnována značná část odborného programu.

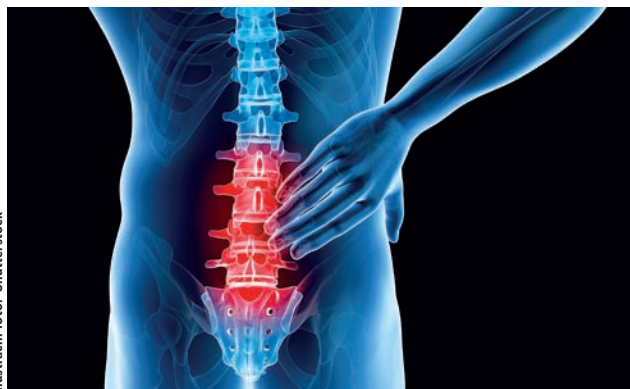
## Nedostatečné povědomí

„Povědomí o neuropatické bolesti je nutné zvýšit tak, aby pacienti byli léčeni již v raném stadiu problému. Nedostatečná léčba neuropatické bolesti má totiž za následek nejen velký subjektivní diskomfort, ale také společ-

čenskou a ekonomickou zátěž. Chronická neuropatická bolest pacienty nezřídka invalidizuje a je příčinou jejich odchodu do časného důchodu. Přitom je k dispozici účinná léčba i doporučené léčebné postupy,“ uvedl v průběhu kongresu prezident EFIC dr. Chris Wells. Ten zároveň poukázal na to, že v mnoha evropských zemích nejsou některé z nejúčinnějších přípravků k dispozici. Navíc je zde nedostatečné povědomí o tomto problému. Rok 2015 byl proto vyhlášen „rokem boje proti neuropatické bolesti“.

## Patofyziologie bolesti

Neuropatická bolest je spojována s nepříjemnými symptomy, které bývá obtížné popsatelné. Klinické projevy zahrnují pálení či vystřelující bolest, necitlivost či sníženou kožní citlivost. Spouštěčem tohoto typu bolesti



ilustrační foto: Shutterstock

ti bývá poranění či onemocnění vedoucí k postižení somatosenzorického systému, mozku a nervů. Příčinou periferního poškození může být například ischias, pásový opar, HIV či chirurgický zákrok, centrální neuropatická bolest pak bývá důsledkem roztroušené sklerózy, poranění míchy, mozkové

příhody a dalších onemocnění. Navíc mnoho typů bolesti jako bolest zad, osteoartrida či onkologická bolest má též neuropatickou komponentu.

## Počet pacientů narůstá

Odborníci poukazují na to, že neuropatická bolest je přehlížena, ačkoli její výskyt narůstá.

Důvodem je především stárnutí populace, neboť problém se týká především starších pacientů s chronickými onemocněními. Neuropatická bolest je spojena například s diabetem mellitem, jehož výskyt také stoupá. Dr. Wells zdůraznil, že pozornost je třeba zaměřit směrem k preventivním veřejně-zdravotním opatřením, která by měla zahrnovat efektivní intervence, jako je vakcinace proti viru herpes zoster, dietní a režimová opatření či důkladnější prevenci a léčbu cévních mozkových příhod.

## Možnosti léčby

Standardní analgetika jsou obvykle v léčbě neuropatické bolesti neúčinná. Současné doporučené postupy založené na důkazech proto doporučují léčit tento typ bolesti pomocí antiepileptik (gabapentin, pregabalin), antidepresiv (duloxetin) či topických přípravků, které se aplikují na kůži. Doporučovány jsou i nefarmakologické přístupy jako neuromodulace. Ve vývoji a testování jsou další léčebné možnosti, například botulinová terapie či topická léčba pomocí lidokainu, kapsaicinových náplastí či produktů na bázi kannabinoidů.

(Zdroj: EFIC)

(asa)

# Český výzkum může pomoci v určení vývojového potenciálu embryí

Odborník na biologii reprodukce a největší český specialista v oboru přenosu jader Ing. Josef Fulka, jr., DrSc., polečně se svým týmem v aktuálním výzkumu financovaném Grantovou agenturou ČR zvrátil dosavadní poznatky v oblasti vývojové biologie.

Prokázal totiž, že jádrko uložené ve vajíčku není úložištěm důležitého materiálu, ze kterého se po oplození tvoří další jádrka, ale že jeho přítomnost je po oplození nezbytná jen ve velmi krátkém časovém intervalu. Tato teoretická zjištění, která už zveřejnily prestižní vědecké časopisy, mezi nimi i *Trends in Molecular Medicine*, jsou zásadní pro rozvoj asistované reprodukce. Mohla by pomoci výrazně zpřesnit vývojový potenciál lidského embrya a také stanovit riziko vzniku chromozomálních vad u plodu.

## Poznat embrya s nejlepší prognózou

„V asistované reprodukci sledujeme vývoj embryí po dobu pěti dní. To z nich, které vykazují

nejlepší předpoklady pro další vývoj, poté vracíme matce do dělohy,“ říká gynekoložka MUDr. Alena Langerová, která působí v jednom z center asistované reprodukce a na výzkumu se podílela coby doktorandka. „Nová zjištění o jádrku by nám mohla pomoci z těch embryí, jež se vyvíjejí dobře, vybrat ta, u kterých je ještě lepší prognóza vývoje a navíc snížené riziko vzniku chromozomálních vad. Jedno z nových kritérií hodnocení embrya by mohlo být, jak vypadala jádrka v nejbližších hodinách po oplození a za jakou dobu došlo k rozdělení do dvou buněk. Znovu se tak vracíme k nutnosti studia prvního buněčného dělení,“ dodává s tím, že chromozomální vady sice umí moderní

centra pro umělé oplodnění vyšetřit, ale znamená to získat z embrya buňky, a tak do něj zasáhnout.

## Specifická funkce jádrka

„Když jsme v rámci výzkumu jádrko z embrya vyjmuli do osmi hodin od oplození, vývoj se pozastavil. Když jsme ho ale odebrali po delším časovém intervalu, ukázalo se, že proces, ve kterém se z oplozeného vajíčka vyvine dospělý jedinec, může pokračovat,“ říká Josef Fulka z Výzkumného ústavu živočišné výroby. „Je tedy jasné, že jádrko musí mít těsně po oplození nějakou velmi specifickou funkci, která doslova rozhoduje o životě a smrti, ale my ji ještě neznáme,“ naznačuje dal-



ilustrační foto: Shutterstock

ší směřování výzkumu Ing. Fulka, který společně s Alenou Langerovou na projektu pracoval také s Helenou Fulkovou z Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR.

Josefu Fulkovi se v roce 2003 jako vůbec prvnímu na světě podařilo s využitím náročných mikromanipulačních technik vyjmout jádrko z vaječ. Patří mezi nej-

větší světové specialisty v oboru klonování, o kterém hovoří především v souvislosti s možným terapeutickým a léčebným využitím. Právě v klonování podle něj mohou znamenat znalosti role a přesné funkce jádrka posun ve stávajících znalostech a výrazně zvýšit jeho úspěšnost i možnosti.

(Zdroj: GAČR)

(red)



# Výdaje na léčbu lupénky stouply, pacienti však žijí kvalitněji

Až šestinásobně vzrostly výdaje na biologickou léčbu psoriázy za posledních 7 let. Údaje se týkají klientů Všeobecné zdravotní pojišťovny, která v loňském roce vydala na léčbu tohoto onemocnění více než 200 milionů korun.

**M**oderní biologická léčba dokáže tuto systémovou chorobu často dostat pod kontrolu. Při včasné nasazení léčby je možné zabránit rozvoji vážných komplikací, které jsou mnohdy důvodem pobírání invalidního důchodu.

## Stigmatizace pacientů

Psoriáza je progresivní systémové onemocnění postihující 2 % populace a objevující se ve věku 15–30 let. Příčinou nemoci je porucha imunitního systému, která způsobuje urychlení růstu kožních buněk – ty se hromadí a vytvářejí ložiska. Významným faktorem v etiopatogenezi je dědičnost, 40–60 % pacientů má psoriázu v rodinné anamnéze. V pozadí choroby je zánět, který sehrává roli i v patogenezi řady komorbidit. K nejzávažnějším z nich patří metabolický syndrom, kardiovaskulární onemocnění a diabetus mellitus. Onemocnění může postihnout také pohybový systém (psoriatická artritida).

„Psoriáza je chronické onemocnění, které se může s časem zhoršovat a má negativní do-

pad na vztahy, vzdělání i kariéru. Psoriáza je totiž lokalizována převážně na viditelných místech těla – ruce, nehty, kštice –, což způsobuje, že pacienti mají pocity studu, frustrace a nižší sebeúcty. Až 80 procent lidí trpících závažnou formou psoriázy udává negativní dopad nemoci na každodenní život,“ popisuje předseda České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA. Onemocnění je sice neinfekční, mnoho pacientů však čelí stigmatizaci spojené s obavami okolí z možného přenosu. Častými komorbiditami psoriázy jsou úzkost (30 %) a deprese (22 %).

## Účinná a včasná léčba

V léčbě lupénky se uplatňuje několik modalit – od podávání lokálních léků přes fototerapii a její kombinaci s protizánětlivými léky až po biologickou léčbu. Cílem léčby je potlačit probíhající zánět. Při výběru vhodné terapie se přihlíží k typu psoriázy, lokalizaci, závažnosti projevů, anamnéze pacienta a jeho reakci na předchozí léčbu.

„Efektivní léčba umožňuje nemocnému, aby vystupoval na veřejnosti jako zdravý člověk. Včasná léčba šítá na míru ulehčuje nemocnému život, zmírňuje příznaky choroby, snižuje výskyt komorbidit a redukuje také náklady na léčbu,“ vysvětluje profesor Arenberger. Původně podávaný cyklosporin byl sice účinný, ale má řadu vedlejších účinků, neboť potlačuje celou škálu imunologických procesů. V současnosti je k dispozici cílená biologická léčba, s jejíž pomocí lze dosáhnout dlouhodobé kontroly nemoci, prevence výskytu přidružených onemocnění i návratu pacientů do aktivního života.

„Moderní terapie není vhodná pro každého a je určena pro těžší případy onemocnění. Náklady na biologickou léčbu pro jednoho pacienta s lupénkou činí průměrně 287 tisíc korun ročně. Každému pacientovi, kterému je však biologická léčba indikována, ji naše pojišťovna uhradí,“ říká náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny pro zdravotní péči Petr Honěk. Dostupnost léčby se navíc zvýšila díky nedávnému vstu-

pu biosimilars (generická biologika) na český trh.

## Edukace pacientů i zaměstnavatelů

Na problematiku spojenou s lupénkou se snaží upozornit Světový den lupénky, připadající na 29. říjen. „Jedna z přijatých rezolucí loňského Světového zdravotnického shromáždění upozorňuje na fakt, že mnoho lidí s psoriázou trpí zbytečně, protože o nemoci nemá dostatek informací, onemocnění je pacientům diagnostikováno nesprávně nebo opožděně a zároveň se jim nedostává odpovídající léčby,“ uvedla v souvislosti s tímto dnem ředitelka Kanceláře WHO v ČR MUDr. Alena Štefllová.

O to, aby si tito lidé připadali jako rovnocenní členové společnosti, usiluje Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP). „Jsem ráda, že se nám v projektu ‚Lupénka nemusí být navždy...‘ daří šířit osvětu, že nejde o kosmetický problém, ale závažné imunologické onemocnění,“ sdělila ředitelka fondu Hana Potměšilová. V rámci vzdělávacích seminářů pro veřej-



ilustrační foto: Shutterstock

nost nabízí NFOZP pacientům jak informace o nejmodernější léčbě, tak o tom jak ze svého handicapu na trhu práce udělat výhodou. Užitečné informace týkající se nemoci, ale také možnosti zaměstnávání pacientů, lze nalézt na webových stránkách fondu ([www.nfozd.cz](http://www.nfozd.cz)) či na stránkách projektu ([www.navzdy.info](http://www.navzdy.info)). „Naším cílem je dosáhnout stavu, kdy bude invalidizovaný pacient schopen pracovat. Pro představu, loni pobíralo invalidní důchod kvůli psoriáze 2396 lidí. Přitom když firma zaměstná osobu se zdravotním postižením, nemusí platit odvod do státního rozpočtu za chybějící OZP, nemusí řešit takzvané náhradní plnění, má nárok na příspěvky dle zákona o zaměstnanosti a na slevu na dani z příjmu. Pokud by firmy zaměstnaly těchto 2396 osob, ušetřily by na ‚invalidní dani‘ 150 900 000 korun,“ vyčíslila Hana Potměšilová.

MUDr. Andrea Skálová

# Nábor nových dárců do ČNRDD letos výrazně akceleroval

Do Českého národního registru dárců dřevě (ČNRDD) se za poslední rok zapsalo více než 10 tisíc nových potenciálních dárců, což je od jeho založení v roce 1992 rekordní počet. Na otázky týkající se tématu odpovídá ředitel ČNRDD Mgr. Daniel Pagáč, MBA.

## Jak jste takového úspěchu dosáhli?

Řeknu-li, že intenzivní práci, bude to znít banálně. Tak raději jedním dechem dodávám, že jsme navíc měli pomoc zvenčí. Televize Nova na jaře a v létě odvysílala řadu reportáží na téma transplantace kostní dřevě, k tomu přidala vysílání našeho informativního spotu „Zapište se někomu do života“. Za dobu této dvouměsíční mediální podpory se k nám zaregistro-

valo přes 3 tisíce dárců, což byl dvojnásobek ve srovnání se stejným obdobím předchozího roku. Možnost provádět registraci do ČNRDD jsme měli v červenci na cyrilometodějských Dnech lidí dobré vůle na Velehradě, kde se během dvou dnů do registru zapsalo 400 mladých lidí. Na srpnové Barum Czech Rally Zlín se díky projektu „Jedu na dřevě“, který pro nás charitativně realizovala místní komunikační agentura Reklamní inžený-

nýři, se zaregistrovalo dokonce 600 potenciálních dárců.

## Kolik má v tuto chvíli ČNRDD zapsaných dárců?

K 31. 10. 2015 to bylo 60 466 potenciálních dárců. Je ovšem také třeba podotknout, že jsou navíc i kvalitně vyšetřeni. My pro analýzu DNA nejedeme cestou výtěru sliznice úst jako v některých registrech světa, ale odebíráme vzorek krve. Je to organizačně náročnější, pracnější, ale rozhod-

ně lepší. DNA izolovaná z krve je kvalitnější a můžeme ji podrobněji vyšetřit.

## Dostalo se vašemu registru letos nějakého společenského uznání?

Jsme velice rádi, že se dostalo významného uznání naší spolupracovnici Zdence Wasserbauerové. Nominovali jsme ji na prestižní cenu VIA BONA „Za osobní zaujetí – Srdcař roku“ za její dobrovolnickou práci v náboru no-



vých dárců, již se věnuje od roku 1997 a do ČNRDD přivedla 7600 lidí. Ve velmi těžké konkurenci zvítězila, stala se Srdcařkou roku 2015 a my jsme přesvědčeni, že zcela právem. Jestliže se každý stý zapsaný potenciální dárců stane skutečným dárcem, pak bylo – čistě statisticky – díky paní Wasserbauerové zachráněno 76 těžce nemocných. (red)

# PERSONÁLNÍ INZERCE

## Výběrové řízení

### Jednatel společnosti

**NEMOCNICE BOSKOVICE,**  
S. R. O.,  
se sídlem Boskovice, Otakara Kubína 179,  
vyhlašuje výběrové řízení na ob-  
sazení funkce:

#### ■ jednatel společnosti

Osobní předpoklady:

- státní občan ČR,
- občanská a morální bezúhonnost,
- plná svéprávnost.

Kvalifikační předpoklady:

- dokončené vysokoškolské vzdělání lékařského, ekonomického či právního směru.

Další předpoklady:

- předpoklady pro výkon funkce jednatele společnosti s ručením omezeným (zejména § 152 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, § 46 a § 199 zákona č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech /zákon o obchodních korporacích/),
- manažerské, organizační a řídicí schopnosti,
- komunikativní schopnosti,
- znalost zdravotního prostředí výhodou,
- řídicí průkaz skupiny B,
- znalost AJ nebo NJ výhodou.

Obsah přihlášky:

- jméno, příjmení, titul,
- datum a místo narození,
- státní příslušnost,
- místo trvalého pobytu,
- kontaktní telefon a e-mail,
- název funkce a označení obchodní společnosti, v níž má být tato funkce vykonávána,
- datum a vlastnoruční podpis.

Doklady, které zájemce připojí k přihlášce:

- stručný profesní životopis s údaji o dosavadních zaměstnáních a odborných znalostech uchazeče,
- úředně ověřená kopie dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání (diplom i osvědčení o státní závěrečné zkoušce),
- prohlášení podepsané zájemcem, že splňuje předpoklady pro výkon funkce jednatele společnosti s ručením omezeným minimálně v rozsahu, jak je uvedeno výše,
- předložení strategie rozvoje společnosti v rozsahu 5 stran A4,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce),
- písemný souhlas se zpracováním, uchováním a poskytnutím osobních údajů třetím osobám pro účely výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a to po celou dobu trvání výběrového řízení,
- zájemce narozený před 1. 12. 1971 rovněž osvědčení ve smyslu § 4 odst. 1 zákona č. 451/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů (případně čestné prohlášení o tom, že toto osvědčení bylo vyžádáno) a čestné prohlášení ve smyslu § 4 odst. 3 zákona č. 451/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Lhůta pro podání přihlášky:

30. 11. 2015 do 10:00 hodin.

Písemnou přihlášku spolu s požadovanými doklady doručte v zalepené obálce se značkou „Nemocnice Boskovice – jednatel – VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ – NEOTVÍRAT“ na adresu: Město Boskovice, Masarykovo nám. 4/2, 680 18 Boskovice.

Vyhlašovatel si vyhrazuje právo kdykoli toto výběrové řízení zrušit.

M151000885

## Volná místa

### Více pozic

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

- primáře na internu
- primáře na chirurgii

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídicí schopnosti.  
Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, byt k dispozici.  
Kontakt: J. Srnská, tel.: 499 502 304, nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000868

### Monitor studií

**DO SPOLEČNOSTI CLINTRIAL, S. R. O.,** hledáme lékaře/lékařku (nejlépe interní obor) na pozici monitora klinických studií. Zkušenost s monitorací nutná.

V případě zájmu prosím kontaktujte Mgr. Martina Maternu na telefonním čísle: 608 05 22 14, nebo e-mailem: m.materna@clintrial.cz

M151000872

### Sekundární lékař

**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5,** přijíme pro Klinikou ORL a chir. hlavy a krku 1. LF UK a FNM sekundárního lékaře/-ku pro obor ORL.

Požadavky: ukončená LF, zájem o obor, vysoké pracovní nasazení. Nabízíme: možnost prof. růstu, plný úvazek na špičkovém chir. pracovišti, ubyt. pro mimopražské, zam. benefity, nástup možný ihned.

Písemné nabídky s CV zašlete do 7. 12. 2015 na e-mail: vera.ungerova@fnmotol.cz

M151000882

### Více pozic

**STÁTNÍ LÉČEBNÉ LÁZŇ BLUDOV, S. P.,** dynamicky se rozvíjející podnik se zájmem o odborný personál, nabízí uplatnění lékařům pediatrie, neurologie, RFM, i ve fázi odborné přípravy.

Bližší informace: Ing. Pavla Kubová, zástupkyně ředitele, tel.: 583 301 212, 602 566 014.

M151000892

### Revizní lékaři

**OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA** hledá pro centrálu v Praze:

- REVIZNÍHO LÉKAŘE – agenda regresů na poloviční úvazek
- REVIZNÍHO LÉKAŘE pro chirurg. obory na plný nebo částečný úvazek
- REVIZNÍHO LÉKAŘE na problematiku DRG, na plný nebo částečný úvazek

V případě zájmu pište na e-mail: daria.studena@ozp.cz, nebo volejte na tel.: 261 105 252.

M151000895

### Lékař

**MĚSTSKÁ NEMOCNICE HOŘICE** přijíme do pracovního poměru lékaře, lékařku na chirurgickou ambulanci.

Kvalifikační požadavky: VŠ lékařského směru, specializace výhodou. Plat dle platných předpisů a praxe. Plný nebo částečný úvazek, nebo Dohoda o pracovní činnosti. 5 týdnů dovolené, příspěvek na penzijní připojištění, příspěvek na stravování.

**Nemocnice Na Homolce,** Praha 5, Roentgenova 37/2



### LÉKAŘ/KA oddělení ARO

Nemocnice Na Homolce přijme LÉKAŘE/KU atestovaného v oboru ARIM na částečný nebo plný pracovní úvazek na oddělení ARO, na dobu určitou, nejméně 4 roky, s výhledem trvalého pracovního poměru.

Nástup možný ihned.

V případě zájmu zašlete životopis na:

[volna.mista@homolka.cz](mailto:volna.mista@homolka.cz)

Inzerce M151000875

**Psychiatrická nemocnice Brno,** Húskova 2, 618 32 přijme do pracovního poměru

### LÉKAŘE PSYCHIATRY,

možno i absolventy se zájmem o psychiatrii.

Informace: osobní oddělení, stehlikova@pnbrno.cz, tel: 548 123 239, paní Stehlíková

Inzerce M151000879

Informace na tel.: 493 586 300, mobil: 733636352, e-mail: mrazova@nemocnicehorice.cz; tel.: 493 586 305, e-mail: festova@nemocnicehorice.cz

M151000900

### Dermatolog

Dermatologické centrum se sídlem v Praze hledá 1 až 2 dermatology pro ordinace v Praze 8 a v Neratovicích.

Bližší informace tel.: 603 448 353, e-mail: derma@email.cz.

M151000903



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 11/2015

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová  
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz  
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz  
PhDr. Jana Jílková (Ze společnosti, rozhovory)  
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz  
MUDr. Andrea Skálová (Medicina a kongresové zpravodajství)  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Caban,  
Irena Soukupová, David Daniel,  
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,  
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,  
PhDr. Jana Jílková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jílková  
tel. 225 276 455,  
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc, MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc, MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
MUDr. Ivan David, CSc.  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
prof. MUDr. Miloslav Kršiak, 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 Srníková  
Ing. Bc. Irena Kouřilová  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová  
tel.: 225 276 355  
e-mail: kupcova@mf.cz

Personální inzerce

Vladimír Kratochvíl  
tel. 225 276 255, 602 208 624  
e-mail: kratochvil@mf.cz,  
personalni.inzerce@mf.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  
Koordinační výroby a distribuce divize  
Medical Services  
Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mf.cz  
Předplatné  
Monika Šnaidrová  
tel. 225 276 392, e-mail: snaidrova@mf.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: zdm@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,  
111 21 Praha 1  
tel. 800 248 248,  
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,  
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:  
Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,  
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 komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.

Číslo dáno do tisku 19. 11. 2015

Retisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2015  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524  
ISSN 2336-2987

Představujeme publikaci

# Diagnóza F17: závislost na tabáku



Eva Králíková

**Diagnóza F17:  
závislost na tabáku**

EDICE AESKULAP



Kniha celosvětově uznávané specialistky na tuto problematiku je určena všem klinickým pracovníkům, kteří se ve své praxi s kuřáky setkávají. S nadhledem, vtipně a srozumitelně vyvrací představu, že k pojmu „kouření“ patří pouze „prevence“, a poukazuje na skutečnost, že diagnóza F17 je nemoc jako každá jiná a potřebuje také systematickou, nabízenou, chronickou a všem dostupnou léčbu. Dozvíme se, že účinná, relativně jednoduchá a navíc laciná léčba, kterou jsme schopni všichni poskytovat, existuje. V jednotlivých kapitolách se autorka věnuje aktuálním a praktickým situacím na téma klinický pracovník a kuřák. Pokouší se nasměřovat zejména lékaře k tomu, aby se nebáli v souvislosti s kouřením uvažovat kompatibilně s literaturou založenou na důkazech a používat výrazy jako „léky“, „léčba závislosti na tabáku“, „kontrola tabáku“ namísto irelevantních pojmů jako „zlozvyk“, „nikotinismus“, „náhražky“, „odvykávací kúra“ či „boj proti kouření“. Autorka mluví ze svých více než dvacetiletých zkušeností s několika tisíci kuřáky, kteří prošli její léčbou a pro které má velké pochopení. A vašim pacientům vzkazuje: přestat kouřit je jako naučit se jezdit na kole – párkrát spadnete, ale pak chytíte balanc.

**Autor: Eva Králíková**

**Doporučená cena 220 Kč**

Při objednání na **knihna.cz** sleva 20%

**MEDICAL  
SERVICES**

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



**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<sup>®</sup>**  
*Ladies Collection*

**MIA**  
dámské  
tílko

5 barevných variací



[www.bonno.cz](http://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