

# ZDRAVOTNICTVÍ

# MEDICÍNA

**mf**  
MLADÁ FRONTA

12/2015

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 21. 12. 2015



**Z DOMOVA**  
Nepřenášet ekonomické problémy na pacienty

STRANA 6



**Z MEDICÍNY**  
Co víme o srdečním selhání v kazuistikách a obrazech

STRANA 54



**SESTRA**  
Onkologie  
Enterální výživa onkologických pacientů

STRANA 36



**Lukáš Velev: Základní střet zájmů je mezi povinností poskytovat nejmodernější služby a ekonomickými možnostmi systému.**

(více viz str. 3)

## Střety zájmů **ve zdravotnictví**

V jakých oblastech tlačí české zdravotnictví bota? Mění se strategie těch, kteří ze systému nelegálně tyjí? Odborníci se shodují, že jednotlivé součásti systému nemohou fungovat, pokud je tento primárně nastaven špatně. Zdravotníci se cítí být v konfliktu zájmů prakticky neustále.

Shoda panuje nad nutností definovat, kdy je interakce přínosná, kdy ještě vhodná a kdy už jistě kriminálního charakteru. Zástupci nevládních organizací, průmyslu i nemocnic se na semináři pořádaném sdružením Občan v síti shodli, že cesta nápravy vede vedle náprav systému především cestou vyšší transparentnosti na všech stranách hrací plochy.

### **Průhledně, ale zadarmo**

„V posledních několika letech ubývá případů, které se týkají zdravotnictví. Velký boom sporných nákupů přístrojové techniky do nemocnic prostřednictvím kompletátorských firem se dnes omezil nebo zpomalil. Dostávají se k nám ale zakázky outsourcovaných nákupů nemocnic v jiných než zdravotnických oblastech, jako jsou například prádelny nebo stavební zakázky,“ okomentoval trend jimi řešených

případů ředitel Transparency International (TI) David Ondráčka, který vidí střet zájmů také v otázce předvídatelnosti alokace investic ve zdravotnictví, zejména ve vztahu k jejich efektivitě a dlouhodobé udržitelnosti. „Stav, kdy se různé nemocnice vybavovaly přístroji bez ohledu na kapacitní využitelnost či dostatek odborníků, kteří s nimi uměli pracovat, vidím ve zdravotnictví stále jako systémový problém. Také pořád existují politické tlaky, aby pro okresní nemocnici daný politik přihrál nějaký přístroj,“ podotýká David Ondráčka. Velký tlak je podle jeho slov vyvíjen také na fakultní nemocnice, aby začaly zadávat zakázky otevřeně, zbavily se kompletátorů a dbaly na maximální efektivitu. „Problém je, že dokážou ušetřit na novém nákupu, který proběhne otevřenou soutěží za nižší cenu, ale ušetří tím zdravotním pojišťov-

nám a systému, nikoli fakultní nemocnici samé. Navíc nemocnice má s takovou soutěží další náklady, najme si organizátory výběrových řízení, zaměstná interní zaměstnance pro oddělení zakázek nebo advokátní kancelář. Ušetří proti minulému nákupu, ale neexistuje systém bonifikace, který by za to nemocnici odměnil,“ všímá si ředitel TI. David Ondráčka připomněl také postupný tlak na privatizaci. „Je smysluplné hovořit o tom, jaký střet zájmů přináší do zdravotnictví angažmá Andreje Babiše a investice jeho fondu do zdravotnických zařízení. Co znamená postoj Andreje Babiše k obsazení VZP a dalších orgánů, kam stát nominuje své zástupce. Nebo jaký dopad má jeho vliv na kontrolu dat, která mohou být využita pro byznys,“ nadnesl David Ondráčka.

(pokračování na straně 3)

Inzerce M151000418

**PRO.MED.CS**  
Praha a.s.

www.promedcs.eu



**ČESKÁ**  
FARMACEUTICKÁ  
SPOLEČNOST

# Moderní technologie pomáhají léčit diabetes 1. typu

Nejrozšířenější a také nejjednodušší metodou aplikace inzulínu je v České republice inzulinové pero. Novou možností léčby, která využívá výhod současných technologií, je zkombinovat ho s kontinuální monitorací hladiny glukózy prostřednictvím senzoru, který má pacient zavedený v podkoží. Sensory jsou tak přesné, že brzy nahradí přeměrování glukometrem.

Úspěšné zvládnutí cukrovky krátce po jejím diagnostikování je hlavním úkolem soudobé diabetologie. Senzor měří pacientovi hladinu glukózy automaticky každých 5 minut, ve dne i v noci a také zobrazuje trend jejího vývoje. Proti standardní léčbě, při níž pacient využívá kontroly hladiny glukózy za pomoci glukometru většínou jen dvakrát až třikrát denně, to znamená výrazné zvýšení na 252 měření za den. To umožní u pacienta s diabetem 1. typu optimalizovat léčbu a snížit výskyt závažných komplikací, které s sebou diabetes přináší. Tyto senzory mají navíc i funkci alarmů, jež mohou nemocného s předstihem upozornit například na blížící se hypoglykémii, dodávají mu větší pocit bezpečí, a mohou proto zásadně zlepšit kvalitu jeho života.

„V ČR je podle statistik téměř 60 tisíc pacientů s diabetem 1. typu a jejich počet se bohužel stále zvyšuje. Například mezi roky 2000 a 2012 přibýlo 10 tisíc nových pacientů,“ říká předse- da České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) a přednosta 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. Štěpán Svačina.

## Prevence hypoglykemie

Stálé sledování glykemie pomocí senzoru je vhodnou metodou prakticky pro všechny skupiny nemocných s diabetem 1. typu, obzvláště velký význam má u pacientů s častými hypoglykemiemi, poruchou rozpoznávání hypoglykemie, labilním diabetem a u těhotných žen s cukrovkou 1. typu. „Právě pravidelné a vel-

mi časté měření hladiny glukózy je pro úspěšnou léčbu pacientů s diabetem klíčové. Umožňuje nejen lépe dávkovat inzulín, ale také předcházet hypoglykemiím, které mohou být velmi nebezpečné a představují hlavní limitaci léčby diabetu. Přitom ani velmi časté měření glykemie pomocí glukometru nedokáže zachytit všechny potenciálně důležité výkyvy glykemie, protože se tyto její poklesy nebo vzestupy jednoduše objeví mezi jednotlivými měřeními. Pacienti mají například poměrně často skryté noční hypoglykemie, které jsou velmi těžko rozpoznatelné a mohou být nebezpečné v krátkodobém i dlouhodobém horizontu a mít za následek rozvoj závažných komplikací. Nejčastějšími chronickými komplikacemi zdravotního stavu pacientů s diabetem, které souvisejí především s vysokou hladinou glykemie, jsou diabetické poškození očí, ledvin, nervů a takzvaná diabetická noha. Nejčastější příčinou smrti pacientů s diabetem jsou pak následky infarktu myokardu a cévní mozkové příhody,“ vysvětluje Jan Šoupal z 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

## Senzor nahradí glukometr

Pravidelné monitorování hladiny glukózy umožňuje malý senzor připevněný na těle (v podkoží) pacienta, vysílač a přijímač, na jehož displeji se informace o naměřené glykémii přehledně zobrazují a také se ukládají do jeho paměti. V blízké budoucnosti bude přijímačem chytrý telefon a pacienti využijí aplikaci, která naměřené hodnoty v reálném čase zpracuje, zobrazí a vytvoří z nich glykemickou křivku, podle níž může pacient či jeho okolí rychle reagovat. Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) v září letošního roku potvrdil, že nejnovější generace senzorů poskytuje natolik přesná měření, že se hladina inzulínu už nebude muset dodatečně přeměřovat glukometrem.

Výhodné také je, že naměřené hodnoty hladiny glukózy a glykemickou křivku může vidět až 5 uživatelů. Kromě pacienta tedy například lékař, rodiče malých nemocných či učitel. Navíc se záznam naměřených dat každé 3 hodiny ukládá do cloudu, tedy do speciálního úložiště dat na internetu. Ukládání dat z měření do cloudu je velmi důležité pro lékaře, kteří pak mohou se souhlasem pacientů vstupovat do jejich karet, vyhodnocovat zpětně data a optimálně nastavit další postup léčby. Využití však tato statistická data bude moci i širší odborná veřejnost, která může získat přístup do anonymního registru.

## Minimalizovat výkyvy u těhotných

Stálé sledování glykemie je velmi důležité u těhotných žen s cukrovkou 1. typu. „V těhotenství jde nejen o zdraví maminky-pacientky s diabetem 1. typu, ale i o její budoucí dítě. Rizikem pro matku je rozvoj diabetických komplikací, vysoký krevní tlak a jeho nejzávažnější forma preeklampsie. Ohrožuje ji také porodní trauma při porodu většího plodu, které může být spojené s infekcí v místě porodního poranění či v ráně po císařském řezu. Kromě vyššího rizika úmrtí je plod ohrožen i častějším výskytem vrozených vývojových vad. Proto je snahou lékařů u těhotných pacientek s diabetem 1. typu minimalizovat výkyvy glykemie každodenním monitorováním glykemických profilů glukometrem, ideálně však glukózovými senzory,“ říká Mirka Fialová z diabetologické a interní ambulance ve Svitavách.

Senzory pro kontinuální měření glukózy jsou jako zdravotnický prostředek hrazeny pouze pacientům do věku 18 let s diabetem 1. typu s inzulinovou pumpou, kteří mají časté hypoglykemie či labilní diabetes nebo syndrom nerozpoznávání hypoglykemie. Odborníci jsou toho názoru, že by se senzor pro kontinuální měření glukózy měl stát součástí

standardní léčby 1. typu diabetu pro takto definované pacienty i nad 18 let věku a bez ohledu na použítou metodu léčby diabetu 1. typu.

## Méně času v hypoglykémii

Positivní přínos kontinuálního měření glykemie v léčbě diabetu 1. typu, tedy použití senzoru, potvrdily i výsledky klinické studie, kterou Jan Šoupal provedl v letech 2014 a 2015. Do studie, která trvala rok, se zapojilo 55 českých pacientů. „Studie se účastnili pacienti využívající k aplikaci inzulínu pero a pro kontrolu hladiny glukózy glukometr, dále ti, kteří používají inzulinovou pumpu s glukometrem, a poslední skupinu tvořili pacienti, kteří měli kontinuální monitoraci glukózy v kombinaci s pumpou nebo s perem. Z této studie vyplynulo, že skupina pacientů využívajících senzor strávila v porovnání s ostatními skupinami méně času v hypoglykémii, což je pro léčbu diabetu velmi důležité. Výrazně se také snížila glykemická variabilita, to znamená, že hodnoty glykemie nebyly u pacientů tak rozkolísané, a navíc se snížila hladina glykovaného hemoglobinu, který je dlouhodobým ukazatelem účinnosti léčby cukrovky. Studie ukázala, že jakákoli léčebná metoda využívající dlouhodobé používání senzoru byla úspěšnější než léčba inzulinovými pery, nebo dokonce léčba inzulinovou pumpou bez senzoru,“ popisuje výsledky MUDr. Šoupal.

Kontinuální měření glykemie tedy zásadně zlepšuje kvalitu života pacientů. „Pokud můžeme pacienta s diabetem 1. typu dobře léčit hned od začátku nemoci, má šanci dožít se stejného věku jako zdravý člověk. V případě léčby pomocí inzulinových per v kombinaci s kontinuálním měřením hladiny glukózy systém detekuje hyperglykemie, ale především hypoglykemie. Tím umožňuje výrazně lepší kompenzaci diabetu, oddálení přechodu na inzulinovou pumpu, předchází vzniku rozvoje pozdních diabetických komplikací, ale zajistí také zásadní ekonomické úspory ve zdravotním systému,“ uzavírá profesor Svačina. (red)

## Kazuistiky aplikace moderní technologie v diabetologii

• Sedmapadesátiletý pacient trpí diabetem 1. typu. Onemocnění léčí již 42 let. Cukrovku 1. typu se u něj nedařilo uspokojivě stabilizovat, hodnoty glykovaného hemoglobinu kolísaly a byly výsoce nad normou. U tohoto pacienta byl diabetes labilní. Proto trpí muž závažnými komplikacemi: retinopatií, nefropatií a neuropatií. Pacient před 5 lety prodělal těžkou léčbu kolorektálního karcinomu, což znesnadňuje úvahy o případné transplantaci slinivky, po které by musel užívat imunosupresiva, čímž se zvyšuje riziko vzniku nádorových onemocnění. Před 2 lety ho postihla cévní mozková příhoda. Lékaři při léčbě pacienta bojují se syndromem nerozpoznávání glykemie a častými hypoglykemickými kómaty, jež muže postihovala v těžké formě několikrát do roka a často trvala i několik hodin. Po trvalém používání senzoru pro kontinuální monitoraci glukózy došlo k výraznému z kvalitnější pacientova života – značně ubylo hypoglykemií, zcela vymizelo upa-

dání do bezvědomí a snížila se labilita diabetu.

• Diabetem 1. typu trpí čtyřicetiletá Michaela, již byla nemoc diagnostikována v roce 2011. Původně si aplikovala 4 injekce denně pomocí inzulinového pera, později jí byla nasazena inzulinová pumpa a senzor pro kontinuální monitoraci glykemie. Michaela je aktivní, ráda sportuje. Zatím se u ní neobjevily komplikace diabetu, ale trápí ji časté, zejména noční hypoglykemie, jejichž nástup nedokáže rozpoznat. Přestože si měřila glykemie pomocí glukometru až 8x denně, kompenzace nemoci se zhoršovala, zvyšoval se výskyt hypoglykemií i labilita diabetu. Po nasazení senzoru, který je kombinován s použitím inzulinové pumpy, došlo jak ke snížení výskytu hypoglykemií, tak i k jejich lepšímu rozpoznávání. Hodnoty glykovaného hemoglobinu klesly na takřka normálních 43 mmol/mol.

(Zdroj: MUDr. Jan Šoupal, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN)



# Střety zájmů ve zdravotnictví

(pokračování ze str. 1)

## Složitější síť

Komentátor serveru ECHO 24 Petr Holub uvedl, že oproti největším aférám nákupů zdravotnické techniky (např. firem Puroklima a Hospimed) v letech 2005–2010, kde byly nelegální, ale poměrně jednoduché podvodné aktivity politicky kryty, jsou současné případy nabývání neoprávněných zisků ve zdravotnictví promyšlenější. „Kriminální energie si vždycky najde svou cestu,“ řekl Petr Holub a poukázal na příklad nákupu dvou magnetických rezonancí pro Středoevropský technologický institut CEITEC za 102,5 milionu korun, u nichž vznikla domněnka, že nejsou tak úplně unikátní a možná také o 30 milionů předraženy. „Nákup proběhl v jednacím řízení bez uveřejnění (aby byl takto předem daný dodavatel, s nímž je možné se dále domlouvat). Aby mohlo řízení bez uveřejnění proběhnout, bylo zapotřebí posudku, který vypracovala fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT. V posudku fakulta uvedla, že přístroj je pro daný výzkum nezbytný a cena je v pořádku. Přístroje dodal Siemens. V dodávkách zdravotnické techniky je ale velice tvrdý konkurenční boj a ostatní dodavatelé se jednacím řízením bez uveřejnění snažili zpětně bránit. Případ se dostal na antimonopolní úřad a policii, obě instituce jej s odvoláním na posudek ČVUT odložily. Součástí problému se stalo rovněž ministerstvo školství, které také nákup hájilo a nechalo vypracovat další posudek na Slovensku, což je absurdní, když si uvědomíme, že na Slovensku se nakupují přístroje ještě mnohem draž než u nás. Ministerstvo školství dodalo stanovisko, že nákup odpovídá pravidlům stanoveným operačním programem EU Výzkum a vývoj pro inovace. Poté se přidalo ještě několik odborníků a nakonec také ministerstvo spravedlnosti, které rozhodlo, že posudek ČVUT je špatný, odporuje všem zákonům o znalcích a s ČVUT bylo zahájeno správní řízení na odebrání znaleckého oprávnění (což je ale promlčeno, takže k odebrání nedojde). Jednací řízení se tím pádem ale ocitlo na vodě a zasáhlo ministerstvo financí, které dlouho váhalo, ale na výzvu kontrolního výboru sněmovny vydalo (zatím pouze ústní) posudek, který uvádí, že prodej je od počátku špatný a že byl porušen zákon o veřejných zakázkách,“ ilustroval

Petr Holub na zatím neukončeném sporu složitou síť vazeb institucí, do jejichž kompetence posuzování oprávněnosti nákupu zdravotnické techniky spadá. Jak připomněl, možnost soutěže pouze s jedním dodavatelem umožnila novelizace zákona o veřejných zakázkách.

## Boje o zakázky

Nemocnice se zákonem o veřejných zakázkách svádějí urputně boje. „Se zadáváním zakázek v souladu se zákonem o veřejných zakázkách jsme nedávno pomáhali dvěma nemocnicím. Pokud mají smlouvu o dodávce na dva až tři roky, nemocnice potřebují zajistit update přístrojů. Pokud tedy vysoutěží sadu A, je zakázku nutné postavit tak, aby poté měla nemocnice nárok i na sadu B či C daných přístrojů a neporušila přitom zákon,“ vysvětlil David Ondráčka z TI.

„Když jsem v roce 2010 nastoupil do funkce ředitele a snažil se vylepšit hospodaření nemocnice, zabývali jsme se úsporami všech komodit, jednali s dodavateli, farmaceutické firmy jsme o zlořečené bonusy ždímalí, až z nich kapala krev, a ve finále tyto úspory vynesly asi 26 milionů korun, o které jsme snížili celkové náklady nemocnice. Pak ale přišly roky 2012 a 2013, kdy došlo dvakrát ke zvýšení sazeb DPH, nové kategorizaci zdravotnických prostředků, takže asi 16 milionů z těchto úspor odteklo do státní kasy,“ poukázal ředitel Nemocnice Jihlava Lukáš Velev na střet zájmů, kterým jsou nesystémové zákroky ze strany státu ohrožující stabilitu hospodaření nemocnic. „Základním zůstává střet mezi povinností poskytovat služby podle nejmmodernějších poznatků nebo alespoň na náležité odborné úrovni a na druhé straně ekonomické možnosti systému a úhrad od plátců péče,“ uvedl ředitel Velev a vzpomněl také problematický pokles úhrad zdravotních služeb a systematický růst úhrad nákladné biologické léčby. Při současné vyšší pojistné, které se posledních 20 let nezvýšilo, jde podle něj o neudržitelný stav.

## (Ne)oprávněné bonusy

Dalším střetem je podle Lukáše Veleva závislost ekonomiky nemocnice na příjmech z prodeje zboží a na bonusech. „Pokud se bonusy od firem vrátí do rozpočtu nemocnice, považují tyto prostředky za součást financování a nepovažují je za neoprávně-

né,“ připustil ředitel a uvedl tři případy bonusování. „Prvním je postoj nemocnice, která prostřednictvím svého pozitivního listu podporuje konkrétní molekulu od konkrétního dodavatele, bonus za tuto podporu je příjmem nemocnice a putuje zpět do jejího rozpočtu. Druhým je příklad lékaře, který, stejně jako nemocnice, předepisuje konkrétní molekulu, inkasuje bonus, a pokud je šikovný, dokáže si ještě sanovat bonus od lékárníka. Negativním příkladem motivace je předepisující urolog, který léčí pacienta s karcinomem prostaty dlouhodobě hormonální terapií, tedy relativně drahou léčbou, a za její předepisování má také bonus. Přitom tyto pacienty by bylo možné ozářit s výhledem úplně úzdravy. Z mého pohledu se v prvních dvou případech s námi někdo dělí o zisk a ten se vrací do zdravotních služeb. Třetí případ vnímám jako veliký problém. Nastal v jedné z nemocnic na Vysočině, kde lékaři předepisovali lék, protože měli z krabičky bonus, přestože pacienti mohli být ozářeni. Navrhl jsem tedy, abychom lékaře bonifikovali za to, že naopak lék nepředepíše a odešlou pacienta k ozáření na lineárním urychlovači. Když mi to bývalý ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny vytkl, ohradil jsem se, že by se právě pojišťovna sama měla zajímat o to, proč je pacient v daném stadiu onemocnění vůbec léčen farmakologicky, když může být ozářen,“ domnívá se ředitel jihlavské nemocnice.

Pokud by zdravotnická zařízení

v režimu bonusů, jejichž zrušení žádá ministr financí Babiš, neměla fungovat vůbec, měly by být tyto prostředky podle Lukáše Veleva vráceny jinou cestou – prostřednictvím úhrady a marží. Podle něj by řešením střetů zájmů měla napomoci správná cenotvorba, aplikace HTA na zdravotnickou techniku, zapojení pacienta (a to i finančně) nejen před volbami, reálné nastavení cen služeb se zahnutím investic či zprůhlednění a otevření trhu.

## Důvěra versus výdělek

Střet zájmů mezi lékaři a farmaceutickými firmami řeší tzv. Transparentní spolupráce, k níž se na evropské i české úrovni zavázaly členské společnosti Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) a nově i někteří výrobci generických léků. „Transparentní spolupráce je v USA legislativní normou, u nás jde o individuální rozhodnutí našich společností. Firmy usilují o to, aby spolupráci s lékaři udržely, velká část z nich se pouští do budování velkých výzkumných center, ve fakultních nemocnicích a na univerzitách sestávají malé týmy, které úzce spolupracují na výzkumu a vývoji. V poslední době díky takové spolupráci vznikla řada inovací. Mnoho léků je *first-in-class* – jsou úplně prvními přípravky pro dané onemocnění. Na integraci průmyslu a lékařů je v poslední době kladen velký důraz, protože nese výsledky,“ uvedl výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček. Jak ale dodává, důvěra, která je v této oblasti klíčová, je dlouhodobě narušena, což škodí oběma

stranám. „Naše rozhodnutí přijmout Transparentní spolupráce není bezbolestné, je to eticky složitý proces a bolí to, kam se podíváme. Zveřejňování finančních toků není jednoduché a setkáváme se i s odporem. Medicína je založena na důvěře, farmaceutické firmy jsou součástí medicíny, ale jsou zároveň ekonomickými subjekty, které vydělávají na zdraví. Tok peněz jde tak do veřejné sféry. Nejvíce se potýkáme s tím, jak tuto situaci transparentnosti vyvážit. Zda je ručička vah více na straně ochrany soukromí, nebo je to transparentnost, co má větší sílu,“ dodal Jakub Dvořáček, který odmítá námitky, že české prostředí není na takové zprůhlednění připraveno. „Jsme přesvědčeni, že dosáhneme změny prostředí, kdy lékař už nebudou zvažovat, zda má souhlas se zveřejněním dat, či nikoli, bude to zkrátka standard, jako například nepít za volantem. Přednášel jsem na 1. LF UK a reakce studentů mě přesvědčují o tom, že náš přístup je správný,“ uvedl Jakub Dvořáček s tím, že očekává změnu v 5 až 8 letech. Jak dodal, Česká republika je z hlediska korporací vnímána jako vysoce riziková země. Firmy proto raději udělají ve spolupráci krok zpátky a budou do ní méně investovat, než aby riskovaly, že jejich zdejší vztahy s lékaři budou netransparentní a negativně medializované. Uvedl také, že AIFP sleduje lokace, načasování a standardy luxusu některých kongresů, které podle Dvořáčkových slov „nejsou přijatelné“, a podmínky se budou muset změnit, pokud budou lékaři chtít i nadále s prostředky farmafirem počítat.

Petra Klusáková

Inzerce M151001000

Komplexní bezpečnostní služby poradíme, realizujeme, zasáhne

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



12 726

ALKOM

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

## Z DOMOVA

## Výsledky celostátního hodnoticího projektu

Absolutním vítězem projektu „Nemocnice ČR 2015“ se stala Nemocnice České Budějovice následovaná Nemocnicí Prachatice a Vojenskou nemocnicí Olomouc. HealthCare Institute (HCI) letos vyhlásoval vítěze soutěže již podesáté.

Do porovnávání, které vychází z metodiky strategického nástroje pro měření výkonnosti organizací Balanced Scorecard, se zapojilo celkem 156 českých a moravských nemocnic s akutními lůžky. V rámci celostátního projektu „Nemocnice ČR 2015“ byly nemocnice komplexně hodnoceny ze čtyř úhlů pohledu – bezpečnosti a spokojenosti hospitalizovaných pacientů, bezpečnosti a spokojenosti ambulantních

pacientů, bezpečnosti a spokojenosti zaměstnanců a finančního zdraví nemocnic.

**38 % „nezdravých“ nemocnic**

Finanční zdraví nemocnic HCI hodnotil z veřejně dostupných údajů, tj. účetní závěrky v případě nemocnic-obchodních společností a z veřejně dostupných účetních závěrek a dotazování u ostatních subjektů. Pro posou-

zení finančního zdraví byly aplikovány jednotné poměrové ukazatele a jednotné váhy pro obě skupiny nemocnic – přímo řízené a ostatní. Finančně zdravou nemocnicí je podle hodnocení ta, která má dostatek prostředků na úhradu svých závazků, hradí své závazky v přiměřeném čase, financuje dlouhodobý majetek z dlouhodobých zdrojů, investuje do svého majetku, je vybavena dlouhodobým (co nejno-



Ilustrační foto: Shutterstock

vějším) majetkem umožňujícím poskytovat kvalitní zdravotní péči a dokáže adekvátně odměnit svůj personál.

Celkově z šetření vyplývá, že 38 % zkoumaných subjektů nemá dostatečně finanční zdraví a může mít problémy s řádnou úhradou svých závazků. Tyto subjekty přezívají vesměs díky podpoře svých zřizovatelů, což je zejména v případě fakultních nemocnic extrémně nákladné. U subjektů, které ze své podstaty nemohou být privatizovány, což je právě tento případ, je proto nezbytné trvale zvyšovat efektivitu jejich činnosti, a to i za využití benchmarků odvozených od výsledků finančně úspěšných zařízení. Veškeré podklady má přitom ministerstvo zdravotnictví k dispozici díky činnosti Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

**Vztahy se zlepšují**

V hodnocení nemocnic z pohledu jejich zaměstnanců vyplynul výrazný nárůst pozitivního hodnocení atraktivity zaměstnavatele v rámci regionu, zdravotníci jsou spokojenější s vybaveností pracoviště. Pozitivním trendem je lepší spolupráce s nadřízeným i s kolegy, a to ve všech úrovních interakce (lékař-lékař, lékař-sestra, sestra-sestra). Negativem, které ze šetření vyšlo, je zvyšující se tlak ze strany nadřízeného na práci přesčas (občas pracovat přesčas je nuceno 30 % zdravotníků).

Zaměstnanci nemocnic jsou stále více nespokojeni s nehospodárností svých pracovišť, pocítují také sníženou možnost seberealizace, jsou nespokojeni s informačními systémy nemocnic. Pacienti jsou stabilně spokojeni s přístupem zaměstnanců nemocnic k pečlivému seznámení s možnými riziky lékařského zákroku (spokojeno cca 76 %), s mírou ověřování jména pacientů

personálem před podáváním léků nebo zákrokem (spokojeno cca 94 %), s respektováním intimity a lidské důstojnosti, pozitivně pacienti hodnotili komunikaci s lékaři (spokojeno 81 %) i se sestrami (spokojeno 85,9 %). Naopak mírně klesala jejich spokojenost s kvalitou nemocniční stravy, s čistotou jednotlivých oddělení a úsměvem personálu při komunikaci.

**Strašák centrová léčba**

Ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze Dana Jurásková na konferenci, která vyhlásila nejlepší nemocnic každoročně předchází, upozornila na okolnosti, jež budou činnost velkých nemocnic v příštím roce zásadně ovlivňovat. Jednou z nich je centrová péče, která ve VFN představuje rozpočet rovný rozpočtu krajské nemocnice. „Úhradová vyhláška správně reaguje na objem nově zjištěných pacientů, ale nedokáže predikovat, jak moc budeme v nalézání těchto pacientů úspěšní. A my úspěšní jsme, což paradoxně není úplně dobrá zpráva. Počet pacientů, kteří jsou na centrové léčbě několik let, rok od roku roste. Je dobře, že přicházejí nová léčiva a rozšiřují se indikace. Ale tyto změny přicházejí v průběhu roku, takže je nyní nedokážeme předvídat. Pro mě jako ředitelku platí pořád stejný imperativ. Víím, kolik mám peněz i kolik pacientů v léčbě a kolik pro ně potřebuji. Nevím ale, zda zvládneme nasadit léčbu všem pacientům, které nově diagnostikujeme, a jestli zvládneme zařadit všechny nové léky a nasadit léčbu ve všech nových indikacích,“ upozornila Dana Jurásková s tím, že v dlouhodobém horizontu nebude možné takto pokračovat bez skokového nárůstu. Ředitel Fakultní nemocnice v Motole Miloslav Ludvík zopakoval, že problémem ČR jsou

**Absolutně nejlepší nemocnice ČR 2015**

(hodnoceny byly nemocnice, u kterých byla relevantní data pro všechny 4 oblasti zároven)

1. Nemocnice České Budějovice, a. s.	Jihočeský kraj
2. Nemocnice Prachatice, a. s.	Jihočeský kraj
3. Vojenská nemocnice Olomouc	Olomoucký kraj
4. Nemocnice Na Homolce	Hlavní m. Praha
5. Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.	Jihočeský kraj

**Bezpečnost a spokojenost hospitalizovaných pacientů**

Kategorie: Fakultní nemocnice	Kategorie: Nemocnice ČR
1. místo: Ústřední vojenská nemocnice Praha	1. místo: SurGal Clinic, s. r. o.
2. místo: Fakultní nemocnice v Motole	2. místo: SWISS MED CLINIC, s. r. o.
3. místo: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	3. místo: Nemocnice Podlesí, a. s.

**Bezpečnost a spokojenost pacientů v ambulancích**

Kategorie: Fakultní nemocnice	Kategorie: Nemocnice ČR
1. místo: Ústřední vojenská nemocnice Praha	1. místo: Klatovská nemocnice, a. s.
2. místo: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	2. místo: Šumperská nemocnice a. s.
3. místo: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	3. místo: Thomayerova nemocnice

**Bezpečnost a spokojenost zaměstnanců nemocnic**

Kategorie: Fakultní nemocnice	Kategorie: Nemocnice ČR
1. místo: Ústřední vojenská nemocnice Praha	1. místo: Nemocnice Prachatice, a. s.
2. místo: Fakultní nemocnice Hradec Králové	2. místo: Bílovecká nemocnice, a. s.
	3. místo: Oblastní nemocnice Trutnov, a. s.

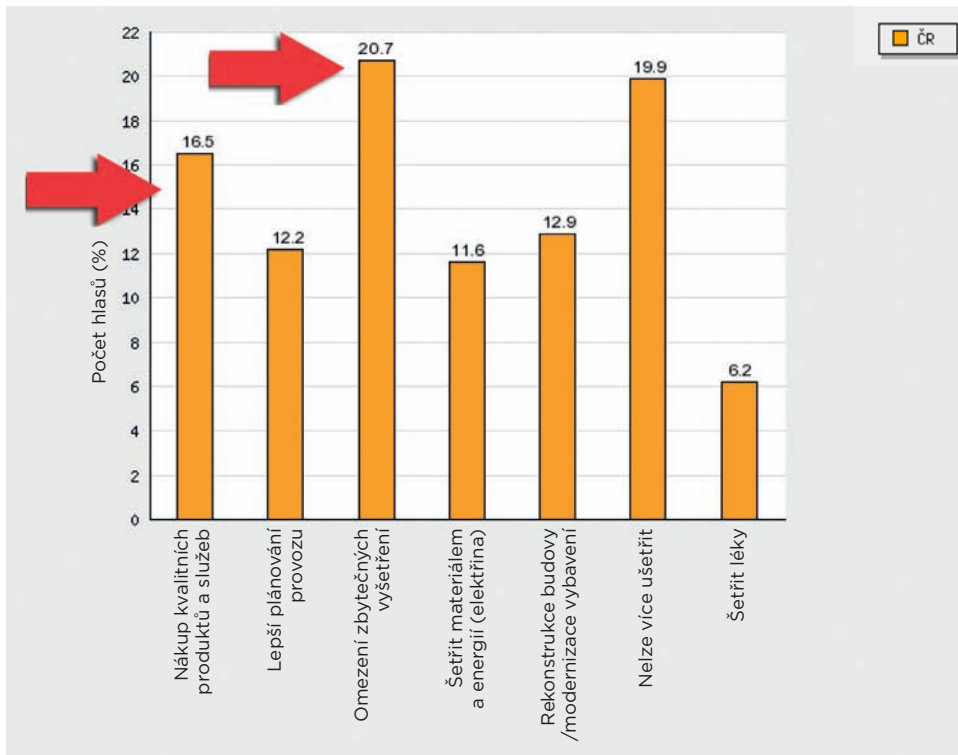
**Finanční zdraví nemocnic**

Kategorie: Přímě řízené nemocnice	Kategorie: Nemocnice ČR
1. místo: Institut klinické a experimentální medicíny	1. místo: Nemocnice České Budějovice, a. s.
2. místo: Masarykův onkologický ústav	2. místo: Nemocnice Český Krumlov, a. s.
3. místo: Fakultní nemocnice Plzeň	3. místo: Centrum léčby pohybového aparátu, s. r. o.
Kategorie: Fakultní nemocnice	Kategorie: Absolutní vítěz finančního zdraví
1. místo: Fakultní nemocnice Plzeň	1. místo: Nemocnice České Budějovice, a. s.
2. místo: Fakultní nemocnice v Motole	2. místo: Institut klinické a experimentální medicíny
3. místo: Fakultní nemocnice Hradec Králové	3. místo: Masarykův onkologický ústav
4. místo: Fakultní nemocnice Ostrava	

**Nejismělavější nemocnice**

Kategorie: Fakultní nemocnice	Kategorie: Nemocnice ČR
1. místo: Ústřední vojenská nemocnice Praha	1. místo: SurGal Clinic, s. r. o.
2. místo: Fakultní nemocnice v Motole	2. místo: SWISS MED CLINIC, s. r. o.
3. místo: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	3. místo: Nemocnice Podlesí, a. s.





Nejčastější návrhy zaměstnanců na zlepšení hospodárnosti provozu nemocnice

relativně nízké platy a že od vyšších platů by se logicky odvíjelo i vyšší zdravotní pojištění. Dal-

ším problémem je pokles nemocničního trhu o 1 % ročně. „Ministerstvo nemocnicím nasadilo

limity, které nařizují u každé ze 7 zdravotních pojišťoven provést 99 % objemu péče roku 2015. Pro-

blém je, že trh se snižuje, takže musíme provést stejný objem péče u každé zdravotní pojišťovny. Představte si rozpočty každého z 55 pracovišť motolské nemocnice vždy proti 7 zdravotním pojišťovnám. Pokud se tyto rozpočty nastavit nepodaří, pojišťovny vydají méně,“ řekl ředitel Ludvík a uvedl příklad, který financování nemocnic komplikuje například u léčby cystické fibrózy. „Lék Kalydeco pro jednoho pacienta stojí 6 milionů korun ročně. Indikace je v ČR zatím pro úzkou skupinu pacientů, ale trend rozšiřování diagnóz tu je a za chvíli budou lék brát všichni pacienti s cystickou fibrózou. Lék podle výrobce zvyšuje dobu dožití z 15 až 20 let na 50 až 60 let, musí se brát doživotně. Podobně lék na svalovou dystrofii, který stojí milion korun měsíčně. V této chvíli máme jednotky pacientů pro tuto léčbu, ale zanedlouho jejich počet poroste,“ zdůraznil Miloš Ludvík s tím, že takových léků jsou desítky.

#### Pojišťovny pod lupou

Společnosti HealthCare Institute a CompuGroup Medical letos

poprvé vyhlášovaly také vítěze šetření zdravotních pojišťoven. O „Zdravotní pojišťovně roku 2015“ v dílčích výzkumech hlasovali nejprve ředitelé českých nemocnic, u nichž zvítězily Záměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP).

V další fázi hodnotili pojišťovny ambulantní lékaři. Za nejlepší kvalitu vzájemné komunikace, dodržování dohod, zavádění inovativních léčebných výkonů a kvality péče do úhrad, kvalitu elektronické komunikace a portálu a úroveň marketingové prezentace se zaměřením na preventivní programy zvolili vítězem Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra (ZPMV) následovanou VZP a Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou.

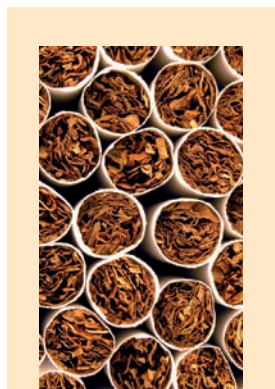
Poslední skupinou, která volila nejlepší zdravotní pojišťovnu, byli pacienti a zástupci patientských organizací. U nich zvítězila VZP. Celkovým vítězem soutěže byla po zohlednění všech tří kategorií vyhlášena ZPMV, druhá skončila VZP.

Petra Klusáková

Inzerce M151000741

Při objednání na **knihka.cz** sleva 20 %

Představujeme publikaci



Eva Králíková

### Diagnóza F17: závislost na tabáku

EDICE AESKULAP



# Diagnóza F17: závislost na tabáku

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 nasměrovat 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**

**MEDICAL SERVICES**

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



## Z DOMOVA

# Nepřenášet ekonomické problémy na pacienty

Platforma zdravotních pojišťenců na konci roku opět upozorňuje na fenomén odkládání péče či odmítání pacientů v souvislosti s vyčerpáním finančních limitů jednotlivých zdravotnických zařízení.

„Koncem každého roku se pacienti v nemocnicích setkávají s odmítáním nebo odkládáním péče. Nemocnice to zdůvodňují tím, že již vyčerpaly přidělené roční rozpočty od příslušných pojišťoven. Někdy to nemocnice vyhlásí veřejně, v horším případě se tak děje skrytě – lékaři dostanou příkázano „udržet finanční limity“, současně však o tom nesmí mluvit,“ upozornil právník Platformy zdravotních pojišťenců (PZP) Ondřej Dostál a podtrhl, že právo zakazuje poskytovatelům péče přenášet své ekonomické problémy na pacienty, kterým může prodleva v léčbě způsobit vážnou újmu na zdraví. Paušalové platby, jejichž výše se odvíjí od vzorce úhradové vyhlášky a také dohod mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, ke konci roku vysychají a léčbu pacientů nad rámec těchto plateb zařízení přesouvají do ledna následujícího roku nebo pacienti překládají do jiných nemocnic. Například v české onkologii se vžilo rčení prof. Jiřího Vorlíčka, dlouholetého ředitele Masarykova onkologického ústavu, který tvrdil, že nejhorší je dostat rakovinu na konci kalendářního roku. Řešením je podle Ondřeje Dostála platba za pacientem. Jak tvrdí, nemocnice odmítat pacienta z ekonomického důvodu nesmí. Odvolává se přitom na výrok Ústavního soudu (ÚS) z roku 2013. „Dosažení (objemového limitu z úhradové vyhlášky) se významným způsobem dotýká výše úhrady, na kterou vznikne poskytovatelům (...) nárok vůči zdravotní pojišťovně, nemá však vliv na rozsah, v jakém

jsou povinni poskytovat zdravotní péči,“ uvedl tehdy soud.

## Místo soudu zmáčknot pacienta

Jak také právník pojišťenců dodal, ředitel nemocnic se při rozhodování o přístupu k nadpočetným pacientům mohou opřít o vyjádření ÚS z roku 2011, kdy tento rozhodl, že pokud nemocnice neplývala, tedy poskytovatel jen péči „z nezbytných důvodů, aby nutného léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav konkrétních pojištěnců“, potom „je příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán“. Soud výslovně uvedl, že možnost překročit smluvně dohodnutý limit je zde například při nárůstu počtu pacientů dané pojišťovny nebo u preskripce drahých léků u chroniků. Jak ale právník Dostál upozorňuje, málokdy začne nemocnice v případech, kdy jí „dojdou peníze“, jednat s příslušnou pojišťovnou o úhradě péče nad limit, natož aby se s pojišťovnou začala o tyto vícenáklady soudit. Místo toho ředitel nemocnice přeneše problém na slabší – vyhlásí „stop stav“ na léčbu nákladných pacientů a lékařům-zaměstnancům zakáže léčit „nadpočetné“ pacienty.

## Odmítnout pacienta ze zákona

„Nemocnice může odmítnout péči pouze z důvodů popsanych v § 48 zákona 372/2011 Sb. Nikdy není možno odmítnout pacienta,

který potřebuje neodkladnou péči, nebo rodičku, u níž začal porod. Ostatní pacienty je možno odmítnout pouze z kapacitních či provozních důvodů, které musí nemocnice prokázat. O každém odmítnutí je nemocnice povinna vystavit pacientovi písemný záznam s uvedením konkrétního důvodu odmítnutí péče,“ říká Ondřej Dostál s tím, že tento dokument pak dovoluje nechat postup nemocnice přezkoumat zdravotní pojišťovnou nebo příslušným úřadem, který na poskytovatele zdravotní péče dohlíží.

Zákonná výjimka „z provozních a kapacitních důvodů“ k odmítnutí pacienta zahrnuje například naplnění všech lůžek nebo rozsáhlou rekonstrukci. „Ale pokud nemocnice pacienty odmítá jen proto, že se jí to kvůli paušálu nevyplatí, pod zákonnou výjimku se nevejde. Tento podvod se odhalí zejména tehdy, pokud nemocnice nepřijímá pacienty od jedné zdravotní pojišťovny s odvoláním na ‚kapacitní důvody‘, ale nadále přijímá pacienty jiné pojišťovny, kde ještě finanční limit nepřecherpal,“ poukazuje na nesprávnou praxi Ondřej Dostál a pacientům radí, aby si při odmítnutí od lékaře vyžádali písemný záznam o odmítnutí péče, včetně uvedení konkrétního důvodu (§ 48 odst. 5 zákona 372/2011 Sb.) a kopii nebo výpis z lékařské zprávy, ze které vyplývá, že pacient péči potřebuje (§ 65 odst. 1 zákona 372/2011 Sb.). „Pokud lékař pacienta odmítne, ale zároveň mu odepře vystavení písemného záznamu, je to samo o sobě správný delikt s pokutou až 50 tisíc korun, přičemž doprovod pacienta pak může odmítnutí péče dosvědčit,“ doplňuje právník.

## Pomůžte zdravotní pojišťovně?

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům dostupnost péče hrazené ze zdravotního pojištění. „Nestačí, že pojišťovna uzavře na poskytování péče smlouvu s nemocnicí – měla by dohlédnout, aby nemocnice smlouvu neporušovaly a pacienti skutečně dostávali péči řádně a včas. Pojišťovně, kterou jsme si vybrali, odvádíme z každé výpla-

ty nemalé zdravotní pojistné nebo ho za nás platí stát. Máme tedy právo, aby se o nás pojišťovna starala, pokud na oplátku něco potřebujeme,“ říká Ondřej Dostál, podle něhož by se pacient s písemným záznamem o odmítnutí měl obrátit na pobočku své zdravotní pojišťovny nebo na její asistenční službu.

Právě asistenční služba je podle něho klíčová. „Některé zdravotní pojišťovny nabízejí, že svým pojištěncům pomohou do 24 hodin s problémy s dostupností péče, stačí zatelefonovat či zaslat e-mail. Vybírat pojišťovnu by si pacienti měli zejména podle kvality asistenční služby. Pojišťovně je třeba zaslat kopie zpráv z nemocnice a požadovat, aby buď zajistila pacientovi péči v jiné nemocnici, nebo aby zajistila přijetí pacienta v té nemocnici, která jej protiprávně odmítla,“ radí právník a dodává, že v některých případech pomůže, pokud se pacient cestou stížnosti obrátí zároveň na vedení příslušné nemocnice, protože některá odmítnutí péče jsou pouze komunikačními nedorozuměními, jež ředitel či nemocniční ombudsman napraví.

## VZP péči zajistí

Všeobecná zdravotní pojišťovna považuje ale tyto rady pacientům za zbytečný poplach. „Protože JUDr. Dostál nepřímou zpochybňuje, že klientům VZP je poskytována potřebná zdravotní péče, považují za nutné zdůraznit, že VZP zajišťuje všem svým klientům dostupné a kvalitní zdravotní služby,“ uvedl pro naši redakci mluvčí VZP Oldřich Tichý. „Nemohu samozřejmě vyloučit, že některý z cca 40 tisíc poskytovatelů péče, s nimiž má VZP smlouvu, například z nejasných důvodů přeojednat neakutního pacienta na začátek příštího roku. Nemohu vyloučit ani to, že některý z těchto poskytovatelů mohl například argumentovat nedostatkem peněz na neakutní péči. Nicméně pokud se tak snad někdy někde stalo, jde o zcela ojedinělé případy a vydávat je za rozsáhlejší trend by bylo snad téměř na hranici poplašné zprávy. Pro cca 6 milionů pojištěnců VZP považují za zásad-



JUDr. Ondřej Dostál | Foto: archiv

ni, že jim VZP vždy zajistí dostupnou a kvalitní péči. Pokud by se snad v ojedinělých případech setkali ze strany poskytovatele péče s odmítnutím, ať se neprodlehně obrátí na nejbližší pobočku VZP. Vždy jim zajistíme časově a místně dostupnou péči v nejvyšší možné kvalitě,“ uzavřel Oldřich Tichý.

## Sankce, tresty, postihy

Zákon o zdravotních službách stanoví za nezákonné či nedůvodně odmítnutí péče sankci až do 300 000 Kč, samotné nevystavení písemného záznamu s důvodem odmítnutí lze potrestat pokutou až 50 000 Kč. Se stížností je možno obrátit se na příslušný krajský úřad či pražský magistrát.

„Pokud svému pojištěnci zdravotní pojišťovna nezajistí hrazenou léčbu řádně a včas, hrozí jí podle § 45a zákona 48/1997 Sb. pokuta až ve výši 10 milionů korun. Pokutu ukládá ministerstvo zdravotnictví. Vynutit si dodržení práva být léčen je možno též soudně, a to nejlépe s využitím institutu předběžného opatření. Žalovanou osobou je nemocnice, po příslušném soudu může žalobce požadovat, aby nemocnici uložil splnění povinnosti přijmout pacienta, která pro ni vyplývá ze smlouvy s jeho pojišťovnou,“ podotýká právník Dostál a doporučuje nemocnicím a lékařům vyvarovat se protiprávního odmítání péče, protože pokud odmítnutím nebo odkladem léčby nastane zdravotní újma, případná škoda na zdraví, nebude hodnocena jako „obyčejná“ nedbalostní chyba při léčení (kde jsou soudy zpravidla mírné), ale jako vědomá nedbalost, či dokonce nepřímý úmysl (lékař věděl, že pacient léčbu potřebuje a má na ni právo, věděl, že prodlením může nastat zhoršení zdraví, přesto léčbu neposkytl, s případným následkem byl tedy srozuměn).

Petra Klusáková



Ilustrační foto: Shutterstock



# Zásadní změny si musíme vybojovat

Staronový prezident České lékařské komory **Milan Kubek** byl zvolen více než třemi čtvrtinami delegátů sjezdu. V novém volebním období chce prosazovat pacienta jako skutečného hybatele systému, pravidelnou 10% valorizaci ceny práce lékaře nebo změnu seznamu zdravotních výkonů na reálný ceník zohledňující skutečné náklady poskytovatelů péče.

## Není škoda, že se vám nepostavil žádný protikandidát?

Každý měl šanci. O tom, že tento sjezd bude volit představenstvo i prezidenta, se vědělo dlouho dopředu, minimálně rok od minulého sjezdu, na kterém se široce diskutovalo o změně volebního řádu, kterou poté delegáti schválili. Mj. odpůrci nemají mezi sebou žádnou charismatickou osobnost, jež by dokázala oslovit nějakou vizí či alternativním programem větší počet lékařů. A patrně se jim tentokrát nepodařilo najít nikoho, kdo by místo nich hozenou rukavicí zvedl. Ostatně i tu čtvrtinu hlasů jsem proti sobě spíše sjednotil já sám. Pokud bych nekandidoval a tito kolegové by se měli konstruktivně shodnout na někom, koho společně podpoří, měli by problém.

## Nejde o projev nezájmu lékařů o komoru? Svědčil by o tom i „hladký“ průběh posledních sjezdů.

Jsem rád, že jsme se na sjezdech přestali hádat. Diskuse k jednotlivým projednávaným tématům i k návrhům usnesení byly letos opravdu konstruktivní a kultivované, drtivá většina delegátů hovořila věcně a fundovaně. Platí to bez rozdílu v názorech. Je vidět, že lékařská komora vyspěla, a já si troufám tvrdit, že jsem k tomu vyzrálý za uplynulých téměř deset let ve funkci prezidenta svojí prací také trochu přispěl.

## Co budete v následujícím období prosazovat?

Za zásadní změnu bych považoval navrácení přirozených vztahů do zdravotnictví, aby byl na prvním



Foto: Jan Rasch/Euro

místě pacient, který by si mohl svobodně volit zdravotnické zařízení i lékaře. Současné smlouvy mezi lékaři a pojišťovnami by pak byly zbytečné. Smlouvu by měl pojištěnec se svojí pojišťovnou, která by podle obecně závazného ceníku byla povinna hradit léčení tomu zdravotnickému zařízení, které by si pacient svobodně vybral. O úspěšnosti lékařů by nerozhodovali úředníci pojištěnec, ale zájem pacientů.

Fungující revizní systém by nahradil dosavadní limitace podle vyhlášek. Spotřebu zdravotní péče by pojišťovny regulovaly na straně svých klientů – pojištěnců – podle jejich zdravotního stavu. Lékaři by již nebyli zneužíváni k tomu, aby z ekonomických důvodů omezovali často oprávněné nároky svých pacientů. Současný systém regulací odměňuje doktory za to, co uškodí na svých pacientech. Stát nutí lékaře k neetickému jednání. To bych změnil, pokud bych

měl tu možnost. Jsem velmi rád, že mi k prosazování těchto změn dali delegáti sjezdu svým usnesením zelenou.

## Bojujete také za zvyšování platů a výdajů na zdravotnictví...

Ano, komora bude samozřejmě zvýšení výdajů na zdravotnictví prosazovat. Z usnesení sjezdu bych dále zdůraznil požadavek na pravidelné zvyšování ceny práce lékaře minimálně o 10 % každý rok. Pravidelná valorizace ceny práce lékaře je základní podmínkou pro zvyšování platů a mezd lékařů, bez kterého není možno zastavit odchody lékařů z ČR do zahraničí. Podporujeme požadavky odborů na růst platů a pro lékaře v nemocnicích se budeme snažit dosáhnout sjednocení způsobu jejich odměňování, a to buď závazností tarifních

platových tabulek pro všechny poskytovatele lůžkových zdravotních služeb, kteří mají smlouvy s pojišťovnami, nebo vytvořením speciální tarifní tabulky. Za zcela zásadní považuji přeměnu seznamu zdravotních výkonů v reálný ceník zohledňující skutečné náklady poskytovatelů zdravotních služeb a umožňující jim tvorbu přiměřeného zisku. Tento ceník musí být závazný pro všechny zdravotní pojišťovny, které musí všem poskytovatelům zdravotních služeb platit za identické výkony stejné částky.

**Lékařská komora je největší a nejsilnější profesní samosprávou v České republice, přesto si neustále stěžujete na nedostatek jejich kompetencí. Není to z vaší strany projev jisté touhy po moci?**

Společnost očekává, že Česká lékařská komora bude garantem kvality zdravotní péče. Ta očekávání jsou legitimní, avšak k jejich naplnění nám opravdu chybějí nástroje. V současnosti nemáme například právo kontrolovat personální vybavení zdravotnických zařízení a poskytovatelům zdravotních služeb nemůžeme ani nařizovat odstraňování závazných nedostatků, které zjistíme. Očekávání jsou velká, avšak kompetence komory poměrně malé. O vše musíme navíc neustále tvrdě bojovat. Jednou s ministerstvem, podruhé s kraji, jindy s pojišťovnami, pak s řediteli nemocnic, s lékařskými fakultami či odbornými společnostmi. Pouze silná a jednotná komora dokáže lékaře efektivně hájit. Proto potřebujeme mít dostatečné kompetence i vliv. Politici si nepřejí komoru silnou, chtějí, aby byla poslušná. V tom je problém.

Převzato z časopisu Tempus Medicorum, redakčně kráceno

## Výběr z usnesení XXIX. sjezdu delegátů ČLK

- Sjezd požaduje, aby MZ navýšovalo cenu práce nositele výkonu každý rok o 10 %. ČLK proto požaduje další zvýšení platby pojistného za tzv. státní pojištěnce a schválení zákonné úpravy, která zajistí pravidelnou valorizaci této platby v závislosti na vývoji výše průměrné mzdy v ČR. ČLK požaduje zvýšení minimálního pojistného pro OSVČ, zavedení tzv. zdravotní daně na tabákové výrobky a na alkohol.
- ČLK požaduje sjednocení způsobu odměňování lékařů pracujících v nemocnicích, a to buď závazností tarifních platových tabulek pro všechny poskytovatele lůžkových zdravotních služeb, kteří mají smlouvy s pojišťovnami, nebo vytvořením speciální tarifní tabulky pro lékaře a zdravotníky.
- ČLK prosazuje, aby v rámci tzv. úhradových vyhlášek bylo upuštěno od ryze matematických regulací objemu poskytnutých zdravotních služeb, předepisování léčivých přípravků a vyžádané péče. ČLK odmítá, aby zdravotní pojišťovny nadále regulovaly spotřebu zdravotní péče prostřednictvím lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb.
- Autonomii lékařů při rozhodování v odborných medicínských otázkách považuje ČLK za základní podmínku bezpečnosti pacientů. ČLK bude i nadále usilovat o zachování této autonomie a bude bojovat proti všem pokusům ji omezovat.
- ČLK podporuje právo pacientů na svobodnou volbu lékaře. Z toho důvodu požaduje, aby zdravotní pojišťovny alespoň částečně proplácely zdravotní péči poskytnutou jejich klientům na základě jejich svobodné volby nesmluvním poskytovatelům a aby byly povinny hradit svým klientům těmito poskytovateli předepsané léky a zdravotní pomůcky i indikovanou péči.
- ČLK žádá, aby stát jako garant zdravotní péče razantně navýšil finance investované do specializačního vzdělávání lékařů a důsledně kontroloval jejich smysluplné vynakládání.

Inzerce M151000822



**RENAULT**  
 Passion for life

## 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. Každá je dostupná pouze u konkrétního smluvního partnera. 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> 25–123 (g/km). Evropské spotřební údaje a emise CO<sub>2</sub> jsou změněny metodikou stanovenou dle platných právních předpisů vyžadovaných pro homologaci vozidla. Vybavení je pouze ilustrativní.

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



## ROZHOVOR

# Nový zákon o vzdělávání opakuje minulé chyby

Předseda sdružení Mladí lékaři Jiří Šedo poukazuje na podvádění v systému vzdělávání či nesamostatné mladé lékaře, o jejichž reálné školení se nikdo nezajímá, protože chybí finanční motivace pro školitele. Stát podle něj vynakládá na předatestační přípravu málo a většinu nákladů nechává na zaměstnavatelích.

**Jak je v nemocnicích porušován zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta?**

Porušování zákona se děje dvojnásobným způsobem. Řadě lékařů současný systém neumožňuje splnit náročné požadavky stanovené vzdělávacím programem. Proto jsou nuceni podvádět a do logbooků jim školitelé potvrzují i výkony, které neprovedli, a stáže, které absolvovali pouze ve velmi redukovatelné podobě oproti předepsanému rozsahu.

Ten druhý způsob spočívá v tom, že podle zákona nemůže lékař v přípravě vykonávat lékařské povolání samostatně. Přesto jsou ve většině nemocnic, včetně těch fakultních, noční služby obsazovány neatestovanými lékaři. Tito lékaři někdy nemají ani určeného atestovaného lékaře na telefonu, aby ho mohli požádat o radu či reálnou fyzickou dostupnost. Větší nemocnice se snaží služby pokrýt lékaři, kteří jsou držitelé certifikátu o absolvování kmene (tedy přibližně se dvěma lety praxe), ani to však neznamená, že by mohli podle zákona sloužit samostatně. I v 21. století je tedy v ČR běžná situace, kdy absolvent lékařské fakulty nastoupí do nemocnice a za 2 měsíce i dříve nastupuje do režimu nočních služeb se zkušenějším lékařem na telefonu, u kterého se však nepředpokládá, že bude v případě potřeby fyzicky přítomen. Tuto situaci nelze omlouvat nedostatkem lékařů ani tím, že takto to v minulosti v našem zdravotnictví bývalo vždycky. Nároky na právní odpovědnost lékařů jsou nyní vyšší než dříve.

**Jaký je rozdíl ve vzdělávání lékařů ve velké nemocnici a menší krajské?**

Lékaři v malých nemocnicích musí počítat s tím, že je v rámci předatestační přípravy čeká řada stáží na pracovištích s akreditací tzv. vyššího typu. Otcové a matky dětí pak musí často zanechat svo-



Foto: archiv

ji rodinu doma a absolvovat třeba několikaměsíční „kolečka“ ve velkých městech. To je věc, která přináší řadu komplikací, přičemž není řešením tyto stáže jednoduše rušit, bez nich se zkrátka žádný moderní systém vzdělávání neobejde, ale jde o jejich efektivitu. Představte si situaci chirurga, který takto opustí rodinu a na stáži ve velké fakultní nemocnici mu neumožní asistovat u těch nejsložitějších výkonů, ale posadí ho na oddělení, kde dělá rutinní, vesměs administrativní činnosti a nikdo se mu nevěnuje. Tam se potom nelze divit nastupující frustrací.

U velkých nemocnic sice není nutné takové stěhování, přesto nejsou předepsané délky stáží dodržovány. Ale zase jde hlavně o kvalitu, která často pokulhává. Vzpomínám si, jak jsem viděl dva stážisty na oddělení anesteziologie a resuscitace (ARO) v jedné české nemocnici, kteří se aktivně snažili zapojit do provozu, ale většinu času si jich nikdo nevídal, nedával jim úkoly, a tak už potom spíše rezignovaně sledovali provoz kolem sebe a smířili se s pozicí pasivních pozorovatelů. Přitom ve vzdělávání nelze úplně všechno nechat pouze na dobrovolnosti a na aktivitě jednotlivých stážistů. Je potřeba tyto lékaře zapojit do provozů, kde se mohou něco potřebného naučit, kde se jim bude někdo aktivně věnovat a kde mohou sami provádět různé činnosti a výkony, jež se jim v budoucí praxi mohou hodit.

Jedno ale mají oba typy zařízení společně – stát na vzdělávání lékařů přispívá zcela minimální částkou, a tak zůstávají značné finanční náklady spojené s předatestační přípravou na bedrech zaměstnavatelů. Nemocnice pak zcela přirozeně vychovávají pouze lékaře potřebné k zajištění vlastního provozu a ty si zavazují různými kvalifikačními dohodami, aby neodešli jinam. To následně vytváří nedostatek odborníků v těch zařízeních, která vzdělávat nemohou, vážně přirozený pohyb lékařů mezi různými poskytovateli a na pracovním trhu není dostatek specialistů v žádaných odbornostech. V zahraničí je situace zcela jiná. V západních zemích stát většinou přispívá hlavně výukovým nemocnicím nemalé částky na specializační vzdělávání mladých lékařů.

**Když porovnáte vzdělávací systémy v cizině a u nás, které zásady by bylo možné do našeho převzít?**

Ten zásadní rozdíl a inspirace možná spočívá už v samotném užívání pojmu. Při mých výjezdech do zahraničí jsem si hned ze začátku všiml, že v anglosaských zemích nepoužívají termín specializační vzdělávání, ale mluví zásadně o tréninku. U nás skutečně tvrdí jakási představa, že těžištěm přípravy lékařů jsou přednášky, a nejvíce se sleduje, zda lékař absolvoval všechny povinné kurzy neboli maratony teoretických přednášek. Tím hlavním těžištěm by ale měl být trénink – tedy že lékař si musí sám ozkoušet pod dohledem kvalifikovaných specialistů celou řadu odborných činností, aby byl připraven řešit ve své praxi základní spektrum klinických situací a provádět základní okruh výkonů, jež mu umožní univerzální uplatnění napříč systémem. V oborech, které jsou takto koncipované, musí absolvent například zvládat práci nejen na standardním oddělení, ale i na jednotkách intenzivní péče a v ambulantním režimu, a nelze říci, že nějaký lékař se například na intenzivní péči nehodí.

Druhou věcí je efektivita. V zahraničí mají obecně podstatně méně stáží mimo domovská pracoviště, ale dokážou je využívat mnohem lépe, protože školitelé se stážistům intenzivně věnují a zapojují je do provozu přesně na pozici, kde jsou exponováni různými situacím. Pokud tedy existuje pro celou nemocnici nějaká centrální resuscitační služba, tak v případě její aktivace běhá po zařízení nejen atestovaný lékař se sestrou, ale provází ho a asistuje mu jeden nebo i více neatestovaných lékařů, kteří jsou tímto exponováni řadě resuscitací či jiných akutních zásahů třeba i několikrát denně. To v našich špitálech není zažité, není to standardem, a to by bylo potřeba změnit.

Také ale nezapomeňme, že v zemích s kvalitním zdravotnickým systémem se tréninku mladých lékařů věnují zkušební školitelé, kteří mají na tuto činnost ve svém pracovním programu vyhrazen časový prostor a jsou náležitě finančně ohodnoceni. Trénink pak představuje pro tyto zkušené lékaře prestižní záležitost a mladí pro ně nejsou pouze zátěží.

**Kde v praxi současný systém vzdělávání českých lékařů ohrožuje pacienty, kde je naopak ohrožen sám mladý lékař?**

Obávám se, že například procento atestovaných lékařů v ČR, kteří si alespoň jednou během specializační přípravy zkusili asistenci u akutní resuscitace na vlastní kůži, je podstatně nižší než u kolegů v západních zemích. Přitom vzdělávací programy a logbooky všech hlavních českých specializací obsahují povinnost resuscitací prakticky provádět hned několikrát. Ale už jsem naznačil, často se v tomto ohledu podvádí a někdy nejsou požadované výkony v logbooku reálně splněny. Když se potom takový specialista bez patřičné zkušenosti nenadále setká s nutností provést rozšířenou resuscitaci u svého pacienta a nemá hned po ruce anesteziologa, tak dojde k poškození pacienta velmi snadno.

Mladý lékař je potom samozřejmě ohrožený zpravidla tím, že adekvátně nezareaguje na nějaký klinický stav u svého pacienta nebo že nebezpečný stav ani nerozpozná. Představte si například mladého lékaře, který nepozná na EKG vzniklý akutní infarkt myokardu či jinou patologii. Možná si řeknete, že se to měl naučit už na fakultě, ale hodnocení EKG není vždy úplně triviální záležitost a nedá se naučit pouze teoreticky – k tomu je potřeba i určitá klinická zkušenost. A pokud jde o praktické dovednosti absolventů českých lékařských fakult, ty také nejsou vždy takové, jaké by měly být. Na jednom semináři pro mediky v posledním ročníku medicíny z různých škol jsem se ptal účastníků, zda je někdo během studia zkoušel ze znalosti EKG. Byl jsem nemile překvapen, kolik z těch studentů se přihlásilo, že je nikdo nikdy z EKG nezkoušel, a to měla většina z nich za sebou už i závěrečnou stážnici z vnitřního lékařství! Závěrečná stážní zkouška z interny často probíhá tak, že praktická část je téměř formální záležitostí a v části teoretické už zkušební povídá na nějaké dané téma a odpovídá na otázky. Že by někdo před zkoušením při zkoušce před komisí předložil EKG a zeptal se, jak by ho vyhodnotil, není zrovna častá praxe, pokud v komisi zrovna nesedí zapálený kardiolog.

**Zmírní tato rizika přijetí novely výše uvedeného zákona? V čem jsou největší trhliny připravované legislativy?**

Zákon sám o sobě nemá sílu změnit aktuální praxi. Obávám se, že nová zkouška po kmenech, kterou chce zavést novela zákona o vzdělávání, bude mít stejný formát jako dříve zmíněná závěrečná zkouška na lékařských fakultách nebo při atestacích a nikterak nezajistí, že tito lékaři v praxi obstojí lépe než dosud. Zákon tedy bude znamenat pro mladé lékaře další tzv. biflování na novou zkoušku a jejich starší kolegové budou trávit svůj drahocenný čas ve zkušebních komisích. Mám dojem, že se zkoušením pouze nahrazuje nedostatek financí ve vzdělávacím systému. Nikdo finančně neohodnotí starší zkušené lékaře, kteří zaučují mladé čistě dobrovolně. V tomto se stále opakují chyby let minulých – opět stanovujeme nové požadavky bez vytvoření reálných předpokladů k jejich splnění. Neříkám, že zkouška je principiálně špatná, ale jádro problému leží jinde – musíme řešit praktickou přípravu, praktické dovednosti a zkušenosti.





Ilustrační foto: Shutterstock

Přítom lékaři budou mít větší zodpovědnost než dosud, po dvou letech budou zcela legálně sloužit sami v nemocnicích s atestovaným lékařem na telefonu. Když potom mladý lékař zkušebnímu nahlásí, že u pacienta neshledal na EKG známky akutního koronárního syndromu, myslíte, že atestovaný lékař pokaždé vezme auto a pojedete se podívat, zda ho mladý lékař zhodnotil správně? Ano, mohou si v dnešní době EKG poslat třeba emailem, ale na spádové příjmové interní ambulanci můžete mít takových pacientů za noc několik...

#### Jaká rizika vidíte v systému odborného dozoru/dohledu, který bude na mladé lékaře dávat pozor? A jak funguje takový dohled nyní?

Přinos novely zákona spatřujeme v tom, že by měl rozlišit odborný dozor nad lékařem, který ještě nesložil zkoušku po kmeni, tedy zhruba do dvou let praxe. Přímou v daném zařízení pak musí být do 10 minut přítomný zkušební lékař, aby mladšího dozoroval. Lékaři po složení zkoušky po kmeni (tedy po cca dvou letech praxe) budou pracovat pod dohledem, což znamená, že zkušenější lékař může být pouze na telefonu a dostupný až do 30 minut. My se především obáváme, aby zákon neposloužil k pouhému

zamaskování nedostatku atestovaných lékařů tím způsobem, že i v těch náročnějších provozech s jednotkami intenzivní péče budou sloužit samostatně lékaři bez atestace za pouze formálního dohledu atestovaných lékařů, kteří nebudou reálně dostupní. Všechna zodpovědnost pak plně dopadne na tyto neatestované lékaře.

#### Bude dostatek odborníků v dotčených oborech, které budou ze skupiny základních oborů vyřazeny?

To je další velká obava, kterou sdílíme s dotčenými odbornými společnostmi. Nejde ani tak o to, že by myšlenka zredukovat obory byla sama o sobě chybná, redukce je do určité míry žádoucí. Potíž je ovšem v realizaci. Dotčeným oborům nikdo neřekl žádný plán, jak bude zajištěn dostatečný počet odborníků v jejich oblastech, a to včetně regionální dostupnosti. Mimo jiné se redukce týká specializovaných interních oborů – gastroenterologie, nefrologie, endokrinologie a diabetologie, revmatologie, angiologie, geriatrie a pneumologie. Pokud bude příprava v těchto specializacích navázána až na složení atestační zkoušky z vnitřního lékařství po 5 letech praxe, tak tyto lidé budou mít před sebou přibližně 6-8 let přípravy a celkem tři te-

oretické zkoušky (po 2 letech po kmeni, po 5 letech vnitřní lékařství, po 6-8 letech specializace), přičemž dosud byla pouze jedna zkouška po 5 letech praxe. V zákoně je jasně uvedeno, že přípravu v nadstavbovém oboru nelze zahájit před atestační zkouškou. Autoři zákona mluví o jakém si zásuvkovém systému, a přitom nikdo neví, jak by tento systém měl přesně vypadat, aby byl kompatibilní s novelou zákona o vzdělávání a hlavně s evropskou legislativou.

Kde budou lékaři absolvovat vlastní specializační výcvik z vnitřního lékařství, když řada pracovišť je akreditována pouze na konkrétní interní specializaci, například na pneumologii nebo nefrologii, ale již nikoli na samotné vnitřní lékařství? Bude se to řešit tím způsobem, že se rozšíří akreditace pro vnitřní lékařství i pro tato úzce specializovaná pracoviště? To by zcela popíralo samotnou hlavní myšlenku novely zákona!

Pokud tyto specialisté budou muset absolvovat část výcviku na jiném pracovišti s akreditací pro vnitřní lékařství, kdo navýší ka-

pacitu těchto akreditovaných pracovišť a kdo pokryje výpadek lékařů ve výcviku na jejich domovském pracovišti? Vystává několik takovýchto otázek, na které MZ vůbec nereaguje a nepředložilo dosud žádný jasný koncept, jak by měl systém fungovat jako celek a jaké budou jeho předpokládané dopady.

Hlavní však je, jaké důsledky to může mít pro konkrétní pacienty. V menších městech mohou v budoucnu chybět například gastroenterologové a my se ptáme, jak se takové situace budou řešit. Budou moci kolonoskopie provádět i všeobecní internisté? Nebo snad chirurgové, kterých je už dnes velký nedostatek? Kdo bude garantovat jejich erudici v této velmi specializované oblasti?

#### Vyplývá z novely zákona pro ministerstvo zdravotnictví povinnost kontrolovat kvalitu vzdělávání?

Přesně to je věc, kterou novela úplně ignoruje. Chybí tam jednoznačně stanovená odpovědnost, kdo za kvalitu vzdělání lékaře zodpovídá, tedy kromě toho, že zákon

deleguje řadu povinností na školiitele. Jak má ale tento školiitel zajistit kvalitu, když se mu školenec pohybuje v nefunkčním a podfinancovaném systému?

Za přípravu lékařů dnes není nikdo jasně zodpovědný. Jedna lékařská fakulta eviduje lékaře v přípravě a jiná zase kontroluje splnění požadavků před atestací, to jsou jejich povinnosti, ale nikde není psáno, kdo zodpovídá za kvalitu celé přípravy a kdo jí má hodnotit.

My se domníváme, že za kvalitu primárně odpovídá ministerstvo zdravotnictví. Mělo by ji proto aktivně kontrolovat, a to obzvláště tam, kde investuje prostředky ze státního rozpočtu – tedy u rezidenčních míst. Hodnocení kvality se nesmí omezit na nic neříkající kontrolování formalit, jako jsou smlouvy, podpisy u indexů a logbooků, jak tomu bylo doposud. Kvalitu musí především hodnotit samotní lékaři, kteří se v systému specializační přípravy nacházejí anebo ji čerstvě dokončili. Žádná taková dotazníková šetření však neproběhla.

připravila Petra Klusáková

## Který lékař má na starost vyřízení informovaného souhlasu pacienta?

Kdo z lékařů by měl podepisovat informovaný souhlas pacienta s výkonem – indikující klinik (např. internista, lékař ARO apod.), nebo lékař výkon provádějící (např. radiolog, chirurg apod.)? V našem lékařském týmu na to nemáme jednotný názor.



odpovídá  
Mgr. Barbora Vráblová,  
Kancelář Ombudsmana  
pro zdraví

bách – a rovněž podle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci – s pacientem podepsat ten zdravotnický pracovník, který je způsobily k provedení výkonu, jehož se souhlas týká. Tedy nikoli ten, který jej objednal, ale ten, který jej vykonává.

tedy musí vždy předcházet rozhovor. V něm má lékař pacienta informovat o příčinách a původu problému, který bude výkonem řešen. Dále pak o účelu, povaze, přínosech, důsledcích a rizicích výkonu, o jiných možnostech řešení, o postupu léčby, která bude navazovat, a o případných omezeních a doporučeních.

V případě, že pacient pouze podepsal standardizovaný formulář bez předchozí podrobné informace výkon provádějícím lékařem, není možné považovat souhlas pacienta za řádně udělený.

Informovaný souhlas pacienta má podle zákona o zdravotních služ-

Samotný podpis je navíc vázán na předchozí poučení. Souhlasu

## Je tady moderní VZP Point. Nahradil starý Portál VZP

Portál VZP je od 5. prosince minulostí. Po odstávce ho 14. prosince nahradila moderní komunikační platforma – VZP Point. Ta přináší některé novinky. Pokud jste se doposud přihlašovali certifikátem, můžete ho dál používat. Až vyprší, můžete nově využít přihlašování pomocí jména a hesla. Stačí podepsat

s VZP novou smlouvu o elektronické komunikaci. Nově též můžete nahrát jedno nebo více podání do tzv. DR zóny. Tento prostor najdete v menu „Nové podání“ jako „Založit podání ze souboru“. Podání už není nutné podepisovat certifikátem. Stačí je nahrát a kliknout na „obálku“. Informa-

ce o zpracování podání a případné výsledné sestavy najdete v menu „Odeslaná podání“. Abonované sestavy najdou lékaři v rámci informací v menu „Vyúčtování“. Všichni lékaři budou tyto sestavy dostávat jen přes VZP Point bez nutnosti aktivace. Věříme, že pokud jste už VZP Point vyzkoušeli, byli jste spokoje-

ni. Přesto jsou na webových stránkách názorná instruktážní videa a nechybí odpovědi na časté dotazy. Pracovníci VZP jsou připraveni pomoci na čísle 952 222 222 a na adrese ekk@vzp.cz





## NÁZORY

## Rok velké lopaty

Cíl je stále neznámý, výhled omezený, přesto zdravotnictví projelo i rokem 2015 bez větších nehod. Proto je čas, aby se řidič pochválil.

Možná za tím byla nějaká taktická úvaha, že ministr zdravotnictví zhodnotil své působení v resortu v roce 2015 raději sám na tiskové konferenci, ještě než se na to mohl vrhnout někdo zvenčí. Že se pochválil, málokoho překvapí. Bylo nicméně hodno pozornosti, jak dlouho dokázal Svatopluk Němeček hovořit o tom, co se za (téměř již) uplynulý rok ve zdravotnictví stalo. Víc než dvacet minut! A to se ve skutečnosti nestalo vlastně nic.

## Úspory? Utratit!

Hned na začátek se ministr Němeček pochválil za to, že se podařilo zrušit regulační poplatky. Bez ohledu na to, zda sdílíme ministrův názor, že je to tím nej-



Martin Čaban

lepším, co mohlo zdravotnictví potkat, je třeba říci, že regulační poplatky se pohříchu podařilo zrušit celkem hluboko v roce 2014, pouze od ledna 2015 začaly platit příslušné normy. A na tento fakt sám se tedy ministr letos věru nenadřel. Vydávat to za jeden z úspěchů letošního roku je hodně odvážné. Ale co zbývá, když není kde brát... Další Němečkova samochvála se týkala růstu platů, úhradové vyhlášky nebo navýšení ceny práce, což lze dohromady označit jako hnutí peněz do zdravotnictví opravdu velkou lopatou za velmi výrazného upřednostnění nemocničního segmentu. To je něco, co jde současnému ministrovi skutečně znamenitě. Ekonomika

roste, tak to tolik nebolí, utratit se dá všechno, a kdo by myslel na nějaké rezervy pro případ mimořádných událostí, je škarohlíd. Volné peníze na účtu SÚKL? Utratit. Úspory z rychlejších lékových revizí? Utratit. A tak dál. Miliardy tečou, trubky pořád sáknou, ale lékařská komora i odbory brblají o něco tišeji než jindy. Takže fajfka za jasný úspěch a v příštím roce pokračujeme zvesela ve stejném duchu.

## Cíl cesty neznámý

Sečteno a podtrženo, pokud jde o systémové změny, nestalo se v českém zdravotnictví v roce 2015 zřetelně nic. Vzdělávání lékařů zůstává předpotopní a změna se odsouvá kamsi do poloviny příštího roku (přínejlepším). Neziskové nemocnice nejsou a nebudou, žádná škoda, pojišťovny



Foto: Leoš Chodura

zůstanou, jak jsou, což je velká škoda, na DRG se pracuje, podle všeho zřejmě i systematicky a dobře, ale je to na dlouho. Zdravotnictví jede setrvačností, ministr jej se zájmem zpovzdálí sleduje, a když se na cestě objeví díra, zasype ji penězi, aby to tolik nedrncalo. Cíl cesty je neznámý, nevidíme ani za další zatáčku a řízení se nekoná. Abychom nebyli úplně nespravedliví, právem se ministr poplácal po vlastním rameni za „transparenční novelu“, kte-

rá zatrhl pojišťovnam pochybné náborové praktiky a nařídila zveřejňovat smlouvy. Že by tato opatření přinesla nějaký bezprostřední efekt, to ne. Ale průhlednost zdravotnictví sluší a pouliční naháněči klientů nikoli. Na druhé straně je tato norma ze všeho nejvíc úlitbou protikorupčnímu a transparentnímu společenskému étosu, nikoli systémovou změnou, která by zdravotnictví ukázala nějaký směr. Pro rok 2015 to ale bude muset stačit.

## Stanovisko Unie zaměstnavatelských svazů ČR k návrhu zákona o NZO

UZS ČR po vnitřní diskusi odmítá návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích (ZNZO) a zaslala kritické připomínky k textu k veřejným zdravotnickým organizacím.

1. Jsme toho názoru, že u takto zásadní právní normy mělo být postupováno cestou věcného záměru zákona, což by umožnilo širší a hlubší veřejnou diskusi nad potřebností a parametry navrhované právní normy.



Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR

2. Návrh vytváří soustavu nemocnic první a druhé kategorie, nemocnice první kategorie mají pak automaticky nárok na smlouvu se zdravotními pojišťovnami, nemocnice druhé kategorie nikoli, přitom se vůbec nebere ohled na nákladovou efektivitu či kvalitu poskytované zdravotní péče.

3. Nejsou jasná a konkrétně nastavena objektivní kritéria výběru neziskové zdravotnické organizace (NZO), ZNZO neobsahuje dostatečné garance, že při výběru nemocnic do kategorie NZO nedojde k diskriminaci spojené s protústavním zásahem do práva vlastnit majetek. ZNZO dále vytváří značný korupční prostor na úrovni ministerstva zdravotnictví. Vy-

běr NZO bude prováděn na základě vágních kritérií, je netransparentní a nepřezkoumatelný v soudním řízení, je zde riziko naprosté libovůle na úrovni ministerstva. Z těchto důvodů může pak být ZNZO v rozporu s nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS 51/06 ze dne 27. 9. 2006.

4. Zcela nesystémově a diskriminačně zasahuje do rozdělení úloh v českém zdravotnictví. V současnosti zdravotní pojišťovny vybírají poskytovatele zdravotních služeb ve výběrovém řízení podle ust. § 46 a násl. zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, u NZO se výběrové řízení nebude konat a zdravotní pojišťovny budou mít kontraktní povinnost uzavřít smlouvu s NZO vybranou ministerstvem zdravotnictví v netransparentním řízení bez možnosti jakéhokoli přezkumu a dále bez účasti případných konkurenčních nemocnic. Zdravotní pojišťovny budou nadále od-



FN Motol | Foto: Tomáš Novák / Euro

povědně za zajištění poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti, ale budou mít přitom značně svázané ruce kontraktní povinností vůči NZO. To představuje nesystémovou revoluci v českém zdravotnictví.

5. Návrh ZNZO dezinterpretuje koncept služby v obecném hospodářském zájmu jako *bianco šek*, na základě kterého lze NZO bez jakékoli kontroly poskytnout neomezené množství veřejných prostředků. Návrh ZNZO neposkytuje dostatečné záruky účelného nakládání s veřejnými prostředky. Konkrétně neposkytuje dostateč-

né záruky toho, že NOZ nebudou tunelovány prostřednictvím dodavatelů léčivých přípravků, zdravotnických pomůcek, IT služeb, právních, účetních nebo konzultačních služeb nebo jiným obdobným způsobem.

6. Zákon vytváří novou právní formu, která je „hybridem“ mezi neziskovou a veřejnou sférou a která bude přiřazena do neziskového sektoru. Očekávali bychom spíše omezení počtu takových hybridních typů organizací.

**Návrh ZNZO je v rozporu s:**

- čl. 1 Listiny, který garantuje rovnost v právech;
- čl. 11 odst. 1 Listiny garantující-

cím právo vlastnit majetek, včetně ochrany zásady, že vlastnické právo všech vlastníků má stejný zákonný obsah a ochranu;

- čl. 26 odst. 1 Listiny, který garantuje právo podnikat;
- čl. 36 odst. 1 a 2 Listiny, podle kterých se každý může domáhat svého práva u nezávislého a nestranného soudu či jiného orgánu a podle kterých se každý dotčený rozhodnutím orgánu veřejně zprávy může obrátit na soud s žádostí o přezkoumání zákonnosti takového rozhodnutí;
- ústavním principem ochrany legitimitního očekávání;
- ústavním principem obecnosti zákona;
- ústavním principem právní jistoty;
- čl. 4 Ústavy, podle kterého jsou základní práva a svobody pod ochranou soudní moci;
- čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie, podle kterého podniky pověřené poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu podléhají pravidlům obsaženým ve Smlouvách, zejména pravidlům hospodářské soutěže;
- čl. 107 odst. 1 Smlouvy o fungování Evropské unie, podle kterého jsou zakázány diskriminační veřejné podpory;
- ust. § 19a odst. 1 zák. č. 143/2001 o ochraně hospodářské soutěže, podle kterého orgány veřejné správy nesmí podporou zvýhodňovat určitého soutěžitele nebo jiným způsobem narušit hospodářskou soutěž.



# Úhrada zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb



**PORADNA Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR**

*Základní podmínkou pro úhradu zdravotních služeb poskytnutých pojištěncům VZP v pobytových zařízeních sociálních služeb (PZSS) je existence zvláštní smlouvy těchto zařízení s VZP.*

Zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetrovatelskou péčí budou poskytovat jeho zdravotničtí pracovníci, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání.

Ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb může být hrazena, pouze pokud je poskytována **na základě ordinace ošetrojícího lékaře** a za splnění podmínek, které pro jednotlivé výkony stanoví seznam zdravotních výkonů.

## **Základní pravidla pro vystavení dokladu 06/ORP**

Doklad 06/ORP vystavuje vždy a pouze indikující lékař maximálně jedenkrát za 3 měsíce. Na dokladu musí být jednoznačně specifikována objednávka hrazené zdravotní služby. Indikována a k realizaci přijímána může být jen taková objednávka zdravotní péče, která je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Činnosti související s pobytem, hygienou, stravováním, akti-



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

vizací pacienta, pomocí při zvládnutí běžných úkonů při péči o vlastní osobu, včetně dohledu nad dodržováním léčebného režimu, nepatří mezi hrazené zdravotní služby bez ohledu na fakt, že je provádí kvalifikovaný zdravotnický pracovník. Pokud PZSS převezme doklad vyplněný a specifikovaný neúplně a nejednoznačně, vystavuje se riziku, že veškerá k úhradě vykázaná péče může být v případě kontroly ze strany plátce odmítnuta.

## **Zdravotnická dokumentace v PZSS**

Zdravotnická dokumentace obsahuje záznamy o poskytnutých zdravotních službách

a musí být vždy oddělena od další dokumentace o poskytovaných sociálních službách.

Zápis do zdravotnické dokumentace provede bezodkladně příslušně kvalifikovaný zdravotnický pracovník, který hrazenou službu pacientovi poskytl. Jestliže zápis pořídí jiný zdravotnický pracovník, musí být vždy uvedeno, kdo zdravotní péči skutečně poskytl. Jinak není zápis považován za správný a úplný a zdravotní péči nelze vykázat k úhradě z veřejného zdravotního pojištění.

Ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci musí vyplývat, že k úhradě byla vykázaná jen péče jednoznačně indikovaná lékařem a přísně v rozsahu této indikace. Zdravotní péče poskytnutá bez indikace nebo nad rámec indikovaného rozsahu je péčí z veřejného zdravotního pojištění nehrazenou.

Pokud jsou všechny činnosti a úkony zdravotnického personálu bez ohledu na jejich úhradu součástí jedné ošetrovatelské dokumentace, musí být ze záznamů také zřejmé, která péče byla poskytnuta jako zdravotní služba vykázaná následně

k úhradě z veřejného zdravotního pojištění, a která jako klientem placená zdravotní služba.

Při kontrole předkládá PZSS revizním zaměstnancům pojišťovny i seznam kvalifikovaných zdravotnických pracovníků, kteří průkazně poskytovali a dokumentovali zdravotní péči v šetřeném období tak, aby mohl být objektivizován rozsah nároku na úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

## **Indikace výkonu 06613 a jeho vykázaní k úhradě**

- Výkon s kódem 06613 Ošetrovatelská intervence lze indikovat a následně vykázat k úhradě v těchto případech:
- k provedení časově omezené léčebné rehabilitační péče, resp. rehabilitačního ošetrovatelství (max. na dobu 3 měsíců), např. po úrazech, CMP,
- k přechodnému měření fyziologických funkcí (v dokumentaci lékaře musí být relevantní zdravotní důvod),
- k aplikaci inzulínu s. c. inzulínovým perem, popř. pumpou, při selhání nácviku a jen výjimečně,
- k podání léků per os, vždy jen tam, kde ze závažných zdravotních důvodů indikující lékař rozhodne o takové aplikaci léčivého přípravku kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem.

Výkon s kódem 06613 je možné vykázat k úhradě jen tehdy, pokud ze zdra-

votnické dokumentace prokazatelně plyne, že byla naplněna jeho časová dispozice 10 minut.

Jako výkon 06613 Ošetrovatelská intervence **nelze** vykázat k úhradě z veřejného zdravotního pojištění například:

- nutriční screening,
- bazální či somatickou vestibulární stimulaci,
- dohled nad pacientovým dietním režimem,
- somatickou stimulaci dlouhodobých paměťových drah,
- terapeutickou koupel dle konceptu Bobatha s výměnou inkontinenčních pomůcek,
- kontrolu polohy pacienta a spánku,
- aktivizaci pacienta v podobě vysazování, běžného polohování, dohledu a pomoci při chůzi v chodítku či o berlích, doprovodu na WC či do koupelny apod.,
- ošetrování kožních lézí biolampou (je vykazováno jako výkon 06635 – Vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou, ošetření kožních lézí přístrojovou technikou).

Pokud má PZSS uzavřenou zvláštní smlouvu, nemůže být současně vykazována péče v odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách) a 925 (sestra domácí zdravotní péče). Ošetrovatelská péče v podobě výkonů domácí zdravotní péče může být indikována a vykazována k úhradě jen v případě, že PZSS nemá zvláštní smlouvu s pojišťovnou.

**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)**

## Z DOMOVA

# Návrh zákona ohrožuje budoucnost prevence a léčby závislostí

Nový návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který by měl nahradit stávající zákon č. 379/2005 Sb., obsahuje řadu sporných bodů, nad nimiž se ovšem málokdo pozastavuje.

V tuto chvíli zde nejde jen o zákaz kouření, ale o celé spektrum ohrožených služeb a koordinaci protidrogové politiky vůbec. To však bohužel zůstává zcela ve stínu široké a emotivní diskuse o kouření v restauracích. Jedním ze sporných bodů návrhu zákona je například změna v po-

stavení protidrogových koordinátorů, kteří nyní situaci v krajích řídí a nejlépe vědí, co je pro daný kraj potřebné. Navíc mají důležité slovo v přidělování dotací těm organizacím a službám, které jsou v rámci prevence a léčby závislostí nejvíce potřebné. Podle návrhu nového zákona však

kraje už nemusí, ale jen mohou jmenovat protidrogového koordinátora. Ani vláda by podle nového návrhu už nemusela zvolit národního koordinátora či sestavit protidrogovou radu. Tím by se nám rozpadla celá protidrogová péče. Ohroženi tak mohou být pracovníci, kteří se každý den snaží pomoci závislým takřka přímo na ulici, či lidé, kteří je koordinují s pomocí velmi omezených finančních prostředků. A to se děje za situace, kdy před pár dny byla národním protidrogovým koordinátorem představena výroční zpráva o stavu drog v ČR za uplynulý rok, z níž celkem jasně vyplynulo, že kromě

stále se zvyšujícího počtu závislých na pervitinu průběžně stoupá riziková konzumace alkoholu a tabáku, a to zejména u dětí a mladistvých.

Nový zákon v současné podobě vnímáme jako zásadní ohrožení pro budoucnost prevence a léčby závislostí u nás. Jednoho dne se totiž může stát, že se budeme divit, do jaké míry stoupl počet závislých na tvrdých drogách doprovázený vysokým počtem HIV-pozitivních a nekontrolovanou epidemií hepatitid B a C. Zároveň už dlouhé roky upozorňujeme na podfinancovanou prevenci v těchto oblastech a vysokou toleranci české společnosti



Illustrace foto: Shutterstock

vůči konzumaci návykových látek dětmi a mladistvými. V této souvislosti si musíme uvědomit, že výdaje za léčbu jednoho závislého se pohybují v milionech, což je nesrovnatelně vyšší náklad pro společnost než výdaje na prevenci, díky které by k léčbě nemuselo dojít vůbec či v minimální míře.

Mgr. et Mgr. Helena Rampachová, předsedkyně Asociace neziskových organizací (A.N.O.) poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním, která sdružuje 20 klíčových organizací zabývajících se prevencí a léčbou závislostí v České republice

## Organizační změny ve společnosti Heaton

Na pozici výkonného ředitele expandující farmaceutické společnosti Heaton byl jmenován Jan Frederik Mehner.

Působení společnosti Heaton na evropském trhu se stále rozšiřuje. S jejím růstem přicházejí i organizační změny. V listopadu byl do funkce výkonného ředitele pro celou skupinu Heaton jmenován Jan Frederik Mehner, který ve funkci nahradil zakladatele společnosti MUDr. Jaromíra Friče.

Jan Frederik Mehner má za sebou devítileté působení v německé farmaceutické společnosti Helm AG,

kde zastával různé pozice od produktového manažera, vedoucího oddělení marketingu až po vedoucí funkci ve strategickém nákupním oddělení. Kromě rychlého osvojení základů českého jazyka je jeho úkolem pokračovat v pozitivním trendu rozvoje společnosti Heaton jak na zavedených trzích České a Slovenské republiky, tak i na nových trzích Rumunska, Slovinska a Bulharska. (akt)

## APO zakončila třetí ročník na britském velvyslanectví

Setkání absolventů Akademie patientských organizací APO Alumni II se konalo v sídle britské velvyslankyně v ČR Jan Thompsónové, OBE. Pacienti zde diskutovali s představiteli MZ, Světové zdravotnické organizace i Evropského patientského fóra.

Akademie patientských organizací (APO), kam se v roce 2015 spojilo 71 patientských organizací, je edukační projekt určený pro česká patientská sdružení. Snaží se přispět k řešení jejich hlavních problémů a umožnit jim lépe hájit práva i potřeby pacientů. Za jeho zrodem stojí Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). „Snažíme se do diskusí o systému zdravotní péče zapojit i pacienty a jejich organizace tak, aby byl celý systém efektivní a dobře nastavený,“ uvedl výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček. Vzdělávání patientských organizací probíhá pod hlavičkou AIFP již třetím rokem.

Ředitelka Evropského patientského fóra Nicola Bedlingtonová zdůraznila, že pro zdravé fungování

patientské organizace je velmi důležité, aby byla organizace soběstačná. Současným trendem je společná komunikace a spolupráce pacientů s lékaři i zapojením farmaceutického průmyslu.

V současnosti působí v ČR kolem 230 patientských organizací a skupin, téměř polovina z nich je plně aktivní. Nejvíce patientských organizací se věnuje pacientům, kteří trpí onkologickými nemocemi, diabetem, pacientům tělesně postiženým a lidem s duševními poruchami. Nejpočetněji jsou tato sdružení zastoupena v Praze, Jihoomoravském a Ústeckém kraji, své služby ale většinou nabízejí občanům z celé republiky. Celkem v ČR žije více než 4,5 milionu lidí, kterým by patientské organizace mohly pomoci. (red)

## 60 let hemodialýzy v ČR

V České republice byla léčba umělou ledvinou poprvé provedena 10. 12. 1955 u 18leté pacientky. Praha se stala po Vídni, Hamburku, Curychu a švédském Lundu pátým městem v Evropě, v němž lékaři úspěšně hemodialýzu provedli.

Členům tehdejšího dialyzačního týmu udělila v roce 1990 Československá nefrologická společnost čestné členství.

Počet pacientů léčených hemodialýzou se neustále zvyšuje. Zatímco v roce 1991 šlo v ČR o 2064 pacientů, v roce 2014 se jich takto úspěšně léčí již 7756. Diabetici z tohoto počtu tvoří 43 %, 72 % pacientů představují lidé nad 60 let. Budoucnost léčby ledvin lékaři vidí v biologické umělé ledvině nebo ve vytvoření nové ledviny pomocí kmenových buněk. Pomocí hemodialýzy je možné kontrolovat vnitřní prostředí a objem tělesných tekutin, léčba ale neplní svou úlohu v látkové přeměně a při tvorbě hormonů.

„Budoucnost náhrady funkce ledvin by mohla být v používání přenosného dialyzátoru nebo v umělé biologické ledvině. Vědci pracují například na vytvoření nové ledviny pomocí kmenových buněk. Kompletní regenerace ledviny by mohla být možná i s využitím kmenových buněk pacienta v brášínní dutině prasečího embrya s následnou transplantací vytvořené ledviny,“ udává přednosta Kliniky nefrologie 1. LF UK a VFN v Praze prof. Vladimír Tesař. Vedle výrazně lepších možností diagnostiky vyzdvihl prof. Tesař také přínos

screeningu. „Problémem je bezpříznakost onemocnění ledvin. U 40 procent dialyzovaných pacientů je diagnostikováno až ve fázi selhání ledvin. Je reálná šance, že se screening ledvin podaří zařadit a všechny osoby nad 50 let na něj budou jednou za pět let zvány,“ uvedl Vladimír Tesař.

Hemodialýza umožnila pacientům s akutními potížemi návrat do normálního života, chronickým pacientům se díky hemodialýze život prodloužil. „Léčba umělou ledvinou ve své době přinesla i mnoho etických problémů, což však medicínský pokrok přináší vždy,“ dodává primářka Kliniky nefrologie Ja-

na Lachmanová, která poukázala na problematiku polymorbidních nebo nevléčitelně nemocných pacientů, jejichž nemoc se projevuje na všech orgánech. „Z principu může být etické pacienta neléčit, je ale třeba jej o tom informovat. Na pacientovi je rozhodnutí, zda je pro něj výhodnější o dva měsíce kratší, ale kvalitnější život, nebo podstoupení drahé, náročné léčby s řadou nevýhod z hlediska kvality života a nežádoucích účinků,“ dodal prof. Tesař.

O historii a vývoji hemodialýzy se dočtete v některém z dalších čísel Zdravotnictví a medicína. (klu)



Primářka Jana Lachmanová a prof. Petr Tesař | Foto: 1. LF UK



# Liberecká nemocnice je v zisku, profitovat budou i zaměstnanci

Krajské nemocnice Liberec (KNL), která je v současnosti spojena s turnovskou nemocnicí, je za období od ledna do října letošního roku v zisku 114 milionů korun. Vedení chystá odměny. Současně také řeší spor o poskytování péče v regionu.

„Liberecká nemocnice je v zisku 100 milionů korun, hospodaření turnovské nemocnice vykazuje zisk 14 milionů. Ziskového hospodaření jsme dosáhli i přesto, že jsme v letošním roce navýšili mzdy o 8 procent oproti roku 2014,“ uvedl generální ředitel a předseda představenstva KNL Luděk Nečesaný. Představenstvo nemocnice proto rozhodlo o rozdělení 42 milionů korun ze zisku na odměny zaměstnanců, které byly součástí listopadové výplaty. Celkově vzrostly mzdy zaměstnanců oproti roku 2013 o 15 %.

## Stamilionové investice

Nemocnice také investovala několik set milionů korun do nového přístrojového vybavení a renovace budov. Například na radiologickém oddělení obměnila čtyři zobrazovací zařízení. „Vzhledem k tomu, že radiodiagnostické oddělení disponuje celkem 4 stacionárními skiagrafi-

kými přístroji, byla technologie obnovena ze 75 procent. Čtvrtý stacionární přístroj má nemocnice od roku 2009,“ uvedl primář radiodiagnostického oddělení Ladislav Endrych. Nové rentgeny byly do KNL pořízeny z Integrovaného operačního programu Evropské unie za 23 milionů korun. „V letošním roce KNL investovala do přístrojového vybavení celkem 248 milionů korun a nakoupila 170 přístrojových kompletů,“ doplnil Luděk Nečesaný.

## Liberec odmítá osočování z politikaření

KNL také v současné době přebírá péči o pacienty lůžkových interních oddělení, která jsou v nemocnicích ve Frýdlantu a v Semilech transformována na lůžka následné péče. Výhodnost tohoto solidárního se jevícího modelu má být teprve vyhodnocena. Vedení nemocnice Liberec bylo mezitím nařknuto z toho, že chce

získat vliv nad celou frýdlantskou nemocnicí (vlastní ji společnost Euroclinicum) a tím i další peníze do svého rozpočtu. Objevily se hlasy, že záměrem může být snaha pomoci současnému hejtmánovi Libereckého kraje Martinu Půtovi zviditelnit se rok před volbami. Tuto domněnku vyslo-

vil i bývalý ministerský náměstek Ivo Hartman, který obvinil vedení nemocnice Liberec z politikaření. KNL se však ústy své mluvčí Lucie Maděrové ohradila. „Je s podivem, že právě vedení frýdlantské nemocnice bagatelizuje současnou situaci a na webových stránkách nemocnice

slovy pana Ivo Hartmanna osočuje Liberecký kraj a Krajskou nemocnici Liberec z politizování této situace. Krajská nemocnice Liberec, potažmo její akcionáři, se pouze snaží vyřešit situaci vyvolanou soukromým subjektem působícím ve zdravotnictví, společností Euroclinicum, která neumí vyřešit problém se zajištěním odborných lékařů a přenáší tak politickou i odbornou zodpovědnost na někoho jiného,“ prohlásila mluvčí. (ISO)

## Nové Kardiologické centrum AGEL

Jedno z nejmodernějších kardiologických pracovišť vzniklo po rozsáhlé rekonstrukci Kardiologického centra AGEL v areálu Pardubické nemocnice. Nově zbudované centrum nabízí rentgenové přístroje s vysokou rozlišovací schopností, vysokofrekvenční ultrazvuk či přístroje umožňující 3D rekonstrukce krevního řečiště. Celková investice dosáhla 96 milionů korun.



Foto: Agel

ještě týž den propuštění do domácího prostředí. Po zákroku jen několik hodin setrvává ve stacionáři na pozorování,“ vysvětlil primář s tím, že zvýšením kapacity o další katetrizační sál zároveň odpadne nutnost provádět výkony až do pozdních hodin. Nemocným se tak po přijetí výrazně zkrátí doba čekání na výkon.

## Arytmologická ambulance navíc

Do nové budovy byla také přestěhována arytmiologická ambulance. „Zde mohlo navíc dojít i ke zvýšení kapacity a namísto jedné arytmiologické ambulance nyní slouží pacientům dvě. Na nově vzniklém pracovišti se chceme věnovat především telemedicině – v blízké budoucnosti by již pacienti s implantovaným kardiostimulátorem a defibrilátorem nemuseli na kontroly dojíždět, ale pomocí speciálního softwaru dojde k přenosu dat na dálku,“ plánuje lékař z arytmiologické ambulance Aleš Havlíček.

Součástí nové budovy je také výukové centrum, které je stejně jako katetrizační sál technicky vybaveno zázemím pro přímé přenosy z prováděných zákroků. Kardiologické centrum se tak může zapojit do vrcholných vzdělávacích akcí v Česku i ve světě.

Celkové náklady na vybudování moderního centra se vyšplhaly na celkem 96 milionů korun, přičemž ze strukturálních fondů Evropské unie byla uhrzena jedna ze dvou angiolínek v hodnotě 20 milionů korun. Jen stavební investice vyšly na 50 milionů.

(red)

## Krátce z regionů

### ● Thomayerova nemocnice získala Cenu Inovace roku

První cenu 20. ročníku soutěže Inovace roku získala Thomayerova nemocnice v Praze za vynález trubice ze vstřebatelného polydioxanonového vlákna, která zabraňuje zúžení průdušnice při jejím poranění v důsledku úrazů. Výhodou nástroje s názvem ELLA-BD Stent tracheální je v konečném důsledku to, že není nutné pacienta znovu operovat kvůli vynětí trubice. Asociace inovačního podnikání, která cenu uděluje, volila vítěze z dvaceti vybraných produktů. Mezi kritéria, podle nichž asociace vybírala, patřila technická úroveň produktu, původnost řešení a postavení produktu na trhu spolu s jeho efektivností či vliv inovativního řešení na životní prostředí.

### ● Grant Pardubického kraje pomůže zaškolit mladé lékaře

Pardubický kraj vypsal nový grant, který má pomoci mladým absolventům medicíny při získávání praxe. Kraj se tak snaží předejít nedostat-

ku praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost. Většina ze stávajících praktiků Pardubického kraje je totiž v předdůchodovém věku a mladých lékařů, kteří by navazovali na jejich práci je pomálu. Letos se do grantového programu přihlásilo 7 lékařů, kteří budou zaškolovat své mladší nezkušené kolegy. „Rada Pardubického kraje schválila dotaci 336 tisíc korun z připravených 500 tisíc korun. Zároveň jsme vyhlásili dotační program i na příští rok. Žádosti se budou přijímat od července do září a věřím, že se budou hlásit i další praktičtí,“ uvedl 1. náměstek hejtmána pro zdravotnictví Roman Línek ve svém vyjádření. Cílem grantového programu je zvýšit počet absolventů medicíny, kteří se budou připravovat na specializaci v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost. Velký nedostatek lékařů této specializace je hlavně na venkově. Výše poskytnuté podpory na jeden projekt je 48 tisíc korun na období 12 po sobě jdoucích měsíců od podpisu smlouvy. (ISO)

Stavba budovy Kardiologického centra AGEL byla zahájena v lednu letošního roku. „Zatímco dosud jsme měli k dispozici omezenou plochu přímo v budově Pardubické nemocnice, kde byl umístěn jeden katetrizační sál a velmi stísněné zázemí pro personál, nyní nám slouží nová prostorová budova. Rozsáhlou rekonstrukcí prošlo i původní oddělení a s novými prostory bylo účelně propojeno spojovací koridorem,“ popsal předseda představenstva Kardiologického centra AGEL Pavel Fojtík.

Hlavním důvodem pro vybudování nových prostor byl vznik druhého katetrizačního sálu (na fotografii), který bude přínosem především pro pacienty. Dva sály se shodnými angiolinkami totiž zvýší bezpečnost výkonů i provozní spolehlivost pracoviště. Díky novému technickému vybavení se centrum dostává na špičku v celé České republice. „Pacienti u nás mají bez přehánění k dispozici vrchol současně dostupných vyšetřovacích i léčebných technik v koronární medicíně. Jedná se například o moderní rentgenové přístroje s vysokou rozlišovací schopností, vysokofrekvenční ultrazvuk nebo vybavení umožňující

3D rekonstrukce krevního řečiště,“ řekl vedoucí lékař Kardiologického centra AGEL Ivo Varvařovský.

### Zrychlený příjem

Výrazně bylo také usnadněno a zrychleno přijímání pacientů s akutním infarktem myokardu. „Sály jsou prostorově i přístrojově špičkově vybaveny pro ošetření i těch nejtěžších forem akutního infarktu. O tyto pacienty můžeme kvalitně pečovat také díky mezioborové spolupráci s oddělením ARO a kardiologie Pardubické nemocnice,“ uvedl primář Varvařovský a doplnil, že díky geografickému umístění má pardubické centrum odpovědnost nejen za pacienty z Pardubického, ale také z významné části Středočeského kraje. Pracoviště výrazně zvýší pohodlí samotných pacientů. V nové budově centra vznikl také denní stacionář, který je stavebně oddělen od nemocničních budov a umožňuje třetině nemocných absolvovat katetrizační vyšetření bez nutnosti hospitalizace. „Zatímco dosud museli být i lidé, kteří podstupovali jednodušší zákrok, hospitalizováni minimálně na jednu noc v nemocnici, nyní jsou

## ZE ZAHRANIČÍ

## Migranti a zdravotnictví

Uprchlíká krize a stejně tak teroristické útoky mají dopad i na evropské zdravotnictví.

Hned po teroristickém útoku z 13. listopadu v Paříži vyčlenila francouzská ministryně zdravotnictví, sociálních věcí a práv žen Marisol Tourainová 3 miliony eur na podporu přeživších obětí a jejich rodin, zejména pokud jde o psychologickou, ale i další lékařskou pomoc. Francouzské ministerstvo zdravotnictví je součástí širšího řetězce pomoci na meziresortní úrovni. Lidem stačí zavolat na jednu bezplatnou telefonní linku a úřady jim zprostředkují to, co potřebují. Za tři dny bylo na této lince registrováno 7 tisíc volání. V dalších dnech se zejména pařížské nemocnice začaly připravovat na zvýšené riziko teroristického útoku prostřednictvím chemických a bakteriologických látek.

## Zapojení zahraničních zdravotníků

Kvůli migrantům se sešli i ministři zdravotnictví německy mluvících zemí. Rakouský resortní úřad v té

to souvislosti informuje o tom, že lze využít německý vzor, pokud jde o uplatnění syrských lékařů, případně dalších zahraničních zdravotníků. Tyto jedince je možné zaměstnat například jako poradce či pomocný personál v zařízeních pro uprchlíky nebo jako tlumočníky při poskytování zdravotní péče, a to i ve spolupráci s nemocnicemi a ordinacemi. Pokud zahraniční lékaři z řad migrantů mohou věrohodně doložit svou předchozí profesní činnost, lze na ně případně i delegovat některé výkony, ale pod přímým dohledem (tuzemského) lékaře. Zdravotníci z řad migrantů podléhají samozřejmě mj. rakouskému trestnímu zákoníku, uvádí ministerstvo. Pokud není možné ověřit předchozí profesní vzdělání nebo výkon povolání, musí se zahraniční zdravotníci podrobit školení a zkouškám.

Rakouské ministerstvo zároveň tlumí obavy občanů z možného rizika zavlečení infekčních nemocí.

Uvádí, že uprchlíci trpí především postižením nohou, podchlazením, dýchacími obtížemi, zvláště u dětí se projevuje dehydratace. Mají právo na první nezbytnou zdravotní péči. Resortní úřad vylučuje, že by hrozilo zvýšené riziko nebezpečnějších infekčních nákaz (vyšší než se vyskytuje běžně v dopravních prostředcích). Rodinám se bude doporučovat například očkování dětí, ale to závisí pouze na dobrovolném rozhodnutí rodičů, tak jak je tomu u veškeré rakouské populace. Resortní úřad poukázal na to, že sledování dětí migrantů po půlročním a delším pobytu v Rakousku neprokázalo vyšší riziko přenosných nemocí.

## Léčba bez dokladů

Německá lékařská komora uvádí, že „společenskou realitou“ je nyní přítomnost 200–600 tisíc migrantů v SRN bez řádných dokladů a bez povolení k pobytu. Mnozí z nich potřebují akutní zdravotní péči nebo i plánovatelnou. Komora proto ve spolupráci s dalšími subjekty zpracovala materiál pro lékaře, aby znali jak právní, tak finanční podmínky této situace. Zdůrazňuje, že lékaři – ať v ordinacích nebo nemocnicích – jsou na prvním místě povinni poskytnout potřebnou péči a v zásadě jsou vázání profesní mlčenlivostí (neměli by např. nahlásit tyto jedince policii, jestliže neexistu-

je podezření na trestný čin). „Není trestné léčit člověka bez dokladů,“ uvádí komora. Jednodušším případem je situace, kdy uprchlík je schopen za péči sám zaplatit. Pokud se jedná o plánovatelnou péči, lékař by měl pacienta informovat o nutnosti nejprve komunikovat se sociálním úřadem a zajistit si doklad o právu čerpat tuto péči. Pomoc při akutním či bolestivém onemocnění je nezbytné poskytnout i neplatícímu jedinci. Poté se lékař nebo nemocnice obrátí na sociální úřad s žádostí o úhradu nákladů podle zákona o azylu. Ani tehdy by lékař neměl poskytovat data policii. Na sociálním úřadu pak zůstává otázka, zda (ne)будe komunikovat případně se zahraničními úřady. Onemocnění TBC nebo sexuálně přenosné choroby řeší zdravotní úřad, sděluje komora.

Vladimír Boškovič

## UK zpřísnila testy cizinců

Hned dva lékaře z Evropské unie, kteří v minulosti získali povolení k práci ve Velké Británii, nepříjemně postihlo zpřísnění jazykových testů.

Dříve jim byli podrobováni zájemci o pracovní příležitost pocházející ze zemí mimo EU, avšak od roku 2014 došlo ke změnám předpisů. BBC informuje o případu italského lékaře Alessandra Teppa, jemuž kontrolní orgán Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS) po neúspěšném testu z angličtiny přerušil výkon profese na 9 měsíců. S tímto rozhodnutím se ztotožnil také další orgán kontrolující zdravotnickou profesi General Medical Council (GMC) s tím, že lékařova znalost an-

gličtiny není natolik dostatečná, aby byla zajištěna bezpečnost a kvalita zdravotní péče. Očekává se, že dotyční se vrátí do Itálie, doplní si své znalosti dalším studiem a zkusí testy absolvovat znovu. Podobně i polský lékař Thomasz Fryzelwicz několikrát neuspěl v testech, a ačkoli původně získal povolení nejméně k devíti letům práce v Británii, nyní smí působit jen pod přímým dohledem jiných lékařů. Jak zástupce výboru GMC, tak někteří vedoucí pracovníci při-

slušných zdravotnických zařízení uvádějí, že dokud lékař neovládá angličtinu skutečně dokonale, neměl by povolení k výkonu profese v Británii získat. Jeden z šéfů nemocnice podotkl, že kdykoli s polským lékařem mluvil, nikdy si nebyl jistý, zda rozuměl jeho instrukcím. A stejně tak prý i pro něho osobně bylo obtížné porozumět jeho „polské angličtině“. Tento druhý lékař dostal od kontrolních orgánů na zdokonalení svých jazykových schopností 12 měsíců. (via)

## Pomoc pro uprchlíky ve Vídni

Prezident vídeňské pobočky Rakouské lékařské komory Thomas Szekeres informuje, že na základě výjimečné situace v improvizovaných ubytovacích zařízeních a na nádražích komora vyzvala lékaře k dobrovolné pomoci uprchlíkům. Za několik hodin po této výzvě se vídeňské pobočce přihlásily stovky lékařů z této spol-

kové země. Thomas Szekeres ocenil, že lékaři nepožadují ani finanční ohodnocení, ani žádné další výhody a že se jedná výlučně o projev smyslu pro etiku tohoto povolání. Nyní komora centrálně eviduje lékařské dobrovolníky i jejich spolupráci s dalšími organizacemi, jež se snaží zlepšit podmínky migrantů. (via)

Inzerce M151000999

## Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte knihu Tomáše Vymazala a kol.

## Doporučené postupy pro podávání anestezie dětem a dospělým

Monografie našich předních specialistů, která vznikla na základě poptávky lékařů po knize tohoto typu.



## Předplatte si bezpečně e-mailem

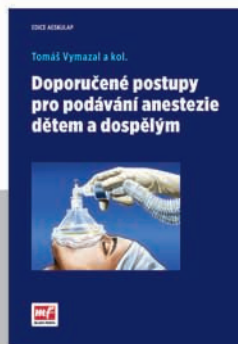
na e-mailovou schránku [mladafropa@predplatne.cz](mailto:mladafropa@predplatne.cz), uveďte své jméno, doručovací adresu a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 1215**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



## Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 1215**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

**Neváhejte!**  
Tato nabídka platí jen do 24. 1. 2016.  
Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



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



# Slovenské sestry podávají hromadné výpovědi, prezident novelu vetoval

Sestry na Slovensku, které dlouhodobě upozorňují na svou nespokojenost s poměry v tamním zdravotnictví, začaly 25. listopadu podávat hromadné výpovědi. Akce odstartovala v žilinské fakulní nemocnici, kde podalo výpověď 200 sester.

„K těmto – bohužel již krajním – krokům přistupujeme proto, že nás nikdo neposlouchá,“ odůvodnila akci předsedkyně Odborového združení sestier a pôrodných asistentiek Monika Kavecká. Prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Ivetta Lazorová výpovědi označila za protest proti hrám, jež s nimi již 3 roky hraje ministerstvo zdravotnictví. „Vůbec nás netěší, že jsme musely k něčemu takovému přistoupit, protože jsme si dostatečně vědomy toho, co bude následovat a že to nebude jednoduché. Ale jiný způsob jak vyvinout nátlak na zodpovědné osoby, jež by měly skutečně seriózním způsobem řešit situaci ve zdravotnictví, v současnosti nevidíme,“ uvedla prezidentka Lazorová.

## Od února v ohrožení

Zástupkyně sester zdůrazňují, že jim nejde pouze o platy, ale o celkové zlepšení situace ve slovenském zdravotnictví. Většinu výpovědí měly sestry podávat do konce listopadu, od prosince jim tedy začala běžet dvouměsíční výpovědní lhůta a od února by měly být nezaměstnané. Jak ale upozornila Ivetta Lazorová, kvůli dovoleným a vysokému počtu přesčasových hodin by sestry v nemocnicích mohly chybět mnohem dříve.

Jak prezidentka komory zdůraznila, sestry od výpovědí ustoupí pouze v případě, že budou splněny jejich požadavky. Těch je celkem pět a zahrnují zlepšení financování zdravotnických zařízení, zákon týkající se nejen nemocnic, ale i ambulancí, lánů či zařízení sociálních služeb, započítání mateřské dovolené či pracovní neschopnosti do délky odborné praxe, zvýšení počtu sester a porodních asistentek v systému zdravotnictví a zvýšení jejich mezd, včetně zohledňování odpracovaných let.

## Podpora ze strany lékařů

Sestry se při svém protestu inspirovaly lékaři, kteří v roce 2011 zvolili postup hromadných výpovědí v rámci boje za zvýšení svých platů. Současná akce má proto

podporu i ze strany Lékařského odborového združení. „Dovolují si připomenout, že snaha lékařů dohodnout se s představiteli politické elity byla neúspěšná do té doby, než jsme podali výpovědi,“ upozornil předseda lékařských odborů Peter Visolajský pro deník Pravda a dodal, že sestry jsou „zahnané do kouta“ a jinou možnost než hromadné výpovědi již také nemají.

„Vyzýváme veřejnost, aby byla trpělivá, neboť tento zápas není jen bojem za spravedlivější ohodnocení sester, ale především bojem za vyšší úroveň poskytované zdravotní péče pro pacienty. Je to zároveň vážný zápas proti oligarchům parazitujícím na zdravotnictví, pro něž znamenají vyšší platy pro sestry nižší zisky,“ prohlásil Peter Vilojaský. Apeloval rovněž na sestry, aby nespolehalo na to, že za ně zvýšení platů mohou v současné situaci vyjednat jiné sestry nebo zástupci odborové organizace, a že úspěch protestu záleží na každé jednotlivé sestře.

## Více než 1100 sester

Jako první podaly výpověď sestry pracující ve FNSP Žilina, kde se do protestů touto formou zapojilo téměř 200 sester. Následovaly výpovědi ve FNSP Prešov (382 sester), v Univerzitní nemocnici L. Pasteura v Košicích (64 sester), NsP Bojnice (92 výpovědí), ve FN Trnava (206 sester), v Nemocnici Poprad (103 sester) a ve FN Trenčín. Zatím se tak k akci připojilo okolo 1300 slovenských sester (údaj platný v době uzávěrky ZaM 17. 12.). Podle ministerstva zdravotnictví Viliama Čisláka však některé ze sester svou výpověď stáhly (úřad udává 223 stažených výpovědí). V některých zařízeních podala výpověď nadpoloviční většina sester z klíčových oddělení, a tak by situace v těchto nemocnicích mohla být od února příštího roku kritická. Výpovědi podávají především sestry ze zdravotnických zařízení spadajících pod ministerstvo zdravotnictví. Těmto sestřím totiž zákon o platech zdravotníků, který již schválil slovenský parlament, mzdy nezvyšuje, případ-

ně jen minimálně. Důvodem je skutečnost, že sestřím přímo řízených nemocnic se jako jediným zvyšoval plat již v roce 2012 na základě legislativy, již si sestry vybojovaly na vládě Ivetty Radičové. Ačkoli měl zákon zvýšit mzdy ve všech zdravotnických zařízeních, na popud prezidenta Slovenskej lekárskej komory Milana Draguly jej zablokoval Ústavní soud a sestřím pracujícím v župních, městských, neziskových a soukromých nemocnicích se plat nezvyšoval. Nová legislativa z pera Viliama Čisláka však právě těmto sestřím zajišťuje navýšení platů (až o 200 eur hrubého), a proto jsou výpovědi sester v organizacích neřízených ministerstvem pouze ojedinělé.

## Nestandardní dohody

Slovenský ministr zdravotnictví Viliam Čislák je podle svého tiskového mluvčího v kontaktu s řediteli postižených nemocnic. Pacienty pak jeho úřad uklidňuje, že k ohrožení péče v nemocnicích od února nedojde. Rovněž garantoval, že v důsledku zákona sestřím platy rozhodně neklesnou. Splnění všech požadavků sester by podle něho slovenské zdravotnictví stálo okolo 200 milionů eur, jež však resort v současnosti nemá. Vláda nabízí pro rok 2016 na platy 55 milionů eur. Podle ministra navíc nově začalo v nejvíce postižených nemocnicích pracovat téměř 80 sester.

Viliam Čislák rovněž uveřejnil tzv. dohody o solidaritě, jež údajně musejí sestry podávající výpověď podepsat. V ní je stanoveno, že pokud si sestra svou výpověď rozmyslí a stáhne ji, musí do týdne zaplatit odborové organizaci částku 3300 eur. Peníze by měly jít do fondu pro uhrazení ztrát těm, které smlouvu dodržely. Ministr v dohodě vidí důkaz, že sestry nejsou až tak přesvědčené o argumentech svých zástupců. „Jsem tím pohoršen,“ reagoval Viliam Čislák a dodal, že nerozumí, proč sestry požadují po sestřích podpis takovéto dohody, když zákon, který jim upravuje mzdy, je podle nich

špatný. Právě tyto dodatky mají být podle ministra důvodem, proč se více než 200 sester rozhodlo výpověď stáhnout.

## Solidarita versus lichva

Závazek uhradit odborům 3300 eur v případě stažení výpovědi považuje za nestandardní i odborník na trestní právo a lékař Peter Kováč, jehož oslovil deník Pravda. „Sumo odborová organizace zjevně určila tak, aby byla likvidační. Existuje riziko, že takový závazek může být považován za lichvu, a tedy za neplatný právní úkon,“ konstatoval pro Pravdu Peter Kováč.

Monika Kavecká nicméně ujistila, že sestry podepisovaly dohody o solidaritě z vlastní vůle a nikdo je nenutil. „Kdo chtěl, nic nepodepsal,“ zdůraznila předsedkyně sesterských odborů s tím, že podobné dokumenty podepisovali v rámci svého protestu v roce 2011 i lékaři. To sice potvrdil její lékařský protějšek Peter Visolajský, dodal však, že dohody nebyly finančně podmíněné. Předseda Slovenského odborového svazu zdravotnictva a sociálních služeb Anton Szalay postup považuje za nestandardní. „Není to správné, považují to za vydírání. Takto by odbory postupovat neměly,“ reagoval na dotaz deníku Pravda.

## Boj o získání politické moci?

Viliam Čislák zástupkyně profesních a odborových sdružení sester obvinil, že současnou situaci využívají kvůli svému politickému prospěchu. Narážel tak především na Moniku Kaveckou, která měla kandidovat v nadcházejících parlamentních volbách. Svou kandidaturu ale v reakci na obvinění stáhla. „Vzhledem k útokům ze strany ministra, že aktivity sester jsou jen politickým nástrojem, bych chtěla oznámit, že jsem odmítla všechny nabídky na kandidaturu ve volbách,“ deklarovala předsedkyně sesterských odborů a vyzvala Viliama Čisláka, aby se konečně soustředil na řešení problémů ve zdravotnictví.

„Sestry a porodní asistentky upozorňovaly po celou dobu, že se s daným zákonem neztotožňují, a své požadavky tři roky trpělivě komunikovaly s ministerstvem i premiérem,“ ohradila se proti nařčení z politizace protestní akce i Ivetta Lazorová a vyzvala ministra, aby přestal sestry urážet. Zdůraznila, že protestní akce není v žádném případě motivovaná politicky a že je vyústěním dlouhodobého ignorování požadavků sester jak bývalou ministryní zdravotnictví Zuzanou Zvolenskou, tak i jejím současným nástupcem.

Komora rovněž vyjádřila svůj údiv nad informací, že ministr Čislák měl dát ředitelům fakulních nemocnic pokyn, podle něhož by měli finančně motivovat sestry, aby výpovědi nepodávaly. „Ptáme se, jak může ministr slibovat sestřím v těchto dnech osobní příplatky, odměny a lepší pracovní podmínky v kolektivních smlouvách – kde na to vezme peníze, když až doteď tvrdil, že je nemá?“ stojí ve vyjádření komory.

## Zákon se vrací poslancům

Novelu zákona o poskytování zdravotní péče nakonec vetoval slovenský prezident Andrej Kiska, který jej vrátil Národní radě k opětovnému projednání. Hlava státu zákonodárcům navrhla, aby při opětovném projednání z předlohy některé změny vypustili. Upozornil, že nepovažuje za dostatečně rozpočtové krytí zákona, navíc prý v důvodové zprávě chybí vliv na schválený rozpočet veřejné správy a na kapitulu ministerstva zdravotnictví, jež souvisí s úpravou mezd zdravotníků.

„Vrácení zákona vytváří prostor k odborné diskusi a opětovné přehodnocení všech aspektů schválené právní úpravy tak, aby výsledné řešení bylo ve prospěch všech zainteresovaných stran,“ uvedl prezident Kiska, který tak v podstatě vyhověl žádostem o veto ze strany Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek i Slovenskej komory fyzioterapeutov i řady jednotlivých sester. Jak prezidentův krok ovlivní průběh sesterských protestů, nebylo v době uzávěrky časopisu Zdravotníctví a medicína známo.

## FARMABYZNYS

### Krátce z (farma)byznysu

• **Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP)** rozšířila své řady o irskou farmaceutickou společnost **Shire**. Po Astellas Pharma a Roche se letos jedná o 3. nového člena AIFP, v celkovém pořadí už 32. Firma Shire se zaměřuje především na vývoj inovativní léčby vzácných onemocnění. „Těší nás, že Shire je letos už třetí společností, která se po předchozí úzké spolupráci rozhodla pro vstup do AIFP,” říká výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček a dodává: „Se společností Shire spolupracujeme už od první poloviny roku 2015 na přípravě iniciativy Transparentní spolupráce, která objasní rozsah a podstatu vztahu mezi farmaceutickými firmami a zdravotníky.“ Mezi hlavní oblasti výzkumu Shire patří Fabryho nemoc, Gaucherova choroba, Hunterův syndrom (MPS II), hereditární angioedém, ADHD syndrom, syndrom suchého oka, hypoparatyreóza a další. „Snažíme se nejen zkvalitnit životní podmínky pacientům se vzácnými onemocněními, ale zároveň chceme přispívat i ke kultivaci prostředí farmaceutického průmyslu. Proto jsme začali spolupracovat s AIFP a rozhodli se spolupřihlížet k rozvoji plné členství v asociaci,” uvádí generální manažerka Shire Czech, s. r. o., MUDr. Monika Němcová.

• **Úřad pro ochranu hospodářské soutěže** povolil v prvostupňovém správním řízení spojení soutěžitelů **PHARMOS, a. s.**, a části podniku **ViaPharma, s. r. o.**, k němuž dochází v oblasti velkoobchodního prodeje léčiv a souvisejícího zboží nezávislým lékárnám. Rozhodnutí již nabylo právní moci. Úřad spojení povolil, neboť dospěl k závěru, že posuzované spojení soutěžitelů nebude mít za následek podstatné narušení hospodářské soutěže na trhu klasické velkoobchodní distribuce léčiv, ani v oblasti maloobchodního prodeje léčiv. Je tomu tak zejména

s ohledem na skutečnost, že usku- tečněním posuzovaného spojení do- jde pouze k malému navýšení tržní- ho podílu spojujících se soutěžitelů na trhu klasické velkoobchodní dis- tribuce léčiv, a dále vzhledem k exis- tenci dalších významných soutěžite- lů, působících na tomto trhu.

• **Britská farmaceutická společnost GlaxoSmithKline (GSK)** představila na setkání s investory v New Yorku celkem 40 sloučenin, které by v ná- sledujícím období mohly přinést re- voluci v léčbě řady onemocnění. Ně- které z nich jsou ve velmi pokročilé fázi vývoje, a dá se tedy předpoklá- dat, že budou v dohledné době k dis- pozici pacientům. Firma představila kandidátní léčiva v 6 klíčových oblastech: HIV a infekční choroby, imunologie a zánětlivá onemocně- ní, nemoci dýchacího ústrojí, vak- cíny a vzácné choroby. „Věříme, že až 80 procent z představených sloučenin má potenciál být takzva- ných *first-in-class*, tedy velmi ino- vativních se zcela novým mecha- nismem fungování,” říká generální ředitelka GSK ČR PharmDr. Monika Horníková. Mezi nejvýznamnější ob- jevy prezentované na setkání patřily objev převratných molekul důleži- tých pro přenos dědičné informace a léčbu rakoviny, přípravky nové ge- nerace určené k boji proti respira- čním onemocněním, pokročilejší než je dnešní léčba pomocí inhalátorů, nové protilátky pro zánětlivá one- mocnění včetně revmatoidní artri- tidy, autoimunitních onemocnění a osteoporózy, přípravky umožňu- jící účinnější léčbu HIV a dlouhodo- bou kontrolu jeho projevů, příprav- ky schopné vyléčit nebo dlouhodobě „vypnout” projevy žloutenek B a C, několik buněčných a genových tera- pií proti vzácným nemocem.

• Přípravek společnosti **Bristol-Myers Squibb** nivolumab (Opdivo), inhibitor kontrolních bodů imuni- ty PD-1 určený k léčbě pokročilého

melanomu a skvamózního nema- lobuněčného karcinomu plic, zís- kal ocenění **Prix Galien USA 2015 Award** za nejlepší biotechnologic- ký produkt. „Velice nás těší uznání vědeckého přínosu naší společnos- ti v této pro výzkum rakoviny pře- vratné době, kde imunoonkologie pomáhá měnit vyhlídky v onkologic- ké péči,” řekl výkonný viceprezident a ředitel vědeckého oddělení spo- lečnosti Bristol-Myers Squibb Fran- cis Cuss, MB BChir, FRCP. „Získání ceny Prix Galien USA 2015 za nejlep- ší biotechnologický produkt podtr- huje naše úsilí v klinickém programu s nivolumabem v časně a pozdní fázi u pacientů s některými velmi obtíž- ně léčitelnými nádorovými onemoc- něními, jako je pokročilý melanom a skvamózní nemalobuněčný kar- cinom plic,” doplnil. Cenu Prix Gali- en USA uděluje významná vědecká komise, v níž je několik laureátů No- belových cen.

• **Americká farmaceutická společ- nost Pfizer** se dohodla na převzetí konkurenta **Allergan**, který sídlí v Irsku. Transakce v hodnotě kolem 160 miliard dolarů vytvoří největšího výrobce léků na světě. Navíc umož- ní Pfizeru snížit daňovou zátěž pře- sunem ústředí do Irska. Dohoda představuje největší fúzi v historii farmaceutického sektoru. Akcio- náři Allerganu dostanou za každou svou akcii 11,3 akcie sloučené skupi- ny. Podle listu Wall Street Journal je dohoda kvůli přesunu daňového do- micilu zorganizována po technické stránce tak, jako by Allergan kupo- val Pfizer. Firmy se nejprve spojí ve skupinu s názvem Allergan, která pak bude přejmenována na Pfizer. Americká vláda před časem zaved- la nová opatření, která mají zabránit, aby se domácí firmy prostřed- nictvím fúzí se zahraničními podniky vyhýbaly placení daní v USA. Kvůli těmto novým pravidlům loni ame- rická společnost AbbVie zrušila plá- nované převzetí irského konkuren-

ta Shire v hodnotě 55 miliard dolarů. Podle odborníků však opatření ame- rické vlády nezabrání Pfizeru ve změ- ně domovské země z USA na Irsko.

• **Pokus farmaceutické společnosti Mylan** o převzetí konkurenta **Perrigo** po náročném sedmiměsíčním vyjednávání ztroskotal. Spojením by vznikl jeden z největších výrobců generických a volně prodejných lé- ků na světě. Mylanu se ale nepoda- řilo zajistit dostatek akcií, aby mohl v zamýšlené transakci v objemu 26 miliard dolarů pokračovat. Mylan oznámil, že akcionáři Perrigo mu do vypršení lhůty nabídli pouze zhru- ba 40 procent svých akcií. Společ- nost jich ale potřebovala získat nej- méně polovinu, aby mohl obchod pokračovat. Za každou akcii svého konkurenta nabízel 75 dolarů v ho- tovosti a více než dvě své vlastní ak- cie. Perrigo ale nabídku považoval za nedostatečnou a trval na tom, že pro firmu bude lepší, když zů- stane nezávislou, napsal list New York Times.

• **Francouzská farmaceutická firma Sanofi** zvažuje prodej své divize ve- terinárních léčiv **Merial** a některých evropských aktivit v oblasti výroby generických léků. Uvedl to generál- ní ředitel Sanofi Olivier Brandicourt na setkání s investory. Rozhodnutí má padnout do roka. Ředitel Bran- dicourt odhadl, že firma by z případ- ného prodeje těchto aktivit mohla získat více než 12 miliard eur. Trž- by z prodeje veterinárních příprav- ků ve třetím čtvrtletí stouply o 9,3 % na 607 milionů eur a za celý rok ma- jí dosáhnout 2,4 miliardy eur. Fir- ma uvedla, že neočekává v období 2015–2017 významnější růst zisku, protože bude mít nadále problémy s rostoucím tlakem na ceny na důle- žitěm trhu s diabetickými produkty. Ty mají na celkových příjmech společ- nosti zhruba pětinnový podíl, v posled- ních dvou čtvrtletích však jejich pro- dej klesá. Olivier Brandicourt slíbil, že



Ilustrační foto: Shutterstock

Sanofi v rámci úsilí o obnovení růstu zisku přesměruje firmu na méně akti- vit, zrychlí uvádění nových produktů na trh a sníží náklady. V příštích pě- ti letech hodlá uvést na trh 18 nových produktů, což by mělo zvyšovat její prodej do roku 2020 ročně o 3 až 4 %. Zisk na akcii bez zahrnutí vlivu akvizic a prodeje majetku by měl růst od roku 2018 rychleji než prodej.

• **Britská farmaceutická společnost AstraZeneca** se dohodla na koupi americké biotechnologické spo- lečnosti **ZS Pharma**, za kterou za- platí 2,7 miliardy dolarů. Získá tak přístup k jejím patentovaným pos- tupům pro vývoj nových prostřed- ků pro léčbu hyperkalemie. AstraZe- neca za jednu akcii americké firmy zaplatí 90 dolarů. O americkou fir- mu měla zájem také švýcarská spo- lečnost Actelion, která v září uved- la, že se ZS Pharma zahájila jednání o případné strategické transakci. AstraZeneca nákupem ZS Pharma rozšíří svoje portfolio o lék ZS-9 pro léčbu hyperkalemie, který v součas- nosti prochází v USA schvalovacím procesem. Společnost odhaduje, že v době maximálního zájmu o tento prostředek by tržby z jeho prodeje mohly přesáhnout i miliardu dola- rů ročně.

(Zdroje: AIFP, ÚOHS, GSK, Bristol-Myers Squibb, ČTK) (kha)



# Boehringer Ingelheim



# Slavnostně pokřtěna monografie **Primární řasinky**

Herečky Iva Janžurová a Jana Paulová byly kmotrami nové monografie v oblasti základního výzkumu v medicíně, kterou vydala divize Medical Services Mladé fronty, a. s., v edici Postgraduální medicíny.

Ve dnech 19.–20. listopadu proběhlo v Praze 23. onkologicko-urologické sympozium a 19. mamnologické sympozium. Kromě odborného programu byl pro účastníky přichystán i slavnostní společenský večer v divadle Kalich. Přítomní účastníci sympozií i hosté nejprve zhlédli inscenaci francouzské komedie „Sbohem, zůstávám!“, ve které v hlavních rolích doslova zářily Jana Paulová a Iva Janžurová. Bonusem večera pak byl křest, ve kterém obě herečky, ředitel Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Zdeněk Beneš, CSc., primářka Onkologické kliniky 1. LF UK a TN prof. MUDr.

Jítka Abrahámová, DrSc., a zástupkyně knižní redakce Medical Services (na fotografií) přijali role kmotrů nové publikace. Přivítána na cestě ke svým čtenářům tak byla monografie „Primární řasinky“, jejímž autorem je doc. MUDr. Josef Dvořák, Ph.D., z Onkologické kliniky 1. LF UK a TN. První monografie na téma primárních řasinek v naší literatuře je rozdělena do dvou na sebe navazujících částí. Obecná část se zabývá historickým vývojem názorů na primární řasinky, klasifikací řasinek, stavbou, funkcemi, cyklickou tvorbou primárních řasinek ve vztahu k buněčné-

mu cyklu, významem poruch primárních řasinek v nádorové biologii a některých multiorganových syndromech. Speciální část je – pro přehlednost a rychlou orientaci – rozdělena do kapitol podle jednotlivých orgánových soustav, které se zabývají primárními řasinkami příslušných typů buněk za fyziologických podmínek a při patologických stavech. Cílem monografie je poskytnout přehled základních poznatků o primárních řasinkách a současně povzbudit čtenáře ve studiu primárních řasinek v jeho vlastním oboru biologie nebo medicíny. (red)



Foto: archiv Onkologické kliniky TN

## ÚPMD otevřel Centrum vývojové péče

Koncem listopadu bylo v pražském Ústavu pro matku a dítě (ÚPMD) slavnostně otevřeno Centrum vývojové péče ÚPMD Podolí, které bylo vybudováno s pomocí dotace z Operačního programu Praha – Konkurenceschopnost.

Základním cílem centra je zlepšení celkové prognózy perinatálně ohrožených novorozenců, zlepšení podmínek pro optimální psychomotorický vývoj (interakce matka-dítě) a zlepšení dlouhodobé následné péče. U novorozenců s vysokým rizikem vývojového postižení v oblasti motorické, mentální a senzorické jsou zahájena terapeutická opatření, kdykoli jsou nutná. Jedná se o zdravotní problémy natolik specifické, že je funkce Centra vývojové péče na neonatologickém oddělení nezastupitelná. Nově bylo představeno také oddělení plastické a estetické chirurgie ÚPMD Podolí, které ve svém programu Mommy Makeover nabízí široké spektrum estetických chirurgických výkonů. Základním principem programu je plně způsobení se individuálním potřebám každé ženy tak, aby se její vzhled co nejvíce přiblížil stavu před těhotenstvím. (red)



Přístrojové vybavení Centra vývojové péče ÚPMD Podolí

Foto: archiv ÚPMD

V rámci slavnostního setkání byla pokřtěna kniha z pera kolektivu lékařů pražského ÚPMD pod vedením ředitele ústavu doc. MUDr. Jaroslava Feyereisla, CSc., „Naše dítě – než se narodí... až se narodí“ (Ottovo nakladatelství). Publikace je určena všem ženám, které se připravují na těhotenství či k porodu nebo pečují o malé dítě. Novinku představil spoluautor MUDr. Petr Křepelka, Ph.D., a pokřtila ji manželka prezidenta ČR Ivana Zemanová. (red)

## Přestat kouřit je jako naučit se jezdit na kole

V rámci 33. českého a slovenského gastroenterologického kongresu proběhl i křest monografie **Diagnóza F17: závislost na tabáku**, jejíž autorkou je doc. MUDr. Eva Králíková, CSc. Vydala ji divize Medical Services Mladé fronty, a. s., v rámci Edice Aeskulap.

Kniha celosvětově uznávané specialistky na problematiku je určena všem klinickým pracovníkům, kteří se ve své praxi s kuřáky setkávají. S nadhledem, vtípně 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. Věnuje se aktuálním a praktickým



Docentka Eva Králíková a profesor Pavel Pafko | Foto: archiv pořadatele

situacím na téma klinický pracovník a kuřák. Pokouší se naměřovat 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. (red)

## Udělena cena za nejlepší učebnici roku 2015

Cenu Jaroslava Jirsy v kategorii lékařsko-farmaceutické obory dostala Chirurgická onkologie prof. MUDr. Zdeňka Kršky, CSc., prim. MUDr. Davida Hoskovce, Ph.D., a prof. MUDr. Luboše Petruželky, CSc.

Jde o zcela unikátní učebnici, která postihuje v 42 kapitolách celou šíři oboru jak z pohledu chirurgického, tak onkologického. Vydavatelem učebnice je nakladatelství Grada. Cena, nazvaná po dlouholetém řediteli univerzitního nakladatel-

ství Karolinum, je určena autorům a autorským týmům z Univerzity Karlovy za vysokoškolské učebnice a uděluje ji Vědecká rada Univerzity Karlovy. Ocenění je udělováno výhradně za první vydání publikace v oborech společen-

skovědních a humanitních, lékařsko-farmaceutických a v oborech přírodovědných a matematicko-fyzikálních. S udělením ceny je spojena peněžitá odměna ve výši 50 000 Kč. (red)

## Předvánoční těšení pod Petřínem s Gospel Limited

Originální koncert a předvánoční jarmark pro malé i velké uspořádala 11. prosince Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

Atmosféru adventu a radost z krásné emotivní hudby přinesl benefiční koncert Gospel Limited v prostorách kostela v areálu Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. V historické aule nemocnice byl připra-

ven i malý benefiční jarmark. Na jeho návštěvníky tu čekaly jesličky, vůně vánočního cukroví a svařeného vína, prodej drobných dáreků a také dílničky a Ježíškova pošta pro děti. Akce se konala s podporou Městské části Praha 1. (red)

## ZE SPOLEČNOSTI

# Nezapomenutelný večer již podruhé

Nezapomenutelný večer bylo předsevzetí, ale také název druhého benefičního koncertu ve prospěch České Alzheimerové společnosti, který se uskutečnil 14. prosince 2015 v pražském Studiu 1 Českého rozhlasu.

I tentokrát se váženým uměleckým garantem večera stal Michal Horáček, který koncertem diváky i posluchače také provedl. Mediální partner koncertu Český rozhlas Radiožurnál nabídl část koncertu živě na svých vysílacích vlnách. Michal Horáček přizval ke spolupráci své přátele a uznávané umělce: světoznámou houslistku Gabrielu Demeterovou, zpěvačku se sa-

metovým hlasem Lenku Novou, osobitého Františka Segrada, bravurního Ondřeje Rumla, písničkáře Daniela Tilleho a skladatele a klavíristu Kryštofa Marka. Interprety doprovodil orchestr sólistů. Stejně jako loni všichni umělci vystoupili bez nároku na honorář.

Cílem benefičního koncertu na podporu lidí s demencí a těch, kteří o ně pečují, bylo získat

prostředky, jež umožní poskytnout hloubkové konzultace lidem s demencí a jejich rodinám, do kterých tato nemoc zasahuje. Zároveň upozornil na problematiku, již se bohužel stále mnoho pozornosti nevěnuje. První Nezapomenutelný večer proběhl v říjnu loňského roku a díky jeho čistému výtěžku 54 870 Kč našlo pomoc více než 100 lidí.

Českou Alzheimerovou společnost můžete podpořit dárcovskou SMS ve tvaru DMS mezera PROTIDEMENCI na telefonní číslo 87 777. Cena DMS je 30 Kč. Ví-



Foto: archiv České Alzheimerové společnosti

ce na: [www.darcovskasms.cz](http://www.darcovskasms.cz). Službu DMS provozuje Fórum dárců. Technicky zajišťuje ATS Praha. Je možné zasílat také pravidelně

každý měsíc po dobu jednoho roku, stačí odeslat SMS ve formě DMS ROK PROTIDEMENCI opět na číslo 87 777.

(red)

## Kalendář pro Evičku

Asociace rodičů dětí s dětskou mozkovou obrnou a přidruženými neurologickými onemocněními vydáním speciálního kalendáře pomáhá získávat prostředky na léčbu, která je si ce účinná, ale rodiče malých pacientů na ni nemají peníze.



Foto: Asociace rodičů dětí s dětskou mozkovou obrnou

12. prosince proběhl v penzionu In-Vino v Pohořelicích křesť kalendáře pro Evičku. Evička je šestiletá holčička, která je v důsledku dětské mozkové obrny (DMO) fyzicky i mentálně postižená. Výtěžek akce je určen na speciální rehabilitační – klimtherapy, která je právě pro děti s DMO velmi účinná. Pomáhá zlepšit jejich fyzické, ale i mentální schopnosti, koordinaci těla, pohybové návyky a svalovou sílu. Číslo účtu Evičky je: 2400501663/2010. Více na:

[www.asociace-deti-dmo.cz](http://www.asociace-deti-dmo.cz) (red)

## Vánoční turnaj složek IZS na Vysočině

Zcela netradičně se 4. prosince oblékli hasiči, záchranáři, lékaři a další zdravotníci Kraje Vysočina do sportovních dresů a utkali se na fotbalovém hřišti.

Vánočního turnaje složek Integrovaného záchranného systému v malé kopané se účastnilo celkem šest týmů – tým Nemocnice Havlíčkův Brod, Nemocnice Pelhřimov, Záchrané zdravotnické služby Pelhřimov, tým Kraj-

ského úřadu Kraje Vysočina a dvě družstva profesionálních hasičů. Hrál se v hale TJ Jiskra Havlíčkův Brod systémem každý s každým a vítězný pohár si nakonec odnesl tým profesionálních hasičů z Havlíčkova Brodu. „Obvykle se složky IZS setkávají při cvičení traumaplánu, různých haváriích, nehodách a podobně. Hlavní myšlenkou turnaje je setkat se v předvánočním čase při příjemnějších situacích, navázat přátelské vztahy a vylepšit tak vzájemnou spolupráci nemocnic, záchranné služby, hasičů i policie. A sportovní utkání je skvělá příležitost.“ řekl za pořadatele Mgr. Michal Kozár z Nemocnice Pelhřimov.



Foto: Nemocnice Havlíčkův Brod

(red)

## Vánoční dárek pro nevidomé

Ozvučený portál FriendlyVox – rok zdarma napomáhá propojení světa nevidomých a vidomých. Svým uživatelům zjednodušuje přístup k efektivní práci s internetem a komunikací.

Ke konci minulého roku byl představen FriendlyVox – ozvučený portál určený především pro osoby se zrakovým znevýhodněním, kterým postupně zpřístupňuje důležité internetové služby. Po roce fungování nabízí své služby kromě češtiny také v angličtině, němčině a slovenštině. S aktuální, již osmou verzí FriendlyVoxu tak mohou jeho uživatelé bez použití zraku používat služby, jako je například e-mail, Youtube, ukládat si kontakty, psát si poznámky či získávat informace o aktuálním dění díky přístupu k českému i zahraničnímu zpravodajství. Portál jim umožňuje poslouchat česká i zahraniční rádia nebo využívat Wikipedii. Od spuštění portálu jej navštívilo více než 7 tisíc uživatelů z různých zemí světa, kteří si zobrazili



Foto: FriendlyVox

zhruba 114 tisíc stránek. FriendlyVox napomáhá propojení světa nevidomých a vidomých a umožňuje svým uživatelům překonávat pře-

kážky, jež jim brání efektivně pracovat s internetem.

Více informací:

[www.friendlyvox.info](http://www.friendlyvox.info)

(red)

## Vánoční strom splněných přání na webu FN Plzeň

Již třetím rokem se 1. prosince rozsvítil na webových stránkách Fakultní nemocnice Plzeň Vánoční strom splněných přání.

Pokud někdo chce udělat někomu z pacientů v plzeňské fakultní nemocnici udělat radost a koupit mu vánoční dárek, může to udělat i pomocí internetu. Splnit může přání například pacientů dětského hematologicko-onkologického oddělení a oddělení ARO – dlouhodobě intenzivní péče nebo třeba imobilních klientů, kteří jsou hospitalizováni na některém z geriatrických

oddělení nemocnice. Konkrétním pacientům může každý z nás koupit konkrétní dárek, který je popsán ve Vánočním stromě. „Byli bychom velmi rádi, kdyby se podařilo přenést vánoční atmosféru do nemocničních chodeb a splnit přání hospitalizovaných dětí a seniorů. Představujeme veřejnosti malé pacienty, kteří tráví hodně času v nemocnici a dlouhodobě ležící klien-

ty na některých odděleních. Další možností obdarování je koupě dáreků pro jednotlivá pracoviště, kde se léčí dětské pacienti a dárek udělá radost těm, které čeká hospitalizace v budoucnu,“ říká o projektu Mgr. vedoucí oddělení pro komunikaci s veřejností Fakultní nemocnice Plzeň Gabriela Levorová.

Více informací na: [www.fnplzen.cz](http://www.fnplzen.cz)

(red)



# Rozvržení pracovní doby a práce přesčas

**Pracují ve 12hodinovém směnném provozu. Doposud nám byly propláceny přesčasy (pokud jsme přesáhli 30 přesčasových hodin, tak nám 20-30 hodin proplatili). Nyní nám, pokud máme hodně přesčasových hodin, škrtnají služby a oznámí nám to třeba dva dny předem (že na následující službu nemáme chodit, protože je na oddělení málo pacientů). Mají na to právo? Pokud ne, jak se můžeme jako zaměstnanci bránit?**



na dotazy odpovídá  
Mgr. Petra Maryšková

v tomto případě mezi zaměstnanci a zaměstnavatelem uzavřena, a uplatní se tak čistě znění zákona stanovující povinnost oznámit změnu rozvrhu dva týdny předem. Jestliže je zrušení směny oznámeno v období kratším než dva týdny (či v období kratším, než bylo mezi stranami dohodnuto), jedná se podle mého názoru o překážku v práci na straně zaměstnavatele podle § 208 zákoníku práce, a zaměstnancům přísluší náhrada mzdy ve výši průměrného výdělků.

## Zásah do dobrých mravů

V daném případě ale hraje velkou roli, že se již zřejmě jed-

ná o přesčas, resp. práci konanou zaměstnancem na příkaz zaměstnavatele nad stanovenou týdenní pracovní dobu vyplývající z předem stanoveného rozvržení pracovní doby. Přesčas může zaměstnavatel v rozsahu stanoveném § 93 zákoníku práce (a případně i 93a – další dohodnutá práce přesčas ve zdravotnictví), tedy cca 8 hodin týdně (max. 16 hodin týdně), zaměstnanci jednostranně nařídít a bohužel tím i jednostranně odvolat. Tento systém zrušení přesčasu těsně před jeho nástupem však zasahuje do dobrých mravů, a to již z důvodu, že práce přesčas se má nařizovat jen z vážných důvodů; je proto ospravedlnitelné se obrátit se stížností na tento postup na zaměstnavatele či přímo na Inspektorát práce.

Na úvod si dovolím rozlišit dvě stěžejní situace, a to výkon práce ve stanovené týdenní pracovní době a práce přesčas.

V případě stanovené týdenní pracovní doby je podle zákoníku práce, konkrétně § 84, zaměstnavatel povinen vypracovat písemný rozvrh týdenní pracovní doby (řádné týdenní pracovní doby) a seznámit s ním nebo s jeho změnou zaměstnance nejpozději dva týdny před začátkem období, na něž je pracovní doba rozvržena – pokud se ovšem zaměstnavatel nedohodne se zaměstnancem na jiné době seznámení. Tedy uvedenou lhůtu pro seznámení s rozvržením pracovní doby či se změnou lze dohodou stran i snížit (i na jeden den předem). Předpokládám však, že žádná taková dohoda nebyla

ilustrační foto: Shutterstock



# Převod lékařské praxe a pracovní smlouva sestry

**Můj šéf převedl svou lékařskou praxi (fyzická osoba) na lékařku – společnost s r. o. Byla jsem ujistěna, že budu převedena také, bez nové pracovní smlouvy. Je takový postup možný? Co mohu požadovat od nového a současného zaměstnavatele, abych nezůstala bez zaměstnání?**

V případě převodu lékařské praxe z fyzické osoby na právnickou osobu je nejdůležitější určení, jakým způsobem byl tento převod

proveden. Zpravidla k převodu lékařské praxe dochází formou kupní smlouvy nebo smlouvy o koupi závodu. V případě, že praxe byla převedena formou kupní smlouvy, dochází k převodu pouze movitých věcí, ale nikoli již závazků jako takových. Dosavadní závazky, mezi něž patří i pracovní smlouvy, ale také smlouvy s dodavateli apod., zanikají. Převod kupní smlouvou se právě z těchto důvodů často neaplikuje. Pokud dojde k převodu lékařské praxe smlouvou o koupi závodu, přechá-

zí závod jako věc hromadná, a jde tedy o převod jak hmotného, tak nehmotného majetku a tím i zaměstnaneckých a dodavatelských smluv. Ve Vámi uváděném případě proto předpokládám, že k převodu dochází smlouvou o koupi závodu a Váš pracovní poměr nezaniká a nadále trvá. Není tak nutné ani uzavírat novou pracovní smlouvu.

Koupě závodu se považuje za převod činnosti zaměstnavatele. Původní a nový zaměstnavatel jsou tak povinni vůči Vám splnit in-

## Testování pacientů na alkohol

**Může zdravotnické zařízení (službu konající lékař) otestovat hospitalizovaného pacienta na alkohol? Může být opakovaně zjištěná alkoholová intoxikace důvodem pro ukončení péče o pacienta, samozřejmě za podmínky, že tím nedojde k ohrožení jeho života?**



odpovídá  
Mgr. Sylva Zborovská

vi v souvislosti s použitím alkoholického nápoje. Pokud tedy hospitalizovaný pacient nespadá do některé z uvedených kategorií, není bez jeho souhlasu možné zjišťovat alkoholovou intoxikaci. Spadá-li do některé z výše uved-

Pokud jde o možnost lékaře otestovat hospitalizovaného pacienta na alkohol, jsou podmínky, kdy je takové zjišťování lékařem možné provést, stanoveny v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Podle tohoto zákona je orientačnímu vyšetření a odbornému lékařskému vyšetření zjišťujícímu obsah alkoholu povinná se podrobit osoba, u které se lze důvodně domnívat, že vykonává činnost, při níž by mohla ohrozit život nebo zdraví svoje či dalších osob nebo poškodit majetek pod vlivem alkoholu, a dále osoba, u níž je důvodně podezření, že přivodila jinému újmu na zdra-

dených kategorií, zákon výslovně uvádí, že ošetřující lékař je oprávněn takovou osobu vyzvat ke splnění povinnosti podrobit se vyšetření. Zjištěná alkoholová intoxikace není podle aktuální právní úpravy důvodem, pro který by mohl lékař ukončit péči o pacienta. Úplný výčet důvodů, pro něž je možné péči o pacienta ukončit, stanoví zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a to konkrétně v ust. § 48 odst. 1. Obecně lze uvést, že mezi tyto důvody patří skutečnost, že by přijetím pacienta došlo k překročení únosného pracovního vytížení lékaře, přílišná vzdálenost místa pobytu pacienta v případě praktického lékařství a dále skutečnost, že lékař nemá navázán smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, jejímž pojištěncem je pacient..

## Přechod na třísměnný provoz a smlouva o pohotovosti

**V roce 2007 jsem podepisoval smlouvu o pracovní pohotovosti, v té době jsem pracoval pouze na jednu směnu. V roce 2015 jsem podepisoval novou mzdový výměr a novou smlouvu na třísměnný provoz. Rád bych se dozvěděl, jestli jsem neměl podepsat také novou smlouvu na pracovní pohotovost.**



odpovídá  
Mgr. Marie Šubertová

přípraven k případnému výkonu práce podle pracovní smlouvy a která musí být v případě naléhavé potřeby vykonána nad rámec jeho rozvrhu pracovních směn. V případě, že došlo ke změně rozvrhu pracovních směn

Předpokládám, že k podpisu nové pracovní smlouvy došlo v roce 2015. Pracovní pohotovost se rozumí doba, v níž je zaměstnanec

a nyní pracujete na třísměnný provoz, je nutné podepsat také novou dohodu o pracovní pohotovosti, ve které bude pracovní pohotovost upravena odlišně od dohody o pracovní pohotovosti vztahující se k jednosměnnému provozu.

formační povinnost vycházející ze zákoníku práce, konkrétně § 338 a násl. Tedy jsou povinni Vás ve lhůtě 30 dnů přede dnem nabytí účinnosti převodu práv a povinnosti informovat o tomto převodu; zejména jsou povinni Vám oznámit datum tohoto pře-

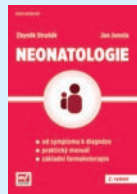
vodu, důvody převodu, právní, ekonomické a sociální důsledky převodu pro Vaši osobu a připravovaná opatření ve vztahu k zaměstnancům. V případě tohoto převodu tak Váš pracovní poměr nezaniká, jen se změní označení zaměstnavatele.

## NOVÉ KNIHY

### Zbyněk Straňák, Jan Janota a kolektiv

#### Neonatologie

2., rozšířené a přepracované vydání



Rozsah: 640 stran  
Cena: 820 Kč  
ISBN: 978-80-204-3861-4  
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Monografie našich předních specialistů v oboru je praktickým manuálem, který se snaží poskytnout ucelené informace o příčinách, symptomech a léčbě nejzávažnějších a nejčastějších patologických stavů novorozenců. Měl by pomoci v rychlé diagnostice problémů novorozence po porodu a v prvních dnech života, předložit širokou diferenciálně diagnostickou rozvahu a přinést jasná doporučení vedoucí k léčbě dané patologie, stabilizaci stavu, případně připravit novorozence na transport. Kapitoly jsou uspořádány abecedně, každá odpovídá jednomu klinickému, laboratornímu nebo diagnostickému problému.

Kromě aktualizace textů původního vydání byly nově doplněny kapitoly o epidemiologických indikátorech perinatální péče a péče o kojenice, monitorování stavu plodu *in utero*, hodnocení, prevenci a léčbě bolesti, etice v neonatologii, chromozomálních aberacích, principech vývojové péče a vrozených vývojových vadách hlavy a trupu.

Publikace je určena pediatřům a neonatologům všech zdravotnických zařízení, především však lékařům menších a středních porodnic, novorozeneckých a dětských oddělení, kteří nemají široké zázemí jednotky intenzivní péče. Zároveň bude i cenným zdrojem odborných informací pro postgraduální studium a předatestační přípravu v pediatrii a neonatologii. První vydání publikace získalo cenu předsednictva České lékařské společnosti JEP za nejlepší odbornou knižní publikaci za rok 2013.

(Recenzi publikace si můžete přečíst na str. 43.)

### Rudolf Kotas

#### Bolesti hlavy v klinické praxi

Rozsah: 312 stran  
Cena: 595 Kč  
ISBN: 978-80-7345-443-2  
Vydavatel: Maxdorf



Bolest hlavy je těžké objektivizovat, na druhé straně bolesti hlavy významně snižují kvalitu života a často vedou k pracovní neschopnosti... Kniha kromě širšího záběru odráží velký pokrok medicíny ve studiu bolesti hlavy od začátku nového milénia, který se týká jak pochopení příčin a mechanismů bolesti hlavy, tak nových farmakoterapeutických možností.

### Vladimír Tesař, Ondřej Viklický a kolektiv

#### Klinická nefrologie

2., zcela přepracované a doplněné vydání



Rozsah: 560 stran  
Cena: 1199 Kč  
ISBN: 978-80-247-4367-7  
Vydavatel: Grada

Text o 18 kapitolách je základním studijním materiálem pro studenty medicíny, jehož didaktickou hodnotu zvyšuje zařazení 200 tabulek, 150 barevných i černobílých ilustrací a odkazy na další studijní literaturu.

### Jan Máca a kolektiv

#### ARDS v klinické praxi



Rozsah: 695 stran  
Cena: 795 Kč  
ISBN: 978-80-7345-447-0  
Vydavatel: Maxdorf

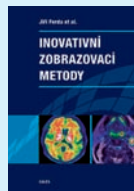
Syndrom akutní dechové tísně (ARDS) je významná klinická jednotka zahrnující těžké formy respiračního selhání nekardiální etiologie. Vzniká na podkladě rozsáhlé heterogenní skupiny zevních a vnitřních inzultů postihujících plicní parenchym. Problematika ARDS zasahuje do mnoha oblastí v intenzivní medicíně a je jedním z nejčastějších faktorů zhoršujících nemocnost a úmrtnost kriticky nemocných (30–60 %).

Publikace přináší úvod do problematiky syndromu po stránce teoretické (historie, epidemiologie, patogenese, budoucnost) a praktické (ujednání pohledu na dostupné terapeutické intervence a usnadnění rozhodování o jejich užití). Popisuje rovněž vztah ARDS ke dvěma nejvýznamnějším patologickým jednot-

kám na JIP – k syndromu multiorgánové dysfunkce (MODS) a sepsi.

### Jiří Ferda a kolektiv

#### Inovativní zobrazovací metody



Rozsah: 140 stran  
Cena: 390 Kč  
ISBN: 978-80-7492-186-5  
Vydavatel: Galén

Monografie podává přehled o současných moderních postupech diagnostického zobrazování a postupů terapie vedené zobrazovacími metodami. Jsou zmíněny trendy vývoje v posledních 30 letech a poté je věnována pozornost zobrazování neuroendokrinních nádorů, zátěžovému perfluornímu zobrazení myokardu pomocí CT, chemické analýze složení močových konkrémentů, multiparametrickému zobrazování nádorových procesů na 3T magnetické rezonanci, hybridnímu zobrazení pomocí PET/MR, zobrazování polytraumat na CT, diagnostice poranění ligových fotbalistů pomocí 3T magnetické rezonance, kontrastnímu ultrasonografickému zobrazení endoleaku po implantaci abdominálních stentgraftů, léčbě kostních metastáz karcinomu prostaty 232-radiem, endovaskulární aplikaci kmenových buněk do jaterního parenchymu před resekci jaterních metastáz kolorektálního karcinomu a radioembolizační léčbě hepatocelulárního karcinomu skleněnými mikročasticemi s 90-yttriem.

### Jan Žižka, Jaroslav Tintěra, Marek Mechl a kolektiv

#### Protokoly MR zobrazování – pokročilé techniky



Rozsah: 163 stran  
Cena: 600 Kč  
ISBN: 978-80-7492-179-7  
Vydavatel: Galén

Předcházející titul Protokoly MR zobrazování rozšiřuje tato publikace o dalších třicet vyšetřovacích MR protokolů použitelných na různých přístrojích bez ohledu na konkrétní model či výrobce. Jsou zde zpracovány protokoly technicky náročnější na správné provedení a protokoly

méně běžných druhů vyšetření, jako je například MR srdce, hrudníku, prsu, orgánů malé pánve, plodu nebo MR angiografie s použitím kontrastní látky. Publikace je doplněna kapitolami o bezpečnosti MR diagnostiky, o zobrazování difuze, funkční MR, spektroskopii a problematice zobrazování na přístrojích 3 Tesla.

### Hugo Příbyl

#### Lidské potřeby ve stáří



Rozsah: 96 stran  
Cena: 195 Kč  
ISBN: 978-80-7345-437-1  
Vydavatel: Maxdorf

Publikace je určena sestřám, pečovatelkám, sociálním pracovníkům, rodinným příslušníkům, dobrovolníkům. Nejedná se o učebnici geriatry, autorovým záměrem bylo zjednodušeně shrnout základní teoretické poznatky a poukázat na rozdíl ve vnímání potřeb starších a mladších seniorů.

### Marie Žitková, Andrea Pokorná, Erna Mičudová

#### Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi

Pro staniční a vrchní sestry



Rozsah: 168 stran  
Cena: 269 Kč  
ISBN: 978-80-247-5094-1  
Vydavatel: Grada

Vedení adaptačního procesu u všeobecných sester, fyzioterapeutů, zdravotních laborantů a dalších nelékařských profesí a představení jeho nástrojů jsou obsahem novinky z edice Sestra.

### Patrik Burda, Lenka Šolcová

#### Ošetrovatelská péče, 1. díl

Pro obor ošetrovatel



Rozsah: 228 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-247-5333-1  
Vydavatel: Grada

Učebnice aplikující teoretické poznatky z oboru ošetrovatelství do

praxe je členěna do kapitol, které vycházejí ze školních vzdělávacích programů pro obor ošetrovatel. Tři díly odpovídají náplni vzdělávání v jednotlivých ročnících.

### Susan Ayers, Richard de Visser

#### Psychologie v medicíně



Rozsah: 568 stran  
Cena: 1499 Kč  
ISBN: 978-80-247-5230-3  
Vydavatel: Grada

„S psychologií je to jako s dršťkovou polévkou – studenti ji buď milují, nebo nesnášejí,“ vyjádřili se o své knize autoři, „touto publikací proto chceme skeptiky povzbudit k bližšímu prozkoumání psychologie a k jejímu využívání v klinické praxi.“

### Martina Bašková

#### Metodika psychofyzické přípravy na porod



Rozsah: 112 stran  
Cena: 199 Kč  
ISBN: 978-80-247-5361-4  
Vydavatel: Grada

Hlavními tématy publikace jsou správné vedení psychofyzické přípravy na porod a organizace kurzů této přípravy, popsány jsou faktory ovlivňující průběh a management psychofyzické přípravy na porod, šestinedělí a péči o dítě.

### Zdeněk Martínek

#### Agresivita a kriminalita školní mládeže

2., aktualizované a rozšířené vydání

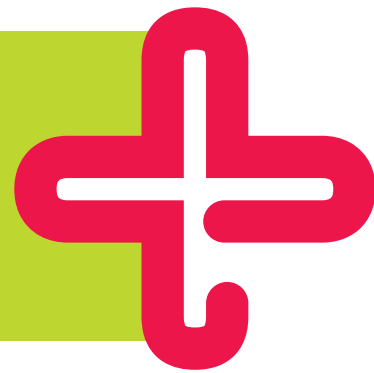


Rozsah: 192 stran  
Cena: 289 Kč  
ISBN: 978-80-247-5309-6  
Vydavatel: Grada

Autor seznamuje odbornou i laickou veřejnost s druhy, příčinami a důsledky agrese, s nimiž se lze setkat ve školním prostředí, a aktuálně se zabývá také novými fenomény patologického chování dětí, jako je kyberšikana.



# VÁNOČNÍ PŘÍLOHA



**VÁNOČNÍ ANKETA**  
Zeptali jsme se klíčových hráčů našeho zdravotnictví, jak hodnotí uplynulý rok a co plánují do budoucna



**ZAČTĚTE SE**  
Své zkušenosti a zážitky z medicínských výzkumů líčí s humorem sobě vlastním MUDr. Radkin Honzák

## Kubíkovo prozření

Začínal advent, když se Kubík vrátil zklamaně ze školky. Hned vyhrkl: „Představte si, jak jsou kluci ve školce hloupí! Oni říkají, že žádný Ježíšek ani Mikuláš neexistují, že dárky dávají rodiče a Mikuláše dělá starší kluci!“

Co na to říct? Pravdu? Jeho kamarádi ze školky mají starší sourozence a ti většinou mladší brášky zasvětili do reality, ale Kubík má mladší sestřičku, takže si na Ježíška hrajeme a doufali jsme, že si ještě nějaký ten rok budeme hrát dál. Budeme se těšit, až se Kubíkovi rozzáří očka před svítícím stromečkem, že aspoň ještě nějakou chvíli bude ušetřen reality starostí světa dospělých, že aspoň na pár okamžiků uvěří, že svět je jen krásný, neexistují zlí lidé, že slova jako nemoc, smrt a bezmocnost neexistují.

Snažili jsme se celou záležitost doma zamluvit, i když Kubík se k problému „hloupých kamarádů“ pořád vracel. Naštěstí se blížil den, kdy Mikuláš bude hodným dětem nadělovat, čert bude zlobivě trestat. A tak se přece jenom hroty Kubíkových otázek trochu otupily.

\* \* \*

Mikuláše u nás vždycky dělal děda, tedy manželčin otec. Měl herecký talent, v mládí dokonce hrál u ochotníků, a tak měl pro každoroční výkon svatého Mikuláše všechny předpoklady. Dokonce jej snad i mrzelo, že nemůže svůj kostým a nadání uplatnit i v jiných rodinách, což jsme mu doporučovali, aby se domluvil s nějakým čertem a společně potom chodili po sídlišti.

Jenže děda nechtěl, a tak chodil jen sám na naše děti. Čerta neměl, toho jsem většinou nahradil já, když jsem v předškolní zahrastil řetězem, aby to vypadalo, že na chodbě čeká aspoň pět čertů. Mikuláš dětem vše vysvětlil, že pokud děti nezlobí, nechá



Foto: Marek Podhora

čerty na chodbě, ale kdyby zlobily, hned by je zavolal, aby použili svoje metly.

\* \* \*

Všechno by se odehrálo jako obvykle, i když s rostoucím Kubíkem rostly i jeho pozorovací schopnosti. Věděli jsme, že se nenechá jen tak lehce opít rohlíkem. Děda přišel tajně, aby ani Kubík, ani Eliška nic netušili. Pak se v naší ložnici začal přestrojovat do připravovaného kostýmu. Malý problém vždycky nastal ve chvíli, kdy děda musel sundat svoje dioptrické brýle. Měl asi 8 dioptrií a občas zakopával. Překontroloval jsem jeho přestrojení, kolem masky nacpal ještě trochu bílé vaty, aby iluze vousů a starého moudrého pána byla dokonalá.

„Hotovo?“ zeptal jsem se. A děda přisvědčil: „Hotovo. Můžeme jít!“ A podíval se do zrcadla. Přiznám se, že z něj šel trochu strach. A kdybych nevěděl, že je to přestrojený tchán, tak bych se malinko začal bát.

Vzal jsem připravené, pečlivě schovávané řetězy a vyrazil na chodbu. Manželka zatím očekávala příchod Mikuláše s dětmi v obýváku.

\* \* \*

Jenže v tom se z ložnice ozvala rána, právě ve chvíli, kdy jsem už na chodbě začal chrastit řetězy a promluvat k fiktivním pánům čertům. Nakoukl jsem do ložnice, abych zjistil, co se stalo. Děda

klečel na všech čtyřech, mikulášskou čepici měl trochu na stranu. „Co je, dědo?“ zeptal jsem se, když jsem viděl, že něco hledá. „Mně vypadla korunka a bez brejlí ji nemůžu najít,“ stěžoval si Mikuláš.

Jenže to už se Kubík nemohl dočkat Mikuláše a začal vykukovat z obýváku, kde by ho neudržel ani „pár volů“. Nedalo se nic dělat a Mikuláš musel – bez korunky na předním řezáku – předstoupit před děti.

Nakonec se všechno vydařilo. Děti dostaly nadílku, Kubík odrecitoval i básničku, takže by se dalo říct, že vše bylo zachráněno. Já ještě několikrát zachřestil řetězem, zatímco děti zvědavě zkoumaly obsah nadělených pytlíků, a tak děda Mikuláš mohl důstojně odkráčet.

Chvilí jsem marně s dědou hledal na koberci v ložnici vypadlou korunkou, ale zase jsem nemohl děti nechat tak dlouho čekat. Musel jsem do obýváku, abych se nechal seznámit s tím, co vlastně jim to Mikuláš naděnil.

Za chvíli zazvonil i děda, který už s brýlemi, ale stále bez korunky, dětem zadýchaně oznamoval, že teď cestou k nám potkal několik strašně zlých a rozzlobených čertů a jestli už u nás taky byli. Eliška začala tou svojí hatmatilkou vysvětlovat a hlavně ukazovat, co jí všechno Mikuláš naděnil. Jenže Kubík už nebyl žádné mrně. Nakonec pod stromečkem letos najde školní brašnu, a tak si dědu zkoumavě prohlížel.

„Dědo, co se ti stalo?“ zeptal se a zkoumavě pozoroval mezeru mezi předními zuby.

„Ztratil jsem zub, to jak mě ty čerti hnali,“ nezapřel v sobě děda ochotníka.

Jenže Kubík už věděl své. „Ale tomu Mikulášovi taky chyběl vepředu zub jako...“ A vtom se Kubík zarazil a prožlel.

A pak docela potichu, aby jej mladší sestřička neslyšela, špitl: „Nebojte, já to Elišce neřeknu.“

MUDr. Václav Franc

## Navzdory počasí Ježíšek určitě přijde

Vážení předplatitelé a všichni ostatní, kterým se Zdravotnictví a medicína dostává do ruky, kalendář říká, že je zima. Pohled z okna tomu ale nijak nenásvědčuje. Žádná sněhová nadílka, žádný mráz do tváře, počasí si dělá, co chce. Tváří se každou chvíli jinak a krásně s námi laškuje. Jen aby nevykvetly třeseň.

Podle chování přírody je opravdu těžké si uvědomit, že je tu prosinec a tedy i čas vánoční a že na dveře už pomalu klepe Nový rok. Bývá zvykem, že si v tento adventní čas všichni vzájemně přejeme v duši mír, klidné prožití Vánoc a mluvíme o nejhodnější chvíli k zastavení, zamýšlení, třeba i nad sebou, bilancujeme, hodnotíme... Nevím, jak to máte Vy, ale mně toto „klidné“ období přináší spíše neklid, úklid (i v duši) nákupy, shon, zmatek, uzávěrky, stres, horlivé vyřizování restů a svírání za hrudní kostí, abych to proboha stihla a hlavně abych na něco nezapomněla. Jako by měl přijít konec světa.

Ráda bych Vám poděkovala, že si nás předplácíte. Děkuji Vám za všechny nápady, stanoviska a názory, které nám zasíláte. Chci poděkovat všem autorům, zejména lékařům a sestřím, že pro nás píší články. Můj dík patří také všem klíčovým hráčům našeho zdravotnictví, kteří s námi spolupracují, a jejich tiskovým mluvčím, že nám vždycky a ochotně poskytnou požadovanou výjádření. Moc ráda bych zde poděkovala i svým kolegyním a kolegům, s nimiž sdílím kancelář. Především Petře Klusákové, že mě kdykoli dokáže zastoupit s elegancí sobě vlastní, Květě Havlové, že ji cítím v zádech připravenou mi svou pomocí kdykoli vytrhnout trn z paty, MUDr. Andree Skálové nejen za to, že mi po léta trpělivě vysvětluje všelijaké zapekllosti, třeba rozdíl mezi probiotiky a prebiotiky, externí redaktorce Janě Jílkové, že píše jako bůh a dokáže téměř nemožné, a redakční grafice Pavle Jílkové (ne, nejsou to sestry), že naše texty umně poskládává



do oku lahodící grafické úpravy. Nemohu zapomenout ani na grafiky Honzu Borovku a Radka Hrdličku, kteří jsou ochotni kdykoli vypomoci se vším, co je stran grafiky třeba a co oba bravurně ovládají. Díky.

Ráda bych Vám kromě zdraví popřála něco smysluplného, ale nic mě zrovna nenapadá. Snad jen toto: nenechte zlost cloumat svým majetkem, nezatěžujte se věcmi, které nemůžete ovlivnit, nerozčilujte se zbytečně. Nedávejte šanci duševním upírům, neničte si stresem imunitní systém, nepůjčujte peníze a raději nepůjčujte ani knihy. Aspoň trochu se šetřete na těle i na duchu, hýčkejte si rodinné vztahy, nezapomínejte na přátele (samozřejmě ani na své děti), chodte za kulturou, sportujte, jezte dobré a zdravé věci, čtěte si, relaxujte. Zkuste být aspoň na chvíli sobečtí a myslet jenom na sebe. Já vím, ono se to dobře radí. Taky si to každý rok na silvestra opakují a pak se toho nedrží. Ale řídit se rčením „Co tě nezabije, to tě posílí“ nejde donekonečna. Prostě si nenechejte vzít dobrou náladu. Nenechejte se zdeptat tím, co se děje kolem nás, a snažte se zachovat si zdraví. A také bychom si všichni měli zachovat zdravý rozum.

Krásné Vánoce Vám přeje  
Markéta Mikšová

P. S. Pro ty z Vás, kteří ještě věříte na Ježíška, mám radu. Povidku na této straně při čtení raději vynechejte. Nekažte si Vánoce. Na drsnou pravdu je vždycky času dost.



## ANKETA

## Vánoční anketa

Rok se s rokem sešel, už tu máme opět Vánoce a konec roku klepe na dveře. Tento čas kromě vánočního rozjímání obvykle svádí také k ohlednutí se za uplynulým rokem, bilancování jeho úspěšnosti i k plánování. Jak hodnotí uplynulý rok a co plánují, jsme se zeptali významných osobností našeho zdravotnictví.

Položili jsme jim tyto otázky:

1. Co se vám tento rok nejvíce podařilo?
2. Jaké jsou vaše plány do budoucna?
3. Co byste společnosti, v jejímž čele stojíte, nejvíce přál?
4. Co popřejete čtenářům časopisu Zdravotnictví a medicína, zdravotníkům a celému českému zdravotnictví?

\* \* \*



**Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.,** předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

1. To musí posoudit jiní, ale určitě se podařilo zviditelnit Českou lékařskou společnost a vyvést nejstarší český lékařský časopis „Časopis lékařů českých“ z krize, ve které byl.
2. Rád bych udělal něco s Lékařským domem, se vstupem do budovy, s přízemím, suterénem a přednáškovou síní. Jedna architektka, která nám pomáhala s novými plány, říkala, že to tam vypadá jako v krematoriu, mně to více připomíná kino, jaká se stavěla v 60. letech.
3. Aby se zklidnila atmosféra mezi některými našimi odbornými společnostmi. To souvisí hlavně s tím, aby se nějak rozumně změnil návrh zákona o atestacích. Také česká lékařská věda je v rozkladu, nové grantové agentury určitě nespínily, to co jsme si od nich slibovali, klinická medicína nemá adekvátní zastoupení v radě vlády a pravděpodobně nezískáme v příštích letech rozumné prostředky na vědu z EU. To je hrubá chyba celého resortu.

4. Aby se překonala těžká personální krize, která ve zdravotnictví je – nedostatek lékařů i sester, zejména v některých oborech a regionech. To půjde jedině přes efektivnější zdravotnictví. Rezerv je určitě hodně. Nejen touto cestou může být dosaženo vyšších mezd. Tragická je i zdravotnická administrativa – nechápu, jak ti opravdu pracující zdravotníci mohou tolik úředníků uživit. Hlavní problém je nekonkurenční, extrémně řízené a omezené zdravotnictví, které je vlastně drahé. Také bych si přál, aby se něco stalo se špatnou zdravotní gramotností populace. Tento stav umožňuje, že bují nevědecké postupy od potravinových doplňků až po čínskou medicínu.

\* \* \*



**MUDr. Milan Kubek, prezident České lékařské komory**

1. Dokázal jsem rozšířit svoji angiologickou ambulanci, byl jsem znovu zvolen prezidentem České lékařské komory a uběhl jsem půlmaraton pod 1 hodinu 55 minut.
2. Budu se snažit splnit co nejvíce z programu, na jehož základě jsem získal důvěru tří čtvrtin delegátů sjezdu České lékařské komory. I nadále bych chtěl vedle toho rozvíjet svoji ambulantní praxi, a pokud mi zdraví dovolí, rád bych ten příští půlmaraton zaběhl pod 1 hodinu 50 minut.
3. Pouhá přání nestačí. Pro jejich splnění je třeba se přičinit. Pro Českou lékařskou komoru se budu snažit vybojovat více kompetencí nezbytných k tomu, aby mohla plnit úlohu garantu kvality zdravotní péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, který dokáže prosadit pro lékaře odpovídající profesní podmínky.

4. Zdravotníkům i vašim čtenářům přeji to, co přeji všem slušným lidem. Tedy především pevné zdraví, dále pak hodně úspěchů a alespoň trochu štěstí navrch k tomu. A českému zdravotnictví? Tak tomu je třeba přát v první řadě více peněz a více zdravotníků. Lepší zákony a rozumnější politiku by se samozřejmě hodilo také. Úspěšný nový rok!

\* \* \*



**PhDr. Martina Šochmanová, MBA,** prezidentka České asociace sester

1. Jako jeden ze svých největších osobních úspěchů letošního roku vnímám to, že se mi podařilo na začátku března získat důvěru České asociace sester (ČAS). Dostala jsem možnost asociaci v následujících letech vést z pozice prezidentky, což je pro mě obrovský závazek – jak osobní, tak profesní. Získala jsem možnost zúročit vlastní zkušenosti z praxe a ovlivnit směřování této důležité organizace, která se snaží prosadit zájmy nelékařů pro jejich budoucí ohodnocení, postavení ve společnosti i pro lepší pracovní podmínky. Proto se nyní aktivně podílíme na novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. Naší snahou je například nastavit systém tak, aby již dále nedocházelo k přetěžování nelékařského personálu – to totiž vede



Ilustrační foto: Shutterstock

k odchodům kvalifikovaných zaměstnanců mimo zdravotnictví, což bohužel způsobuje ještě větší personální obtíže. Je to začarovaný kruh, ze kterého není snadná cesta ven. Ale pevně věřím, že se nám tento trend podaří přinejmenším zbrzdit.

2. Už při jmenování do funkce jsem si několik cílů stanovila – jedním z nich je dostat ČAS do povědomí nejen odborné, ale i široké veřejnosti. To se nám zatím daří velmi dobře. Česká asociace sester začíná být slyšet. To souvisí s dalším, tentokrát dlouhodobějším cílem. Tím je rozšíření členské základny. Čím více totiž bude členů asociace, tím silnější hlas budeme mít a dokážeme lépe ovlivňovat naše společné zájmy. To ale zvládneme jen jako jednotná organizace, proto bych v budoucnu ráda působila také jako mediátor mezi některými sektory a pomohla jim najít společnou řeč a názorovou shodu.
3. Česká asociace sester má jasný cíl – pokusit se vrátit povolání sester a všech nelékařů do podoby povolání, které mělo prestiž a ve společnosti něco znamenalo. Sestrám v dnešní době totiž často chybí vědomí toho, že jejich práce je nejen záslužná, ale především doceněná – a to jak zaměstnavatelem, tak i širokou veřejností. Povolání sestry je velmi náročné, psychicky i fyzicky. Na sestry jsou kladeány stále větší nároky – nejen na odbornou úroveň, ale i v oblasti legislativy, stejně jako na jejich technickou zdatnost. Přitom pro pacienta, pro kterého

jsou často tím prvním člověkem, s nímž se ve zdravotnickém zařízení setkají, jsou i přítelem a vrbou, která vyslechne jejich strasti a pomůže i v lidným slovem a úsměvem. Jejich práce je náročná, ale zároveň krásná. Je to životní náplň, kterou je ale potřeba skutečně adekvátně ocenit. České asociaci sester bych proto přála především trpělivost a sílu. Čeká nás ještě dlouhá cesta, ale věřím, že společně ji zvládneme.

4. Českému zdravotnictví, zdravotníkům i vašim čtenářům bych popřála do roku 2016 především zdraví a také to, aby využili všechny možnosti, které jim rok s šestkou na konci přinese. Má to být údajně rok úspěchů a nových nápadů, které jen tak nezapadnou – proto jich využijme a snažme se využít příležitostí, které se naskytou. A to ve všech oblastech.

\* \* \*



**PharmDr. Lubomír Chudoba,** prezident České lékárnické komory

1. Podstatně jsme rozšířili a zkvalitnili systém celoživotního vzdělávání lékárníků. Komo-



## ANKETA

ra se tak snaží přispět k naplnění vize lékárny jako nejsnáze dostupného zdravotnického zařízení první linie poskytujícího širokou paletu služeb zdravotní péče. Začali jsme s tématem eliminace závislosti (odvykání kouření), podpory zdravého životního stylu (snižování hmotnosti a zdravá výživa) a včasného screeningu „civilizačních nemocí“ (diabetes, vysoký krevní tlak ad.). Rychlý rozvoj farmakoterapie pak zůstává naší motivací k trvalému rozšiřování si vědomostí nejen pro poradenství v samoléčbě, ale též v péči o vybrané skupiny pacientů a v racionální farmakoterapii. Dohled lékárníka a klinického farmaceuta nad správným dávkováním a kombinacemi léků je předpokladem bezpečné a účinné léčby a významně šetří finanční prostředky. Velmi kladně hodnotím navázání pilotní spolupráce se zdravotními pojišťovnami v některých výše uvedených oblastech. Dále se myslím podařilo zviditelnit profesi lékárníka, jak formou osvětových kampaní, tak prostřednictvím nově vybudovaného webového portálu pro veřejnost (Lékařnické kapky).

2. Prioritním úkolem je změna systému odměňování. Lékařská péče nemůže být nadále závislá pouze na obchodní přirážce za léky. Stejně jako v ostatních zemích EU preferujeme kombinovaný model procentuální marže a dostatečně vysoké fixní částky jako odměny za odborné činnosti spojené s výdejem léčiv. Je nutné zabránit dalšímu přehušťování sítě lékáren ve městech a naopak podpořit jejich setrvání a vznik ve venkovských regionech. Za neudržitelnou považují současnou deformaci transparentního procesu stanovení cen a úhrad léků „českou variantou“ pozitivních listů zdravotních pojišťoven. A také neuvěřitelný prostor pro manipulaci s cenou ze strany některých výrobců, kteří tím diskriminují značný počet veřejných lékáren i jejich pacienty. Není možné nadále finančně saturovat „bezedné“ nemocnice na úkor ambulantního sektoru, včetně veřejných lékáren. Řešení by si zasloužila i „hra“ na ochranný limit spoluúčasti pacientů v nepředvídatelném systému ne- a započítatelných doplatků na léky. Na druhé straně bude pro udržení solidárního zdravotnického systému též nezbytný odpovědnější přístup

pacientů při dodržování léčebného režimu.

3. Přál bych si, abychom dále posilovali svou pozici respektovaní profesní komory. Jak vzhledem k veřejnosti, státní správě a politikům, tak vůči své vlastní členské základně. Přestože se v posledním období podařilo zapojit do práce pro komoru velkou část kolegů, přál bych si ještě vyšší počet členů, kteří nám aktivně pomohou s mnoha aktivitami směrem k veřejnosti i státní správě.
4. Českému zdravotnictví přeji vedoucí činitele a osvědčené lídry, pro které bude práce ve prospěch českého pacienta a českého zdravotnického systému skutečným posláním. Přeji mu politickou reprezentaci, která aktivně podpoří poskytování péče českými zdravotníky a pomůže udržet stabilní pilíř, jímž je ve společnosti střední třída. Nepřeji mu ani monopolizaci trhu, ani vyvádění prostředků z veřejného zdravotního pojištění do „daňových rájů“, čemuž současná nečinnost a alibismus většiny zodpovědných vydatně nahrává. Čtenářům a zdravotníkům přeji pevné zdraví, pohodu v kruhu nejbližších a radost z práce.

\* \* \*



**MUDr. Zorjan Jojko,**  
předseda Sdružení  
ambulantních specialistů

1. Za největší úspěch tohoto roku považujeme, že se nám podařilo dotáhnout jednání se všemi pojišťovnami o smlouvách na dobu neurčitou vypořádatelnou jen za předem jasné definované podmínky pro prakticky všechny ambulantní speciality. Jsme si vědomi, že jistota smlouvy ještě neznamená jistotu přiměřeného příjmu, přesto tento krok vnímáme velmi silně pozitivně.
2. Po zajištění jistoty existence bychom rádi konečně prosadili i přiměřenou úhradu našich výkonů. Myslím tím opravdu reálnou hodnotu bodu a reálné

ohodnocení režie v seznamu výkonů. To stále velmi pokulhá. Ušel si vědom, že to asi není úkol na jeden rok, nicméně jednání o smlouvách také trvalo 4 roky. A podařilo se.

3. Mám za to, že jsem vše vyjmenoval v předchozích dvou bodech. A členům SAS přeji, aby se při své práci mohli co nejvíce soustředit na medicínu a pomoc svým pacientům s minimalizací obtěžování administrativou. Všem ambulantním specialistům pak přeji hodně zdraví a pracovních úspěchů.
4. Čtenářům a vlastně všem zdravotníkům přeji také pevné zdraví a hodně pracovních úspěchů. A českému zdravotnictví? Tomu přeji, aby politici (i z vlastního puđu sebezáchovy) konečně pochopili, že „západní medicína“ se dlouhodobě nedá dělat za „východní peníze“ a že vnitřní dluh ve zdravotnictví, který léty neustále narůstá a který je překonáván jen díky jakési v jiných oborech neobvyklé solidaritě lékařů a zdravotníků, má také svou nepodkročitelnou hranici, k níž se, myslím, bohužel již blížíme.

\* \* \*



**Mgr. Jakub Dvořáček,** výkonný  
ředitel Asociace inovativního  
farmaceutického průmyslu

1. V letošním roce hodnotíme jako povedenou IMI CEE konferenci, která měla široký přesah do externího prostředí. V Praze se sešly výzkumné týmy střední a východní Evropy, korporátní i akademické sféry. Měly možnost zjistit, jaké jsou možnosti zapojení se do IMI programu, a najít tak potenciál spolupráce. Program IMI nabízí granty malým a středním konsorciím, akademickým týmům, nemocnicím či jiným organizacím. Paralelním programem byly diskuse o potřebě a důležitosti efektivní podpory výzkumu v Evropě i na lokální úrovni. V České republice máme v současnosti 4 úspěšné účasti týmu na konsorciích.

Dalším velmi úspěšným projektem byla Letní škola patientské akademie, která i nadále plní funkci vzdělávacího místa pro pacienty a zároveň se posouvá do oblasti vytváření vzájemných vztahů a vazeb. Povedlo se nám vytvořit skupinu lidí i mimo patientské organizace, kteří aktivity pacientů podporují. Daří se nám stavět a rozvíjet patientské prostředí z hlediska úspěšnosti a získávání podpory. Letní škola spojila odborné lékařské společnosti a pacienty. A konečně ceny a úhrady. Úhradová vyhláška na příští rok umožňuje přístup pacientů k inovativní léčbě. Podporuje rozvoj specializovaných center a individualizované medicíny.

2. Klíčovým projektem pro rok 2016 bude pokračování projektu Transparentní spolupráce. Naše členské společnosti se připravují na první zveřejnění dat a zároveň se v příštím roce rozeběhne projekt, který má ochránit pacienty před šířením padělků. Navazuje na novu směrnici, která bude platit v celé Evropě. AIFP je v ČR realizátorem projektu a zajistí, že se k pacientům žádný padělek v Evropě nedostane.
3. AIFP přeji, aby měla kontinuitu a stabilitu v tom, kdo s námi spolupracuje, a aby k nám naše společnosti přicházely s aktivitami a nápady, co můžeme udělat ještě lépe.
4. Čtenářům a celému českému zdravotnictví přeji, aby bylo stabilní, aby zdravotníci dbali jak o medicínu samotnou, tak o to, aby pacient byl pořád v centru péče.

\* \* \*



**Mgr. Martin Mátl,** výkonný  
ředitel České asociace  
farmaceutických firem

1. Pokud bych měl zmínit osobní úspěchy, pak je to jistě změna v mém profesním životě. V létě jsem byl osloven, abych se zúčastnil soutěže na obsazení pozice výkonného ředitele Čes-

ké asociace farmaceutických firem – a to se nakonec podařilo. V září letošního jsem se stal členem týmu, který odborně i lidsky velmi respektuji a kde bych rád pokračoval v tom, co tvoří společnou platformu českého generického průmyslu. A pokud mohu hovořit za samotnou asociaci, myslím, že společným úspěchem všech 21 členských firem je fakt, že byla schopna zvládnout v letošním roce všechny velké změny, které ji potkaly jak na trhu, tak uvnitř samotné organizace. Po náhlém odchodu výkonného ředitele Emila Zörnera dokázala asociace nejen fungovat dál, ale i důstojně oslavit 15 let své existence.

2. Rád bych pokračoval a dále rozvíjel práci svých předchůdců v ČAFF, zejména v oblasti nastavení transparentního prostředí farmaceutického trhu i s nezbytnými regulacemi tak, aby skutečnost, že jsou léky v České republice jedny z nejlevnějších v Evropě, nezpůsobila jejich nedostupnost a čeští pacienti je nemuseli shánět v zahraničí. Naším cílem je zajišťovat účinná a cenově dostupná léčiva pro co nejširší okruh pacientů.
3. Přál bych jí splnění toho, o co celých 15 let své existence usiluje: nastavení rozumných pravidel regulace trhu s cenami léčiv odpovídajícími ekonomické úrovni České republiky. Přál bych jí rovněž pochopení a respekt veřejnosti, která je nezdědka ovlivňována opačnými postoji. Hlavní úlohou farmaceutického průmyslu je pomáhat pacientům k uzdravení a zdravým lidem poskytovat přípravky k dalšímu zlepšování kvality života.
4. Měl jsem v minulosti možnost nahlédnout jak do prostředí lékárenského trhu, tak do tvorby zdravotnické legislativy, a nyní i do prostředí výroby a distribuce významné skupiny generických léčiv, které díky vstupu na trh šetří peníze zdravotnického systému. Přál bych všem těmto skupinám působícím ve zdravotnictví vzájemné pochopení, aby se naplnily potřeby českého zdravotnictví a potřeby pacientů tak, abychom společně vytvářeli moderní systém, v němž všechny zainteresované strany mohou bez problémů plnit své poslání. Speciální přání bych za výrobce léčiv rád vyslovil čtenářům vašeho časopisu: přeje vám pevné zdraví v celém příštím roce!

## VÁNOČNÍ ANKETA

Čtyři předvánoční anketní otázky jsme položili také zástupcům předních farmaceutických společností, které působí na českém trhu. Jak hodnotí právě končící rok 2015? A co chystají do roku příštího?

Oslovení představitelé farmaceutických firem odpovídali na následující otázky:

1. Co se vám tento rok nejvíce podařilo?
2. Jaké jsou vaše plány pro rok 2016?
3. Co byste své firmě nejvíce přál/přála?
4. Co popřejete čtenářům časopisu Zdravotnictví a medicína, zdravotníkům a českému zdravotnictví?

Ilustrační foto: Shutterstock



### JOHN RANEY, COUNTRY MANAGER, PFIZER ČESKÁ REPUBLIKA



**1.** Letos se můžeme pochlubit úspěchy ve zpřístupňování našich léků novým skupinám pacientům díky novým indikacím. Např. náš moderní antikoagulant může být nově používán v léčbě hluboké žilní trombózy a plicní embolie a novou indikací má i naše anti-TNF biologikum (neradiografickou axiální spondylartritidu). Podařilo se nám rozšířit portfolio vakcín o vakcínu na klíšťovou encefalitidu a vakcíny proti meningokokovým infekcím. Letos také proběhla akvizice společnosti Hospira, díky které jsme se stali světovým lídrem v oblasti *biosimilars*. Uvádíme tak na trh např. *biosimilars* infliximabu.

**2.** Pro naši společnost byl a vždy bude prioritní výzkum a vývoj nových léků. Naše vývojové programy pokrývají 17 z 20 globálních chorob definovaných WHO jako největší břemena pro společnost.

Naším hlavním cílem pro rok 2016 tedy bude umožnit ještě větší dostupnost našeho portfolia léků. Konkrétně lze očekávat brzkou registraci nové průlomové léčebné možnosti u pokročilé rakoviny prsu, uvedení dvou léků na hemofilii na český trh a schválení nových indikací u dalších léků, např. v oblasti rakoviny plic. U vakcín bychom se chtěli zaměřit na vyšší dostupnost našich vakcín pro nej-

ohroženější skupiny v rámci prevence, kterou lze předcházet i těm nejzávažnějším onemocněním.

Z čistě organizačního hlediska se budeme věnovat zejména implementaci akvizice společnosti Allergan, která byla oznámena v listopadu 2015.

**3.** Moc bych si přál, aby se do budoucna více hovořilo o tom, jakou hodnotu mají léky pro pacienty. A nejen pro pacienty, ale také pro zdravotnické systémy a pro celou společnost. Zdraví je ta nejvyšší hodnota v lidském životě a já bych si přál, abychom mohli v příštích letech léčit a uzdravit co nejvíce českých pacientů a zvyšovat tím kvalitu jejich života. Dále bych firmě Pfizer přál, aby i v budoucnu zaměstnávala tolik talentovaných a schopných kolegů. Jsou to oni, kteří se zasloužili o náš úspěšný rok 2015, a za to jim děkuji.

**4.** Čtenářům a zdravotníkům přeji pevné zdraví a ať se jim nemoci vyhýbají obloukem. A pokud už by přeje jen onemocnění, ať mají možnost léčit se tím, co je pro ně nejlepší. Českému zdravotnictví přeji udržení si současné vysoké úrovně a zajištění finanční stability tak, aby lékaři ani pacienti nemuseli dělat kompromisy.

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

### PHARMDR. FRANTIŠEK GYÜRÜSI, ŘEDITEL GEDEON RICHTER MARKETING ČR, S. R. O.



**1.** Za největší úspěch společnosti, a to nejen v letošním roce, ale vůbec v poslední dekádě, nepochybně považuji to, že po 15letém vývoji se v USA podařilo zaregistrovat vlastní originální léčivý přípravek Vraylar (cariprazine), unikátní v terapii schizofrenie a manických nebo smíšených epizod u bipolárních poruch.

V České republice i letos společnost obstála se ctí, udržela si pozici mezi TOP 25 výrobců a opakovaně se jí podařilo naplnit všechny vytyčené cíle. Za významný úspěch také považuji obhájené prvenství společnosti v segmentu hormonální antikoncepce.

**2.** Příští rok si budeme připomínat 115. výročí založení společnosti a 60. výročí působení v České republice, resp. Československu. Takže i cíle jsou ambiciózní, odpovídající dosavadnímu renomé firmy. Plánujeme uvést na trh další nové přípravky v našich prioritních oblastech – gynekologii, neurologii a kardiologii. Důraz budeme také klást na rozvíjení spolupráce s národními autoritami, odbornými lékařskými společnostmi, obchodními partnery. V neposlední řadě se soustředíme také na profesní rozvoj zaměstnanců.

**3.** Společnosti bych popřál, aby udržela nastavený kurz, aby i nadále byla jak odbornou, tak laickou veřejností respektována a vnímána jako spolehlivý partner se specifickým a kvalitním portfoliem.

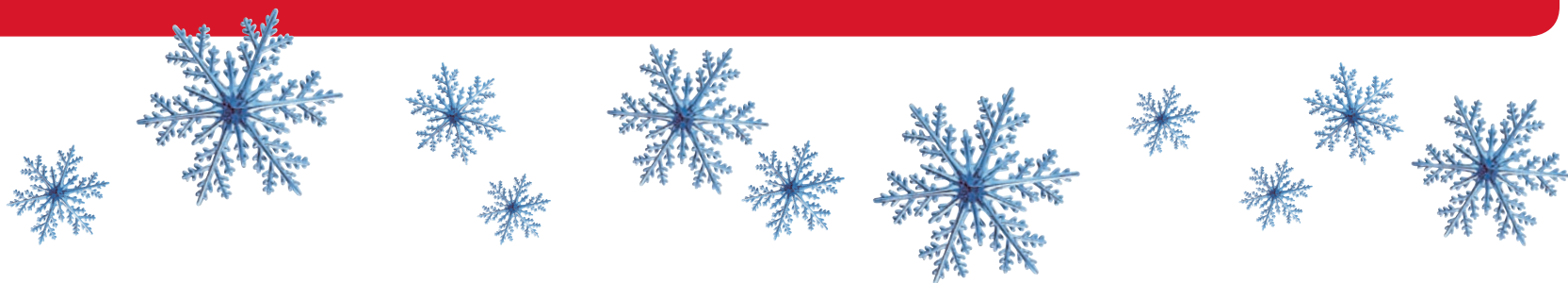
**4.** Čtenářům přeji, aby v tomto periodiku vždy našli to, co hledají a potřebují – informace o aktuálním dění ve všech oblastech zdravotnictví a nové odborné vědomosti pro svůj profesní rozvoj.

Zdravotníkům, a to jak lékařům, tak i střednímu zdravotnickému personálu, bych v první řadě popřál pevné zdraví a vytrvalost v jejich mnohdy nedocenené práci v péči o zdraví pacientů. Dále jim přeji, aby se zlepšil systém dalšího vzdělávání a aby se jim tady, v České republice, pracovalo natolik dobře, aby nebyli nuceni přemýšlet nad jinými pracovními alternativami.

A českému zdravotnictví? I když je často kritizováno a přestože má své nedostatky, považuji je za jeden z nejlepších systémů vůbec. Takže mu přeji, ať se i nadále rozvíjí ve prospěch poskytovatelů i příjemců služeb, s efektivním využíváním dostupných prostředků.

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





## DR. CHRISTIANE HAMACHER, GENERAL MANAGER ROCHE, S. R. O.



**1.** Letošní rok byl pro společnost Roche obdobím významných změn. Od 1. dubna 2015 prochází firma výraznou vnitřní transformací, a to v souladu s našimi základními hodnotami, jimiž jsou poctivost, odvaha a nadšení. Změny a vývoj společnosti se projevují také navenek. Od 14. září 2015 se společnost Roche stala novým členem Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). Již v uplynulých letech naše společ-

nost úzce spolupracovala s AIFP, dodržovala nejen vlastní etický kodex, ale i etický kodex asociace a od samého počátku se připojila k celoevropské iniciativě transparentní spolupráce mezi zdravotnickými odborníky a farmaceutickými společnostmi.

Vstup do AIFP byl tedy logickým krokem, kterým jsme se oficiálně připojili k etickým a transparentním standardům, jež jsou společně farmaceutickým firmám intenzivně se věnujícím výzkumu a vývoji inovativních léčivých přípravků.

Společnosti Roche se dařilo též obchodně. Dlouhodobě patříme mezi nejúspěšnější farmaceutické firmy v České republice, a to díky mimořádně kvalitnímu portfoliu léků, které nacházejí své uplatnění především při léčbě pacientů s onkologickými a autoimunitními chorobami, v oblasti virologie a transplantací medicíny.

Dlouhodobým strategickým cílem společnosti Roche je vývoj léků a diagnostických metod, jež přispívají k podstatnému zlepšení zdraví a kvality života nemocných a zvyšují jejich šanci na přežití. Z tohoto důvodu je pro nás naprosto zásadní, aby byl pro české pacienty zajištěn přístup k inovativním lékům. Jsem přesvědčená, že se nám tento cíl dařilo i v letošním roce naplňovat.

**2.** Také v roce 2016 se budeme snažit o to, aby současné i nově přicházející léky společnosti Roche byly v maximální možné míře dostupné pro české pacienty. Naším zákazníkům a obchodním partnerům budeme i nadále nabízet dlouhodobě udržitelný vztah založený na hlubo-

kém pochopení vzájemných potřeb a na principech rovné spolupráce. V příštím roce budeme pokračovat s vnitřní optimalizací a transformací společnosti. Chystáme se též na přestěhování firmy do nových kancelářských prostor, ve kterých najdou společné zázemí farmaceutická i diagnostická divize Roche.

**3.** Společnosti Roche bych přála, aby se jí dařilo ve výzkumu a realizaci inovativních řešení, jež znamenají významný přínos pro pacienty. Naše společnost disponuje portfoliem unikátních léků a velice slibné je též velké množství molekul procházejících různými fázemi klinického testování. To vše mě naplňuje vírou v práci, které se věnujeme, a nadšením, že jsme nositeli pokroku v medicíně a pomáháme dodávat lékařům nové léky pro léčbu pacientů.

Zaměstnancům společnosti bych přála především pevné zdraví, mnoho radosti a uspokojení ze zodpovědné práce, které se v Roche věnujeme. Naši zaměstnanci, naše produkty a naše etické a transparentní postupy jsou totiž základem pro udržení dobrého jména a pověsti společnosti Roche.

**4.** Čtenářům Zdravotnictví a medicína a všem zdravotníkům přeji především pevné zdraví, hodně štěstí a pořádnou dávku optimismu a životní energie.

Českému zdravotnictví bych popřála, aby bylo ekonomicky zdravé, transparentní a mohlo nabízet nejlepší dostupnou péči pacientům a všem občanům České republiky.

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

## ING. RADIM KOČÍ, ŘEDITEL MUCOS PHARMA CZ, S. R. O.



**1.** Podařilo se nám významně rozšířit počet lékařů, kteří překonali své pochybnosti, osobně se seznámili s účinky léčby pomocí Wobenzymu. A většina z nich na základě těchto zkušeností Wobenzym zařadila do své terapeutické škály.

Nejvíce nás těší, že lék Wobenzym prostě pomáhá mnoha pacientům a jejich spokojenost s účinky léčby Wobenzymem jsou stále na hodnotě přesahující 90 procent.

**2.** Umožnit těm lékařům, kteří nemají dosud praktické zkušenosti s léčbou Wobenzymem u svých pacientů ve schválených indikacích, aby se seznámili s účinky této léčby a sami si vyhodnotili její přínos.

Vedle toho zamýšlíme rozšířit spolupráci s klinickými pracovišti v České republice i na Slovensku, aby-

chom společně s našimi špičkovými specialisty mohli realizovat smysluplné klinické výzkumy ve prospěch pacientů.

**3.** Aby se lékaři, kteří ještě dnes pochybují o účinnosti systémové enzymoterapie, nechali osobně s léčbou Wobenzymem v dané indikaci seznámit a objektivně si jí sami vyhodnotili.

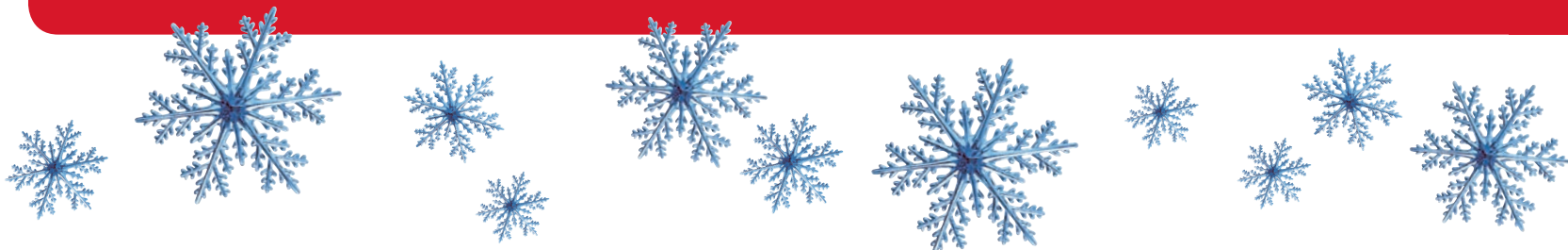
**4.** Aby se v médiích konečně více a lépe komunikovalo, že české zdravotnictví je až na malé výjimky na jednom z předních míst v Evropě i ve světě nejen z hlediska šíře a kvality poskytovaných služeb, ale zejména šíře klientely.

A aby si to uvědomila celá naše společnost a více si této skutečnosti vážila.

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

## VÁNOČNÍ PŘÍLOHA

## VÁNOČNÍ ANKETA



## ZBYNĚK FROLÍK, GENERÁLNÍ ŘEDITEL LINET, S. R. O.



**LINET** Group

**1.** Podařilo se toho spoustu. Zájem o naše lůžka ve světě se nadále zvyšoval – zvítězili jsme v několika důležitých zakázkách v západní Evropě, například v Německu či Nizozemí, výrazně jsme posílili také v Polsku či Chorvatsku a také v regionu postsovětských republik. Ve Švédsku jsme se v první polovině roku stali největším dodavatelem na trhu. Velmi dobře se nám dařilo v USA,

kde po 5 letech od založení pobočky držíme zhruba pětinový podíl v prestižním segmentu lůžek pro intenzivní péči. A dokončili jsme táhlý administrativní proces certifikace našich vybraných produktů pro čínský trh.

Na nedávném mezinárodním veletrhu zdravotnické techniky Medica jsme představili dvě důležité produktové inovace, které vycházejí vstříc trendu zvyšování bezpečnosti pacientů v nemocnicích. Naše lůžko Multicare získalo antibakteriální povrch a portfolio jsme rozšířili i o systém SafetyMonitor, který v sobě spojuje bezkontaktní sledování životních funkcí a monitoring stavu lůžka.

Dokončili jsme důležité investice do výrobní a logistické infrastruktury, takže můžeme zákazníkům i přes rostoucí poptávku garantovat své dodací lhůty.

Letošní rok si Linet připomněl také 25. výročí od svého založení. To, že jsme je mohli oslavit v takové kondici, by v seznamu úspěchů tohoto roku nemělo chybět.

**2.** Chceme pokračovat v zahraniční expanzi. Nesmírně důležité je udržet tempo růstu na americkém trhu, kde domácí konkurence začíná pozorněji vnímat naši přítomnost na trhu. Soustředít se chceme například i na region Blízkého východu a samozřejmě evropské trhy.

Nadále budeme rozvíjet svou nabídku v segmentu pečovatelských lůžek, kde trh do značné míry teprve vzniká a nárůst poptávky bude postupně přicházet se stárnoucí populací v Evropě, ale např. i v Číně.

Chystáme také představení některých nových produktů a nadále budeme hledat cesty pro integraci moderních komunikačních technologií do našeho produktového portfolia.

**3.** V první řadě, aby v ní stále pracovali takoví skvělí, talentovaní, šikovní a pracovití lidé jako dosud. Těžko bych dnes odpovídal do podobných anket, kdyby pro Linet nepracovali lidé, na které je absolutní spoleh.

Také ale Linetu přeji dostatek pokory. Bill Gates kdysi řekl, že vaši nejnaštvanější zákazníci jsou zdrojem vašich nejlepších nápadů. V Linetu jsme vždycky dbali na to, abychom si uměli chyby připustit, protože jedině tak se z nich poučíme a posunete se dál. Přál bych si, abychom si dokázali tuto schopnost udržet i v době, kdy zažíváme rekordní úspěch.

**4.** Především klidné svátky a šťastný nový rok. Lidem, kteří pracují v českém zdravotnictví, bych pak rád poděkoval hlavně za to, jak skvělou práci odvádějí. Lékaři i sestry z České republiky patří – alespoň dle mojí zkušenosti – ve světě k nejrespektovanějším a jejich pověst pomáhá i firmám, jako je Linet. Přál bych jim, vlastně i celému zdravotnictví, zejména zodpovědná politická rozhodnutí, která povedou k prosperujícímu zdravotnickému systému a která zdravotníkům poskytnou ty nejlepší pracovní podmínky, ať už se jedná o inovativní technologie či ohodnocení, které odpovídá náročnosti zaměstnání sester a lékařů.

[www.linet.com](http://www.linet.com)

## POVÍDKA

### Nejlepší dárek

So, this is Christmas, zní z mého obstarožitného gramofonu a já tiše sedím a poslouchám krásnou píseň Johna Lennona. Na desce se netočí pes, ale jméno nějaké jiné firmy, a přesto se ve mně rozlévá příjemný pocit očekávání něčeho krásného, trochu povznášejícího a trochu melancholického. Dělá to ta krásná píseň a také to, že je dnes Štědrý den. Vyvrcholení předcházejícího shonu a přemýšlení o tom, jak udělat svým blízkým radost a také překvapení, potěšení a pocit blaha navenek i uvnitř.

Není snadné někoho obdarovat tak, aby se nemusel přetvařovat a hrát před ostatními údiv a blažený pocit, když dárek rozbalí. Mohou to být ponožky, pyžamo nebo láhev kvalitního koňaku. Jenže tyhle dárky přeče jen asi nebudou to pravé, zvlášť když láhev koňaku vybalí nucený abstinents, který má

zničená játra. S ponožkami je to něco podobného. Představte si sebe sama jako pána v letech, který rozbaluje první balíček od manželky zpod stromečku. A ejhle, ponožky.

Vaše vnoučata už jsou trochu odrostlejší a nakupují dárky samostatně. Chtěla vám jako dědečkovi udělat radost a současně splnit jakýsi požadavek praktické použitelnosti dárků. Proto máte pod stromečkem ještě další dva balíčky ponožek různých tepelně izolačních vlastností, ale skoro shodných barev od tmavě šedé po černou. Váš syn projevil přece jenom trochu fantazie. V balíčku neurčitých tvarů se při rozbalování objevuje výtvorka s krásně řezbovanou střížkou z ušlechtilého dřeva a mosazným šroubem na špunty. To se vám poprvé trochu rozzáří oči a začnete se rozhlížet po zbývajících dárcích, jestli tam ještě nezbyvá něco, co by svým tvarem připomínalo něco pro použití

oně výtvorky. Ale zase pohasnou, když vidí, že už se tam nic podobného nenalézá, a pak si také uvědomíte, že kvůli totálně ztvrdlým játrům máte alkohol pod hrozbou smrti přísně zakázaný. Napadne vás, jestli by se tím dala otevřít Dobrá voda perlivá nebo neperlivá, a pak si uvědomíte, že ta má zátku na závit, a začnete si znovu prohlížet výtvorku a přemýšlíte, k čemu ji budete používat.

Já se snažím to řešit trochu jinak a zapínám při předvánočních nákupu fantazii. Říká se, že kniha je nejlepší dárek. Ano, ale jaká, to je ten problém. Snažím se to řešit logikou kolem titulu, nikdo na mě totiž nemůže chtít, abych to v prodejně celé přečetl a podle toho vybíral. Takže k tomu titulu „Smrt za bílého dne“, „Smrt si říká Engelchen“, „Smrtící déšť“, „Smrtónosná zbraň“ a podobně. No, to přeče nemůžete myslet vážně, že byste dal smrt pod vánoční stromek. Ne-

bo „Blažená Blanka“, „Šťastná Eliška“, „Ohrožená Alena“. Nějaké holky přece nemůžou pod stromečkem udělat radost. Zvlášť když ani vy nevíte, co jsou zač. Jiné příklady jsou: „Jídlo jako jed“, „Jedlé a jedovaté houby“, „Drogy a jejich účinky“ nebo „Může alkohol léčit?“. Toho se vyvarujte, protože jde přímo o návody jak se otrávit.

Je ještě spousta dalších varujících titulů, jako na příklad „Mein Kampf“, „Zbraně a jejich použití“, „Den poté“, Leninovy, Stalinovy, Klausovy a jiné spisy, které se snad ani číst nedají. Záleží samozřejmě na vás a na obdarovaném, co byste měl vybrat. Mohu jen poradit. Nikdy neuškodí učebnice cizího jazyka. Když se do titulu nechystá do Namibie, dejte mu pod stromeček učebnici namibijštiny. A doporučuji k tomu přidat česko-namibijštinu a také opačnou slovník, protože v učebnicích je většinou slovní zásoba dost chabá. Že nami-

bijština neexistuje? No to přeče nemůže vadit, když tam dotyčný stejně nepojede. Nějakou afričtinou se tam asi mluvit bude. A kdyby se teoreticky obdarovaný chtěl například zeptat, kdy jede nejbližší vlak v místě, kde žádný nejedí, nemohl by ukázat na něj nebo aspoň na nádraží, ale mohl by tu otázku položit slovně. A když v učebnicích namibijštiny, nebo když na tom trváte afričtiny, o vlačích není ani slovo, protože tam železnice ještě nedorazila, tak by nemohl. Proto ten slovník. A uvidíte, že ten váš šťastný obdarovaný příbuzný začne zjišťovat, jak by se do Namibie dostal. A tím se ho zbavíte, možná navždy. Radit umím dobře, ale stejně sám dávám přednost těm ponožkám, šálám a pyžamům, protože jsou měkké a neublíží, když vám je obdarovaný hodí na hlavu. S učebnicí a slovníkem namibijštiny by to dost bolelo.

Jiří Styblo



# Výzkumy, které jsem absolvoval, a ty, které bych si ještě dal

Kdysi jsem viděl podřadný kreslený vtip, na němž si herec stěžuje režisérovi, že scénu „napije se koňaku“ zkoušeli jen jednou, zatímco záběr „dostane facku“ už opakují popatnácté. Dodnes si myslím, že jako vtip to nelze hodnotit moc vysoko, zato jako životní zkušenost jistě ano.

Jednou se mě někdo zlomyslně ptal, co bych dělal, kdyby byli všichni zdraví a já bych neměl koho léčit. Odpověď byla a je stále jasná: živil bych se pokusy. A tak jako ve filmu není klapka jako klapka, nejsou ani všechny pokusy stejné. Některé se ale vtírají podobně jako slavná scéna z Casablanky: „Play it again, Sam!“

## Sny z nevspání

Jako pokusná osoba jsem vystupoval snad jen jednou, a to ve čtrnácti letech, kdy jsem se přihlásil v cirkusu, že se nechám zmizet. Trik se prý dobře povedl, nicméně ještě týden mi říkali bratrance a sestřence, s nimiž jsem u babičky trávil prázdniny, „přihlášený pane“, opičice se tak po cirkusákově, který mě celou dobu takhle oslovoval.

Na druhé straně barikády jsem naopak musel mnohokrát fungovat jako režie a dozor nad pokusnými osobami. Nejvíce jsem si užil nespavců. To byl experiment mého šéfa, jemuž se neřeklo jinak než „otec Kuhn“, pokus se spánkovou deprivací v trvání 120 hodin, tedy pěti dnů a pěti nocí bez spánku. Spánkový výzkum frčel po celém světě, neboť jakýsi absolutní nýmand jménem Eugene Aserinsky, neznámý začátečník na tomto poli, náhodně se zjeví jako asistent profesora Kleitmana, objevil u svého synka – nemaje dostatek peněz na zaplacení pokusných osob – rychlé pohyby očí, tedy REM neboli snovou fázi spánku. Také se chystal let na Měsíc a výzkum věnovaný studiu cirkadiálních rytmů měl v USA zelenou. Přesto se dodnes nemohu zbavit dojmu, že kromě nesporných vědeckých cílů měl otec Kuhn také osobní motivace. Jak mi za dlouhých, společně probdělých nocí prozradil, když ho vezli v onom listopadu 1939 v dobytčím vagonu spolu s dalšími studenty z Hlávkovy koleje bůhvíkam, měl při nevspání klasický úkaz – sen se mu protlačil do bdělého stavu. Navíc ten sen nebyl vůbec hezký. Když

to člověk zažije, zejména poprvé a zvláště za takových okolností, zanechá to v něm spoustu pochyb o duševní rovnováze. Věřím, že nespavci ho těchto pochyb zbavili.

## Pokus ovlivněný mistrovstvím světa

Příznávám, že mi poprvé také nebylo nijak dobře, když jeden z nich s vytřeštěnými očima zíral do černočerné tmy (v Krči byl tehdy špitál, hospoda U labutě, pár přízemních domků a jinak nic) a jásal: „Podívej se, to je nádherna, jak ti pracující kráčejí nadšeně do práce...“ Po čase jsem začal přemýšlet o možnosti, že takhle tvoří své úvodníky novináři Rudého práva. Do politických témat – tehdy populární pravá úchylka – mě zavedl také Gerstmannův syndrom, který jsem si musel zopakovat, když jeden nespavec na schodišti bušil hlavou, co hlavou, přímo obličejem, do zdi, neboť vytrvale zatačel na opačnou stranu, v jeho případě ale na levou.

Byly to nádherné týdny. Zpočátku se mnou žena odmítala sdílet lože, protože jsem údajně celou noc vykřikoval: „Nespěte!“ Ale časem si zvykla a já jsem se přizpůsobil, zejména když ze tří lůžkových nocí zbyly jen dvě. Přestože ti chlapi tam byli týráni (pravda, za peníze) odběry ze žíly každé tři hodiny – tenkrát nebyly ještě kanyly, ba ani jehly na jedno použití – přilnuli k nám téměř ve stylu stockholmského syndromu. Nejméně pěti z nich jsem byl za svědka na svatbě a jedna parta celý pokus absolvovala dokonce dvakrát.

Nejlepší na celé sérii bylo, že největší stres – měření množstvím vyvoloučených katecholaminů – vykazala kontrolní skupina, která spala zcela standardně, ale tehdy sledovala MS v hokeji 1967 ve Vídni, kde jsme dostali nařezáno od všech, včetně začínajících Finů. Ty tenkrát vedl z kriminálu propuštěný Bubník, který se nemohl doma uchytit, podruhé zde označený za zrádce národa.

Bylo to překrásné a bylo toho dost, jak napsal básník. Dnes už bych si to asi nezopakoval. Tedy ten pokus, protože všichni ti, kteří na tom participovali, strašně zestárlí.

## Přísně tajné hubnutí

Nezopakoval bych si ani terénní výzkum zaměřený na stravování v nočních směnách vedlejší kolegyni nadanou dovedností vybírat skutečně nejsmradlavější objekty v republice. Což byla – z hlediska smradu – úplná selanka proti přísně tajné studii věnované ukrývání napadených osob v prostorách metra, kdyby na Prahu udeřil atomový útok. Protože to bylo utajené, pokusné osoby uložili nablíbli agenti a pracovníci Ministerstva války a Ministerstva vnitřka mezi klimakterickými červenokřížáckými dobrovolnicemi s tvrzením, že se jedná o nový způsob hubnutí. Na poslední chvíli se mi tam povedlo propašovat pár mladých, což nebylo zrovna nejchytřejší, jak ukázal vývoj.

Pokus probíhal v nemocnici pod krčskou nemocnicí, záložním špitále, jakých byly stovky a z nichž se stala po roce 89 v nejlepším případě skladiště, v horším chátrající místa. Nechal jsem se tam zavítat pod podmínkou, že budu mít neomezený příslib piva; ostatní se museli spokojit s dvěma litry zteplalé vody na den na všechno použití. Takže jsme se nemyli. Jídlo bylo z prošlých vojenských zásob. Zavřeli nás tam na pět dní, dvacet žen a deset mužů (z toho tři technici s výbavou) do prostoru asi 10 x 10 metrů, z čehož byla půlka určena na spaní.

Jakmile cvakly dveře, dvě ženy začaly menstruovat. Bylo to v dobách, kdy po celé socialistické vlasti nebyly k sehnání vložky. Natož s křídýlkama! Jak referovali spolupracovníci venku, vojenský CAZ objížděl nejprve Středočeský kraj a pak i místa vzdálenější v marné snaze vložky sehnat; nebohé ukryté osoby si nakonec musely tvůrčím způsobem situaci vyřešit. Technici

mezitím instalovali do prostoru dva velké větráky, takže vzduch o teplotě kolem 33 stupňů začal cirkulovat, ale záhy to už nebyl vzduch, ale kolující mastnota. Vložky sice nebyly, ale zato už jsme měli telemetrické EKG. Náhle jsem dostal urgentní (pochopitelně kódovanou) zprávu, že jeden mladý muž napojený na tento přístroj zřejmě dostal infarkt, nebo cosi jiného, evidentně nebezpečného. Vydal jsem se ho ošetřit a zjistil jsem, že to není třeba, protože ho velice něžně držela partnerka, s kterou vášnivě souložil. Navzdory tomu, že Francouzi říkají orgasmu *la petite mort*, jsou přece jen frikční pohyby jiné, než když člověk zápasí se smrtí.

Dámy pochopitelně nezhubly, naopak na edémech z přesolených konzerv nabraly kolem tří kilogramů, což je rozladilo, avšak tajné výsledky ukázaly, že i tohle se dá přežít. Na čerstvém vzduchu jsem pookřál a zjistil, že jsem si uvnitř zapomněl polovinu záznamů. Vrátil jsem se zpátky a identifikoval smrad, který v opuštěném doupěti panoval – bylo to asi tak třikrát intenzivnější než u mravenecníka v ZOO.

## Holubí diagnostika

A tak zatímco my jsme blbli s lidmi, byli tu kolegové, kteří měli toto potěšení, že pracovali se zvířaty. Asi bych si odpustil Skinnerovy úplné začátky, kdy na základě „pověřivého chování“ holubů naučil tyto živé symboly míru a lásky řídit vypálené střely tak, aby zasáhly nepřátelskou loď. Ale určitě bych se byl rád zapojil do pařížského pokusu, v němž se zjišťovalo, zda holubi mají paměť na obličje.

Experimentátorky, mezi nimiž by se mi jistě také líbilo, se rozdělily na dvě skupiny: na „hodné“, které chodily do parku holuby krmit dobrotami, a na „zlé“, které jim chodily ty dobrotky krást nebo je od nich alespoň zahánět. Pracovat chodily v pracovním a odpoledne se šly do parku procházet v parád-



Foto: Jan Ráček

ních šatičkách a zjišťovat, zda je holubi poznají. A holubi je poznali, před zlými odlétali a kolem hodných se točili. To však experimentátorkám nestačilo. Zaběhly do připravené budky a tam si šatičky vyměnily. Ale holubi jim na to neskočili! Poznali je bezpečně a hezké bylo, že se těm zlým nemstily. To se naopak přihodilo jedné kolegyni v Bohnicích, kam se na zimu slétají hejna havranů. Jakkoliv se zapřísahala, že jim nikdy nic neprovedla...

Tak se postupně zjistilo, že holubi nejsou zdaleka tak blbí, jak se jim přispívá v důsledku jejich ničení barokních památek, a že dokážou plno věcí, když se jim o to slušně řekne. Šlo například o rozlišování předmětů na pozadí, vybírání správných kombinací barevných lékových kapslí, rozpoznávání písmen a číslic, rozpoznávání obrázků předmětů a zvířat (křesla, květiny, kočky), jakož i obrazů od Monea a na druhé straně od Picassa (my znalci na to máme pomůcku: Monet – barevné fleky a málo lidí, Renoir – barevné fleky a veselé obličje, Manet – barevné fleky a smutné obličje, Picasso – lidé po opravdu, ale opravdu nepovedené plastické operaci), nebo obličejů, včetně jejich výrazů při různých emocích. Jejich vizuální paměť je schopna uchovat 1800 obrazů a holubi navíc určitě dovedou své vizuální schopnosti zobecnit a uplatnit při rozpoznávání nových vjemů, jakými jsou například ryby různých tvarů. Nakonec se naučili diagnostikovat histologické nálezy a holubí konzilium sestávající ze čtyř odborníků má 99% úspěšnost při rozeznávání benigních a maligních náleží z biopsie prsu.

Proto chci napřesrok za peníze za EU začít s jejich cvičením a dovedu je k tomu, že budou chodit a létat kálet jen na mou určité předměty a osoby. Zatím sestavuji jejich seznam.

# Pomoc českých nemocnic v programu MEDEVAC

Humanitární program MEDEVAC je jednou z forem pomoci lidem, kteří kdekoli na světě čelí devastujícím dopadům ozbrojených konfliktů, přírodních či lidmi způsobených katastrof dopadajících na lidské zdraví. Velmi aktivní úlohu v něm sehrávají některé české nemocnice.

## Děvčátko ze Sarajeva

Český zdravotně humanitární program s názvem MEDEVAC sbírá své zkušenosti již od počátku 90. let 20. století. Jeho zřízení bylo reakcí na válečné útrapy civilního obyvatelstva ve válce zmítané Bosně a Hercegovině. Předobrazem a vzorem českého programu se stal zdravotně humanitární transport uskutečněný Brity v roce 1993. Tehdy britské vojenské letectvo evakovalo z obklíčeného Sarajeva těžce zraněnou Irmu Hadžimuratovićovou spolu s dalšími čtyřmi dětmi. Irma o svůj život v Londýně i přes veškerou snahu místních lékařů přišla. Její silný a smutný příběh byl však impulsem pro mezinárodní společenství k tomu, aby více pozornosti věnovalo civilním obětem uprostřed válečných konfliktů.

Britský počín pro děti ze Sarajeva se stal symbolem toho, co by Evropa pro záchranu obětí válečných tragédií měla dělat. Česká republika se rozhodla tento symbol vzít za svůj a následovat konání Britů. Krátce po Irmině případě došlo k výbuchu v městečku Busovača, který těžce zranil čtyřleté děvčátko Alesandru Vujicu. Tamní lékaři s maximálním možným nasazením dokázali Alesandru udržet při životě. Zůstala však znetvořena, s krátkou a špatnou prognózou života, pokud by nebyla léčena na modernějším a lépe vybaveném pracovišti. Alesandra se tak stala prvním případem, kdy Česká republika realizovala program MEDEVAC, tedy přesně řečeno zdravotně humanitární evakuaci na léčení do České republiky (z anglického MEDical EVACuation). Pražská Fakultní nemocnice v Motole byla první nemocnicí, která do programu vstoupila a uchránila život Alesandry od předčasněho konce.

## Pokračování programu MEDEVAC

Program MEDEVAC byl poté realizován taktéž v Kosovu, kde se opět zaměřoval na válečná zranění u dětských pacientů. Významný posun v programu přišel

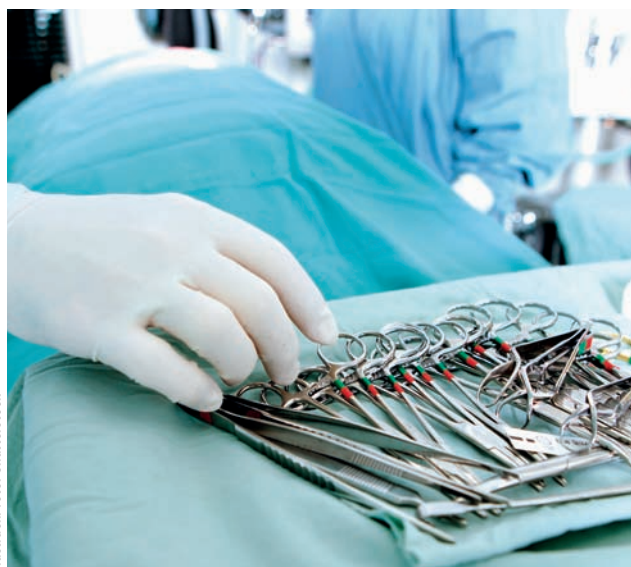
s iráckou válkou, kdy se program rozšířil i mimo spektrum válečných zranění a začal se zaměřovat i na léčbu vrozených srdečních vad u dětských pacientů. Tehdy program začal významně spolupracovat s Armádou ČR, konkrétně s lékaři 7. polní nemocnice Armády ČR v Basře a s Dětským kardiocentrem Fakultní nemocnice v Motole, které převzalo péči o tyto evakuované irácké děti.

Válečná zranění a vrozené srdeční vady byly v roce 2006 doplněny o léčbu zranění vzniklých jako následek ničivého zemětřesení v Pákistánu. Následovaly realizace programu v Afghánistánu, Kambodži, Libyi, Barmě, Sýrii/Jordánsku či na Ukrajině. Program pomalu rostl a rozšířil svoji funkčnost – tým dětských kardiologů a kardiochirurgů z Dětského kardiocentra FN Motol začal vyjíždět k provádění operací přímo v dané zemi. Rozšířil se také tým českých nemocnic, které se programu účastní – Fakultní nemocnice v Motole doplnily Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Nemocnice Na Bulovce a v případě programu MEDEVAC/Ukrajina také Ústřední vojenská nemocnice v Praze.

Se vzrůstajícím počtem konfliktů ve světě se MEDEVAC začal zaměřovat také na dospělé pacienty. Stále však platí, že program se primárně zaměřuje na zranitelné skupiny obyvatelstva, tj. ženy, děti a starší osoby. Program je zaměřen výhradně na léčbu civilistů, kteří se nacházejí ve vážném zdravotním stavu, ať už pro traumatické zranění – válečná zranění, zranění v důsledku přírodních katastrof – či chronická léčitelná onemocnění ohrožující život pacienta.

## MEDEVAC v roce 2015

Na začátku roku 2015 schválila vláda České republiky rámcovou roční podobu programu. Tato stabilnější roční rámcová podoba dovoluje komplexnější rozvažování, rychlejší a efektivnější reakci na vzniklou situaci ve světě ve vztahu k válkou postiženým či jinak potřebným oblastem.



Illustrace foto: Shutterstock

Program MEDEVAC vznikl na ministerstvu vnitra a to je stále koordinátorem celého programu, přičemž spolupracujícími ministerstvy jsou ministerstva zdravotnictví, zahraničních věcí a obrany. V roce 2015 byl program realizován ve třech podobách – pravidelné vysílání českých lékařských týmů do zahraničí (Jordánsko, Keňa, Kambodža), dále proběhly dva zdravotně humanitární transporty státních příslušníků Ukrajiny (vnitřně vysídlených osob) na léčení do ČR a nakonec se realizovaly stáže pro zdravotnický personál ze zemí původu v ČR (Region iráckého Kurdistánu, Ukrajina). V roce 2015 přivítal program MEDEVAC nové participující nemocnice, konkrétně Fakultní nemocnici Ostrava, Fakultní nemocnici Hradec Králové.

Efektivní spolupráce všech zmíněných resortů, českých nemocnic a českých zastupitelských úřadů v zahraničí, zejména v Jordánském hášimovském království, dovolila, aby jen v roce 2015 bylo uskutečněno 13 vyslání českých lékařských týmů do zahraničí, 2 zdravotně humanitární transporty a realizovaly se dvě komplexní běhy školení pro zdravotnický personál. Při svých vysláních se lékařské týmy zaměřují převážně na léčbu syrských

uprchlíků (Jordánsko), ale také na sociálně slabé a zranitelné skupiny obyvatelstva (Keňa, Kambodža).

Již zmíněná školení zdravotnického personálu se uskutečňovala v českých nemocničních zařízeních zřízených a řízených Ministerstvem zdravotnictví ČR. Jedním z těch, které se na naplňování programu MEDEVAC významně podílejí, je Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN).

## Školení kurdských lékařů ve VFN

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze se podílí na realizaci programu MEDEVAC již několik let. V rámci zdravotně humanitární evakuace pacientů na léčbu do ČR je jednou z hlavních příjemců programu součinnost v rámci výběru pacientů pro transport do ČR v podobě vyslání lékařských expertů na místo ke zhodnocení zdravotního stavu vybraných pacientů, pravidelně vysílá svůj lékařský tým na zahraniční mise programu MEDEVAC a nyní se zapojila do realizace školení lékařského personálu.

Vzhledem ke značné zátěži Regionu iráckého Kurdistánu v boji s Islámským státem byla projednána ve spolupráci ministerstev zahraničních věcí, vnitra a zdravotnictví pomoc této

autonomní oblasti v podobě školení zdravotnického personálu. Oslovena byla VFN v Praze, která nabídku organizace školení přijala. Do České republiky dorazilo 8 zdravotníků (z toho 5 lékařů různých operačních oborů a anesteziolog a 3 nelékaři se zaměřením na intenzivní péči) na kurz od 2. do 29. listopadu. Zdravotnický personál pocházel z Governorátu Erbil. Program připravil a kurz vedl MUDr. Filip Burget se spolupracovníky z I. chirurgické kliniky hrudní, břišní a úrazové chirurgie 1. LF UK a VFN pod supervizí prof. MUDr. Zdeňka Kršky, DrSc. Kurz byl řízen náměstkem pro vědu, výzkum a vzdělávání VFN MUDr. Janem Břízou, CSc., MBA.

V prvním týdnu se všichni účastníci seznámili s problematikou výkonů u těžkých pacientů na digitálních modelech v simulačním centru Fyziologického ústavu 1. LF UK a v dalších týdnech byla podle odbornosti zajištěna stáž a semináře na I. chirurgické klinice hrudní, břišní a úrazové chirurgie 1. LF UK a VFN, II. chirurgické klinice kardiiovaskulární chirurgie 1. LF UK a VFN. Ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady (FNKV) stážoval popáleninový chirurg v Popáleninovém centru FNKV a ortoped navštěvoval na vybrané operace Ortopedicko-traumatologickou kliniku 3. LF UK a FNKV. Dále byla zajištěna stáž v Ústavu chirurgie ruky ve Vysokém nad Jizerou. Stážisté měli možnost i praktického nácviku osteosyntéz na modelech ve školícím středisku firmy Medin v Novém Městě na Moravě. Kurz byl zakončen předáním certifikátů na I. chirurgické klinice hrudní, břišní a úrazové chirurgie.

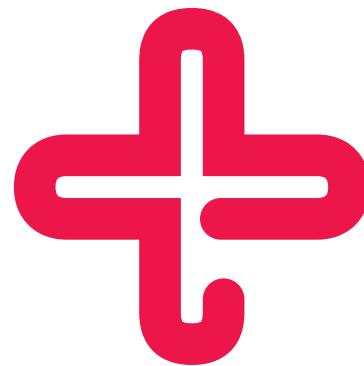
Účastníci i pořadatelé kurzu byli přijati na ministerstvu zahraničních věcí ředitelem odboru Blízkého východu a severní Afriky. Kurz byl kladně hodnocen jak účastníky, tak i zúčastněnými resortními ministerstvy. Na základě zkušeností z tohoto pilotního kurzu budou připravovány další kurzy. S jejich účastníky budou nadále udržovány kontakty jak formou prohlubovacích individuálních stáží či výměnou zkušeností na kongresech a konferencích, tak i formou pomoci při výběru dalších frekventantů postgraduálních kurzů.

*(Redakčně zpracováno s podklady koordinátora programu MEDEVAC v ČR Lukáše Němce, MV ČR, a náměstka pro vědu, výzkum a vzdělávání VFN MUDr. Jana Břízy, CSc., MBA)*



# Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



**30 / Ošetrovatelství**  
Role sestry političky

**34 / Chirurgie**  
Nejnovější šicí materiály  
v chirurgii

**36 / Onkologie**  
Enterální výživa onkologicky  
nemocných



# Role sestry političky

Článek se zamýšlí nad možnostmi sestry v naplňování jedné z jejích rolí, o které se v domácích kruzích mnoho nedovíme, přestože je v současné době velmi aktuální. Že se nejedná o výjimečnou činnost, naznačuje historie, kdy v 19. století roli sestry političky prosadila zakladatelka moderního ošetrovatelství Florence Nightingalová.

**M**ůže být sestra političkou? Jaké místo zaujímá role političky ve výčtu rolí, které sestru charakterizují a jsou pro tuto profesi v současné době specifické? Když se zeptáme profesionála i laika, jakou roli má sestra, bude bezprostřední odpovědí, že ošetrovatelka, pečovatelka. Po odmícní můžeme ještě slyšet edukátorka, vzdělavatelka. Také termín sestra manažerka je celkem známý. Ovšem role výzkumnice, designerky (navrhovatelky) změn, rozhodovatelky, obhájkyně – advokátky – pacienta již vyvolává úsměv ve tvářích. To je přece v našich podmínkách směšné, nemožné. A politička? No to už v žádném případě! Co ještě by sestra měla dělat? Možná právě z důvodu současné situace v ošetrovatelství a diskuse o vzdělávání sester je vhodné roli političky připomenout a objasnit.

## Vnímání politiky

Chápeme, že slovo politika v nás může vyvolávat negativní emoce stejně jako vše nové, co neznáme, nebo to, co je nám předkládáno a s čím nemáme dostatek zkušeností. Přirozeně se tomu bráníme. O to víc to platí o roli sestry političky. Pokud máme štěstí, že se s oním neznámým můžeme lépe seznámit, můžeme na věc změnit názor. Dokonce můžeme začít s obhajobou onoho původně negativního názoru. V takovém případě je vhodné jít ke zdroji a hledat význam podstaty, tedy slova politika a role sestry političky.

## Moc a spolupráce

Co je možné dovědět se z definice tak často používaného slova politika? Politika je z řeckého pojmu *polis*, což znamená město, *politiké techné* pak znamená správa obce. Toto slovo má mnohoznačný význam, ale obvykle označuje **proces a metodu rozhodování** určité skupiny lidí s pluralitními zájmy a názory. Politika je oblastí (polem), ve kterém existuje neustálé větší či menší napětí mezi „vládnoucí“ (politika shora) a „emancipační“ (politika zdola)

politikou. Prostředkem politiky je politická moc, kterou lze získat buď demokratickými prostředky, nebo násilím.

V demokratické společnosti vstupují do politiky politické subjekty přesvědčováním a vyjednáváním, eventuálně kompromisem. Spoluvytvářejí politická rozhodnutí. Mezi takové subjekty mohou patřit jednotlivci (občané), stejně jako organizace (politické strany a hnutí, občanská sdružení a jiné zájmové skupiny). Vynutitelnost politického rozhodnutí je zajištěna autoritou (která vykonává politickou moc). V přeneseném smyslu znamená politika chování a jednání jednotlivce nebo skupiny nebo nasazení prostředků k dosažení určitého cíle.

## Sestra a politika

Jak tato definice souvisí s ošetrovatelstvím a rolí sestry političky? Může sestra přesvědčovat, vyjednávat a hledat kompromisy? Sestra je profesionál, jednatel, jehož profesním i etickým úkolem je chránit – hájit člověka ve zdraví, nemoci i na konci života. Sdružuje se v hnutích, profesních sdruženích. V ošetrovatelském procesu rozhoduje s jednotlivci (občané), rodinami, komunitami o maximálních možných podmínkách a postupech v prevenci, udržení a podpoře zdraví, a to na základě nejnovějších poznatků vědecké disciplíny ošetrovatelství (praxe na základě důkazů).

Můžeme říci, že je to její morální právo, ale do určité míry je i legislativně podepřené. Aby toho mohla dosahovat, potřebuje vzdělání a podmínky. Pokud adekvátní vzdělání a podmínky nemá, nemůže poskytovat ani prosazovat kvalitní ošetrovatelskou péči (péče o člověka v jeho celostním pojetí, intervenovat v oblasti porušených potřeb biologických – základních, psychosociálních i spirituálních). Nenaplňuje profesní etický kodex. V tom případě není profesionál a neprezentuje role, které má, které jí náleží (Farkašová, 2001). Může být spokojená?

## Politická uvědomělost

Co pro to může sestra udělat? Jak získat politickou moc k prosazení zamýšleného cíle, tedy kvalitní ošetrovatelské péče pro občana? Co je možné udělat k naplnění role političky? Návod vidíme v procesu politické uvědomělosti, který se skládá z pěti fází, jež se nazývají: apatie, probuzení, osobní zájem, politická sofistikace a vedení.

**Apatie** značí malý či žádný zájem o politické dění na poli ošetrovatelství či zdravotní péče. Též znamená žádné členství v profesní sesterské organizaci.

**Probuzení** znamená určité rozpoznaní či uvědomění důležitosti aktivního úsilí v ošetrovatelské politice, ať v organizaci či v legislativě. Nutno však poznamenat, že toto povědomí nedoprovází aktivní participaci.

**Osobní zájem** vychází z osobnosti sestry, jež se chce vhodnými metodami dostat kupředu, aby hájila především své zájmy. Tato fáze vzniká za předpokladu, že sestra využívá znalostí z politiky především k dosažení svých cílů. Pokud se u sestry zrodí posun od potřeby prosazení svých zájmů k potřebě prosazení zájmů všech, dostává se do čtvrté fáze tedy k **politické sofistikaci**, která je charakterizována vysokou politickou angažovaností.

Nejvyšší stupeň tohoto procesu je fáze **vedení**, která je charakterizována členstvím ve vysoké politice, včetně precizních znalostí pojmů z politické sféry (Škrla, Škrláková, 2003).

Po přečtení výše předloženého se čtenář může zamyslet nad tím, ve které fázi se většina českých sester nenachází.

## Změna

Změny po roce 1989 zasáhly všechny oblasti společensko-ekonomického života v naší zemi. Přes velké úsilí se tyto změny velmi pomalu prosazují ve vzdělávání, zdravotnictví (není tím myšleno financování ani modernizace přístrojového vybavení) včetně ošetrovatelství, tedy profesního oboru poskytující péči obyvatelům. Tak jako v jiných



Florence Nightingalová | Foto: Wordpress

oborech, na pomoc transformaci přispěchalo mnoho zahraničních odborníků, aby nás naučili „jinak mysl“ a zavádět do praxe lidský přístup při poskytování této péče.

Máme mnoho nových, moderních, jednorázových pomůcek, moderně vybavená oddělení, novou metodu ošetrovatelské péče – ošetrovatelský proces včetně jeho dokumentace. Máme mnoho důkazů o efektivitě tohoto přístupu k pacientům a vlivu na uzdravování a především pohodu těch, kterým je poskytována.

Změna myšlení je však nejobtížnější oblastí celého procesu transformace ošetrovatelství v praxi. Důvodem může být nedostatek důrazu právě na jednu z rolí sestry – sestry političky. Pravděpodobně stojí až na samém konci zmíněné transformace. Podívejme se, jak ji vidí a aplikují sestry, které nás učily modernímu ošetrovatelství na začátku 90. let, respektive před 25 lety.

## Definice, význam a realizace

Termín sestra politička najdeme ve formě „*political nursing*“ (politické, taktické ošetrovatelství). Znamená využití znalostí o procesu síly – moci – a o strategiích k ovlivnění povahy a zaměření zdravotní péče a profesionálního ošetrovatelství. Klienty politického ošetrovatelství jsou pacienti, a to diagnostikovaní a potenciální, stejně jako komunity, skupiny i jednotlivci (Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier).

Ve zdroji *Nursing and the Political Arena* (dostupné na: [www.sunypress.edu](http://www.sunypress.edu)) najdeme k tomuto tématu mnoho informací. Zdroj

se zabývá tím, jaké bude ošetrovatelství v budoucnosti či jaká bude jeho role v systému poskytování zdravotní péče. Přirozeně vychází z myšlenek zakladatelky moderního ošetrovatelství Florence Nightingalové. Ta říkala, že každý prvek, který vytváří dobré ošetrovatelství, je málo chápán těmi, kteří jsou zdraví a cítí se dobře, v porovnání s těmi, kteří jsou nemocní a cítí se špatně (dostupné na: [www.nurse-together.com](http://www.nurse-together.com)).

## První politička

Uvedený pohled Florence Nightingalové zůstává překvapivě platný, použitelný a vhodný v situacích zdravotní péče i dnes. Minulost, současnost i budoucnost zdravotní péče a ošetrovatelství má několik oblastí vlivu, včetně vládní, veřejné politiky a politiky na pracovišti. Stranickost stejně jako uveřejňování dohadů mezi politickými stranami i jednotlivými politiky nás vede k tomu, že se ostýcháme zapojení do politické arény. Zamysleme se a položme si otázku: „Je přijatelné ignorovat politiku, zvláště v poslední době očekávaných legislativních změn ve zdravotní péči? Neměli bychom být co nejvíce informováni s ohledem na to, co se děje za hranicemi našich pracovišť?“

Sestry mohou být zapojeny a vytvářet rozdíly v politickém procesu různými způsoby. Můžeme zapůsobit na naši profesní tým, že zaměříme pozornost na legislativu, která je představována, a také tím, že budeme kontaktovat zvolené představitele, aby vyslovili naše názory, ať jsou pozitivní nebo negativní. Současná technika umožňuje tuto komunikaci velmi snadno.



Členství v profesních organizacích je dalším způsobem jak působit na tuto politickou arénu. Přísluví, že v množství je síla, v tomto případě platí. Ti, kteří tvoří zákony, mají moc, ale my také. Někdy na to zapomenáme. Florence Nightingalová by řekla, že máme ještě mnoho co dělat.

To, co děláme v politické aréně, potenciálně působí na všechny pacienty, na ty, kteří potřebují neodkladnou péči, i na ty, kteří ji sice aktuálně nevyžadují, ale možná ji budou potřebovat jindy. Jak výše uvedená citace naznačuje, pravidla a zákony by měly být používány k ochraně každého. Není to právě úloha

opravdového advokáta pacientů v ošetrovatelství?

Florence Nightingalová byla svrchovanou sestrou političkou a věděla jak ovlivnit britský parlament. Byly jí přiděleny zdroje pro reformu vojenské nemocnice a podstatně zlepšila zdravotní a hygienické podmínky vojáků. Byla sama zprvu proti všem, proti svým blízkým i vojenským a vládním autoritám.

Zvítězila tím, že dokázala efektivitu své práce ve všech rolích sestry, tedy i političky. Její úsilí vidíme i v tom, jak se současné sestry mohou zapojit do politické aktivity, která je silnou formou profesionálního zapojení a spoluodpovědnosti.

**Sestra politička může:**

- usilovat o zvolení do funkce,
  - snažit se o setkání s prováděcími agenturami – kanceláři,
  - být určena k vedení komise veřejného nebo soukromého sektoru,
  - použít ošetrovatelskou odbornou kvalifikaci v první linii tvorby politiky, která může posílit zdravotní péči a profesi.
- Pro vykonávání těchto úkolů musí sestra ovládat komé ošetrovatelských dovedností přímé péče také dovednosti kritického myšlení, jako je např. analýza, diferenciacce, logické uvažování, transformace znalostí, rozhodování a vysoká míra samostatnosti (Kozierová a kol., 1999; Tóthová, V., a kol., 2014).

**Závěr**

Měla by sestra být zapojena do politiky? Ano, měla. Pro roli sestry političky je nezbytná zralá, sociálně vyspělá osobnost a cílené vzdělávání. Bez legislativní podpory a kvalitního kurikula nemůže být této role dosaženo. Může ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče, a to jak spokojenost příjemců, tak i těch, kteří tuto péči poskytují. Neustále je však nutné mít na paměti a uvědomovat si, že sestra politička bojuje především za profesionální péči ve prospěch občanů, nikoli za osobní kariéru. Občané pak v praxi více oceňují empatický přístup a s tím spojené množství času, kdy jim

sestra naslouchá a společně pomáhá hledat řešení problémů spojených s dysbalancí jejich potřeb ve všech oblastech.

Proto sestry musejí být vzdělané jednotně a kvalitně, aby dokázaly uplatnit v péči o pacienta odborné znalosti a dovednosti. Jen od takové sestry budeme chtít být ošetřeni i my, jen taková sestra bude mít významný a rozhodující hlas v politice.

Mgr. Maňhalová,

Jana\_Manhalova@seznam.cz,

Marie Treslova,

treslova@zsf.jcu.cz

Zdravotné sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

## Když ubývá soběstačnosti

**Manželové matce byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Vystal**

**tedy problém, protože potřebuje péči jiné osoby. Zatím bydlela sama, vnuk jí zajišťoval větší nákupy, ale pro drobnosti si chodila sama. Jednou jí plačící našla sousedka na schodech s tím, že se bojí ze schodů a na ulici už nedojde. Lekli jsme se, že jde o nějakou slabší mozkovou příhodu. Lékaři jí udělali revizi všech léků a po důkladném vyšetření a úpravách se stav opravdu srovnal. Ale upozornili nás, že babička v testech vykazuje změny v paměti. Babička by pochopitelně ráda byla doma. Zatím neplánujeme dělat nějaké velké změny, pokud to nebude nutné. Začínáme si ale zjišťovat možnosti, jak babičce pomoci v případě zhoršení jejího stavu.**

Na pomoc si můžeme vzít zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Ze slu-

odpovídá  
Bc. Jana Bednářová,  
sociální pracovnice

žeb sociální péče máte možnost využít služby osobní asistence (§ 39) – poskytuje pomoc při běžných úkonech při péči o vlastní osobu, pomoc s hygienou, stravou, pomoc při chodu domácnosti atp., pečovatelské služby (§ 40) – poskytují podobné služby s rozšířenou možností u hygieny a zajištění stravy, tísňové péče (§ 41) – poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou komunikaci (klienti často mluví o pomocné krabičce), centra denních služeb (§ 45) a denního stacionáře (§ 46). V těchto případech jde o služby ambulantní či terénní, které tzv. chodí za klientem domů do jeho přirozeného prostředí.

V případě, kdy již nelze zajistit péči v domácím prostředí, jsou k dispozici pobytové formy služeb sociální péče, kam patří týdenní stacionáře (§ 47), odlehčovací služby (§ 44 – má zastoupení ve všech formách služeb: ambulantní, terénní a pobytová služba), domovy pro seniory (§ 49)

a domovy se zvláštním režimem (§ 50).

Zmínovaný popis služeb chápejte pouze jako informativní. Detailnější informace vám určitě rádi předají jednotliví poskytovatelé sociálních služeb, případně subjekty, které zajišťují odborné poradenství pro jednotlivé okruhy sociálních skupin (§ 37).

### Kde hledat potřebné služby

V souvislosti se změnou zdravotního stavu vaší babičky můžete požádat také o příspěvek na péči. Při posuzování nároku na sociální dávku se zjišťuje stupeň závislosti. To znamená, že osoba se považuje za závislou, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Jistě vám může poradit poskytovatel sociálních služeb či místně příslušný úřad práce, kde se o příspěvek žádá.

Konkrétního poskytovatele sociálních služeb doporučuji vy-



Ilustraci foto: Shutterstock

hledávat v registru poskytovatelů sociálních služeb na stránkách: [iregistr.mpsv.cz](http://iregistr.mpsv.cz), kde máte jistotu standardu služby (zákon č. 108/2006 a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů), co vám má poskytovatel nabízet a za jakou cenu.

Pro případ, kdy potřebujete využít i zdravotnických služeb, pak existuje *home care* (domácí zdravotní péče). Domácí péče zajišťuje například převazy, odběry biologického materiálu, aplikace injekcí apod. Pro bližší úvodní informace se můžete obrátit na ošetřujícího lékaře či přímo na domácí péči, kde vás detailně seznámí s rozsahem služeb.

NOVINKA



## Chci zůstat doma

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vydává brožuru **Chci zůstat doma** určenou zejména seniorům a jejich blízkým, kterým přináší stručný a praktický návod na to, jak postupovat v situaci, kdy již potřebují péči druhé osoby, či jsou sami těmi, kteří péči budou poskytovat.

**V brožuře naleznete např. odpovědi na otázky:**

**Na jaké dávky mám nárok?**

**Jaké služby mohu využít a přitom zůstat doma?**

**Na koho se mohu obrátit s případnými problémy?**



Brožuru získáte u svých praktických lékařů a na městských úřadech.

Vznik příručky byl podpořen z dotačního titulu MPSV ČR Podpora veřejně účelných aktivit seniorských a proseniorských organizací s celostátní působností. Zdarma ke stažení na [www.apsscr.cz](http://www.apsscr.cz) v menu Nabízíme.



# Špecifiká ochorenia diabetes mellitus v starobe

Diabetes mellitus (DM) je ochorenie, ktorého medicínsky a celospoločenský význam v posledných desaťročiach stúpa vďaka prevalencii DM, ako aj kvôli početnosti a závažnosti neskorších komplikácií. Ich výskyt rastie s predlžujúcou sa strednou dĺžkou života.

Ide o chronické ochorenie, ktoré možno aj vo vyššom veku charakterizovať hyperglykémiami, chýbaním účinku inzulínu a sklonom k neskorším komplikáciám (ciev a tkanív). Je prejavom poruchy glukózyvej homeostázy a intermediárneho metabolizmu prakticky na všetkých úrovniach organizmu. Zmeny vnútorného prostredia sú hyperglykemickým stavom navodené jednak zvnútra, jednak aj extracelulárne.

Charakteristika geriatrického pacienta: vek, multimorbidita, zmenená symptomatika a priebeh choroby, sklon ku komplikáciám, sklon k adaptačnému zlyhaniu, sklon ku chronicite, zmenená reakcia na lieky, psychosociálne príznaky či špecifické geriatrické syndrómy.

## Epidemiológia

Epidemiologické štúdie udávajú 15-20 % prevalenciu hypertenzie u dospeljej populácie. U diabetikov je hypertenzia 2-3x častejšia ako u nediabetikov. Hypertenzia sa často kombinuje s obezitou, poruchou glukózyvej homeostázy a poruchami koagulácie. Približne 35 - 70 % komplikácií diabetikov je možné pripísať na vrub hypertenzie. Od roku 1985 vzrástol počet

diabetikov na Slovensku takmer o 100 000 nových prípadov. Tieto čísla sú alarmujúce, pretože v r. 2000 bolo evidovaných štatisticky 256 138 diabetikov. Z toho približne 90 % je diabetikov 2. typu a asi 10 % 1. typu. V období posledných 15 rokov vzrástli vedomosti o výskyte cukrovky na celom svete. Veľká pozornosť je venovaná epidemiológii cukrovky 1. typu. Najvyšší výskyt tohto typu ochorenia je hlavne v škandinávskych krajinách, v ktorých dominuje Fínsko, kde je incidencia tohto ochorenia 37/100 000. V súčasnosti je prevalencia diabetes mellitus na Slovensku 4,7 %. Diabetes mellitus 2. typu je heterogénnou skupinou ochorení, ktoré vznikajú na základe rezistencie tkanív na účinok inzulínu a súčasnej poruchy sekrécie inzulínu. Prevalencia diabetes mellitus stúpa teda s vekom a dosahuje maximum vo vekovej hranici 70-80 rokov. Neuropatia vedie často k rozvoju diabetickej nohy. Závažnými komplikáciami autonómnej neuropatie býva postihnutie kardiovaskulárneho systému a genitourinárneho systému. Diabetici trpia na zvýšený výskyt aterosklerózy, kardiovaskulárnych a cerebrovaskulárnych príhod.

V posledných rokoch nadobúda výskyt diabetes mellitus 2. typu priam epidemický charakter. Príčinou zvýšeného počtu úmrtí vo vyššej vekovej populácii sú kardiovaskulárne choroby, malígne ochorenia, komplikácie cukrovky, k nim pribúdajú imobilizačné syndrómy a ďalšie. Závažným problémom sú poruchy gnostických funkcií, sociálna odkázanosť a opustenosť. Mnoho gerontov stráca motiváciu do života, ponára sa do choroby, stráca záujem o okolie. Na jednej strane je tu snaha spoločnosti, aby vytvárala podmienky k dosahovaniu vyššieho veku populácie, na strane druhej vyšší vek neprináša so sebou vždy zvýšenú kvalitu života.

**Geriatrický pacient s diabetom** je špecifický tým, že jeho diagnóza stanovená klasickými biomedicínskymi metódami sama o sebe nevytvára o tom, koľko potrebuje starostlivosti, ako sa stáva závislým na okolí, ani o tom, ako kvalitne bude môcť prežívať svoj ďalší život.

## Komplikácie

Diabetes mellitus je skupinou metabolických ochorení, ktorých spoločnou črtou je chronická hyperglykémia ako dôsledok poruchy sekrécie alebo účinku inzulínu, prípadne ide o kombináciu týchto dvoch porúch. Chronická hyperglykémia pri cukrovke sa spája s dlhodobým poškodením, dysfunkciou až zlyhaním rôznych orgánových systémov. Najčastejšie sú postihnuté oči, obličky, nervový systém, srdce a cievy. Neskorými komplikáciami cukrovky sú diabetickej retinopatia s potenciálnou možnosťou straty zraku a diabetickej nefropatia, ktorá vedie k obličkovému zlyhaniu. Diabetickej polyneuropatia, ktorá patrí k najčastejším chronickým komplikáciám cukrovky, postihuje somatické aj autonómne nervstvo. Staroba prináša so sebou, okrem iné-



Ilustrační foto: Zx Shutterstock

ho, aj spomínaný zvýšený nárast zhubných ochorení. V roku 1998 bolo vo vekovej kategórii 45-49 rokov ročne hlásených 1 010 prípadov zhubného ochorenia. Od vekovej štruktúry 60 rokov a vyššie počet zhubných ochorení významne narastá.

## Morbidita, mortalita a príčiny smrti u diabetikov 2. typu

U 60 % diabetikov sa rozvíja diabetickej retinopatia, ktorá až v 20 % končí ako najzávažnejšia proliferatívna forma. Zlyhávanie obličiek sa prejaví asi u 20 % diabetikov s jednotlivými rozdielmi v rámci etník. V priebehu 7-10 rokov môže diabetickej nefropatia manifestovať do štádia zlyhania obličiek. Náklady na liečbu zlyhávajúcich obličiek u diabetika sú ročne 400 000-700 000 slovenských korún. Diabetickej neuropatia postihuje 20-30 % diabetikov. Vedie k poškodeniu senzitivných aj motorických nervových vlákien, predilekčne na dolných končatinách. Amputácie dolných končatín sú 15x častejšie oproti nediabetickej populácii. Na zvýšenej mortalite diabetikov sa podieľa hlavne výrazná kardiovaskulárna mortalita. Mortalita diabetickej mužov je dvakrát vyššia v porovnaní s ostatnou populáciou, kým diabetickej ženy majú 4x vyššiu mortalitu než nediabetickej. 70-75 % diabetikov umiera na makroangiopatiu, pričom najčastejšou príčinou (až v 35 %) je ochorenie srdca. Koronár-

ne a cerebrovaskulárne ochorenia sa vyskytujú 2-3x častejšie než u nediabetikov. Očakávaná dĺžka života u diabetika v strednom veku oproti nediabetickejší je kratšia o 5-10 rokov.

## Záver

Diabetes mellitus patrí k najzávažnejším metabolickým poruchám vo vyššom veku. V starobe sa diabetes vyskytuje častejšie než v nižších vekových skupinách, nad 65 rokov ním trpí až 20 % pacientov a ďalších 20-25 % má porušenú toleranciu glukózy. Drvivú väčšinu diabetu v staršom veku predstavuje diabetes mellitus 2. typu. Aj v tomto veku sa však môže zachytiť diabetes mellitus 1. typu, ktorý sa dokáže manifestovať ketoacidotickou kómou. Liečba spočíva na rovnakých základoch ako liečba mladších ľudí, ciele a spôsoby liečby diabetu u geriatrického diabetika však stanovujeme individuálne. Zvažujeme všeobecnú spôsobilosť - závislosť na iných osobách, pohybové a mentálne schopnosti, sociálne faktory. Seniori vykazujú vysoký stupeň polymorbidity, liečbu často komplikuje aj polypragmázia, k problémom zdravotným prístupujú problémy psychologické a sociálne.

## Literatúra u autoriek

Ing. Jarmila Dučalová,  
Blažena Litvínová,  
Stredná odborná škola Vranov nad Topľou,  
jducalova@gmail.com





# Ošetrovateľský manažment

Autorky v príspevku popisujú manažérske funkcie v ošetrovatelstve a ciele manažmentu v ošetrovatelstve, s poukázaním na ich priority v oblasti plánovania, organizovania, vedenia a kontroly. Osobitnú pozornosť venujú analýze organizačnej kultúry v procese manažovania v ošetrovatelstve, zamestnávaniu – výberu zamestnancov, ich rozmiestňovaniu, celoživotnému vzdelávaniu a procesu odmeňovania zamestnancov s prihliadnutím na veľkosť, zameranie a ekonomickú situáciu zdravotníckeho zariadenia.

Ďalej upozorňujú na dôležitú úlohu manažéra, akou je okrem iného starostlivosť o pracovné podmienky pre zamestnancov a o komunikáciu, ktorá patrí medzi každodenné aktivity manažéra a ktorá súčasne manažérom umožňuje ovplyvniť jednotlivcov, skupiny a modifikovať ich správanie či realizáciu zmeny.

## Stupne manažmentu

Ošetrovateľský manažment „znamená súbor poznatkov, ktoré boli odporované z praxe a sú spracované formou návodov. Vyjadrené sú ako princípy na zvládnutie náročných požiadaviek, potrieb a vzniknutých situácií v riadení prevádzky kliniky, oddelenia a ambulancie. Ide o proces, v ktorom manažéri ošetrovatelstva stanovujú ciele, systematicky vykonávajú činnosti na ich dosiahnutie a tieto ciele aj hodnotia.“ (Gulášová, 2006) Ošetrovatelstvo ako vedná disciplína a manažment v ošetrovatelstve sú v súčasnosti v období rozvoja. Navzájom sa dopĺňajú a determinujú. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť, ktorá má byť výsledkom celého snaženia sa zdravotníckeho a ošetrovateľského tímu, sa nedá realizovať bez jej kvalitného a vysoko odborného manažovania. Sestry dnes pôsobia v nových prostrediach a v nových typoch organizácií, čo si vyžaduje nové roly. Potrebujú manažérske schopnosti, aby mohli pracovať s pacientmi a personálom. Klinický manažment zahŕňa poskytovanie kvalitnej starostlivosti o pacientov, racionálne využívanie prostriedkov a poskytovanie hospodárnych ošetrovateľských služieb. Čas, energia a finančné prostriedky venované do osvojovania si riadiacich schopností sú investície do budúcnosti zdravotníctva, ktoré by mali priniesť úspechy v starostlivosti o pacienta a motiváciu zamestnancov. (Grohar-Murray, DiCroce, 2003)

V ošetrovateľskom manažmente sa využívajú stupne riadenia na úrovni – vrcholovej, strednej a najnižšej. „Manažment ošetrovatelstva na Slovensku sa rozvíja prostredníctvom Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO). Projekt Ošetrovatelstvo v akcii (Salvageová, 1995) je zameraný na **riadenie v ošetrovatelstve** a na **ošetrovateľskú prax**. Manažment v ošetrovatelstve sa líši od profesionálneho manažmentu filozofiou služieb. Ošetrovatelstvo nesie sociálnu zodpovednosť za zdravie a choroby jednotlivcov, rodín a vyžaduje profesionálne stratégie. Manažér v ošetrovatelstve na vrcholovom stupni ako námestník pre ošetrovateľskú starostlivosť, na strednom stupni ako vedúca sestra, nižšom stupni ako úseková sestra alebo staničná sestra – všetci musia vedieť riadiť seba samých, riadiť iných, jednotlivé úlohy a mať intelektuálne predpoklady a schopnosti, medzi ktoré patria: zodpovednosť, spoľahlivosť, samostatnosť, predpoklady vzdelávať sa, tímovosť, schopnosť prijímať nové poznatky a informácie vrátane kritického myslenia pri riešení problémov, rozhodovať sa „ad hoc“, kreatívne myslieť, ale i zvládnuť metódy riadenia a v neposlednom rade sociálne zručnosti vyjadrené schopnosťou komunikovať, efektívne spolupracovať a viesť tímy. Manažéri môžu využiť rôzne riadiace štýly ako autokratický – autoritatívny, demokratický – tímový, liberálny – rozhodovanie necháva na ostatných. Dôležitá je tímová spolupráca, práca s ľuďmi, pre ľudí. Podľa autoriek Mary Ellen Grohar-Murray a Helen R. DiCroce **ciele manažmentu v ošetrovatelstve** vyplývajú z kontextu, ktorým sa zaoberáme. Náročnosť riadenia si vyžaduje v zdravotníckom prostredí prax a vzdelanie. Charakter práce sestry manažérky si vyžaduje, aby vytvorila také prostredie, kde by bolo možné poskytovať kva-

litnú ošetrovateľskú starostlivosť. Sestra manažérka má tieto povinnosti:

- plniť ciele organizácie alebo oddelenia ošetrovateľskej starostlivosti,
- udržiavať kvalitu starostlivosti o pacientov v rámci finančných obmedzení organizácie,
- zvyšovať motiváciu zamestnancov a pacientov,
- zvyšovať schopnosť podriadených a kolegov prijímať zmeny,
- budovať tímového ducha a zvyšovať morálku,
- dohliadať na ďalší profesijný rozvoj personálu.

„Začiatky manažmentu v ošetrovatelstve sa datujú od roku 1989 – vtedy bola prijatá rezolúcia o posilnení ošetrovatelstva. V roku 2000 bola prijatá Mníchovská deklarácia s cieľom eliminovať faktory, ktoré brzdia rozvoj ošetrovatelstva a s cieľom poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá má zlepšiť systém riadenia na profesionálnej úrovni. Pri plnení cieľov organizácie pomôže analýza manažéra a použitie vhodných nástrojov na hodnotenie. Úlohou manažéra je urobiť dobré rozhodnutia na základe riadiaceho procesu s využitím manažérskych funkcií.“ (Kilíková, Jakušová, 2008)

## Manažérske funkcie

Historické dokumenty uvádzajú, že začiatky manažmentu ako takého sa datujú už začiatkom 19. storočia, kedy sa popisujú činnosti ako plánovanie, organizovanie, vedenie ľudí a kontrola všade tam, kde ľudia pracujú spolu. Už vtedy sa toto všetko realizovalo na základe vlastných skúseností z praxe. Až neskôr sa manažment stal interdisciplinárnym vedným odborom. „Manažérske funkcie sú činnosti manažérov, ktoré vedú k splneniu stanovených cieľov. Medzi manažérske funkcie, ktoré plnia manažéri patrí plánovanie, organizovanie, obsadzovanie pracovných miest, riadenie,



Ilustrácia foto: wikimedia.org

koordinácia a kontrola.“ (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 157)

**Plánovanie** je základnou, najdôležitejšou a východiskovou funkciou manažovania na každom stupni riadenia. Ide o proces rozhodnutia, čo sa má urobiť dnes, čo zajtra, čo o mesiac prípadne o rok. Vyžaduje si dôkladnú analýzu a úvahu toho, čo chceme dosiahnuť. Plán je výsledkom plánovacích funkcií – je to písomný dokument, ktorý špecifikuje činnosti, ktoré musí zdravotnícke zariadenie realizovať. Čím hlbšia analýza, tým lepší plán. Zásadné rozhodnutia sa týkajú štyroch prvkov plánovania, ktorými sú ciele, akcie, zdroje a implementácia. Podľa Hekelovej (2012) z hľadiska časového horizontu sú typy plánovania nasledujúce:

- operatívne plány – manažér sa aktívne podieľa na tvorbe plánu,
- taktické plány – manažér participáciu alebo iniciatívu ovplyvňuje kvalitu plánovania,
- strategické plány – rola manažéra spočíva v informovaní o strategickom smerovaní zdravotníckeho zariadenia.

**Organizovanie** predstavuje nasledujúce manažérske činnosti ako sú „rozhodovanie, delegovanie, zaistenie optimálnej štruktúry pracoviska a koordinácia činnosti tímu.“ (Hekelová, 2012) Ide o prípravu ľudí a aktivít, ktoré sa majú vykonať, o vytváranie nového systému a pretváranie existujúceho systému. Pri organizovaní sa využíva cieľ podnikateľských činností, špecializácia, delba

práce, koordinácia činností, určenie právomocí a zodpovednosť pracovníkov. Táto forma reťazca požiadaviek sa označuje ako OSCAR. (Lednický, 2000) V modernom manažmente ošetrovatelstva je náplňou organizovania koordinácia ľudských, materiálnych, informačných, finančných a iných zdrojov potrebných na poskytovanie objednaných služieb. Táto činnosť spája ľudí a činnosti so zámerom splniť ciele organizácie.

**Organizačná kultúra** odráža ako sa organizácia správa k ľuďom, k zamestnancom, k pacientom a ako si ľudia predstavujú interpersonálne správanie. „Kvalitná organizačná kultúra je zárukou lojálnosti zamestnancov, vysokej produktivity práce, kreativity, angažovanosti a dobrého prístupu k práci.“ (Kilíková, Jakušová, 2008)

**Zamestnávanie** – predstavuje výber, rozmiestnenie, vzdelávanie a odmeňovanie ľudí. Dôležitú úlohu zohráva veľkosť, zameranie a ekonomická situácia organizácie. Úlohou manažéra je aj starostlivosť o pracovné podmienky pre zamestnancov. Manažér ošetrovatelstva zohľadňuje profesijnú a kvalifikačnú prípravosť pracovníkov na výkon povolania. Sestra manažérka na vrcholovom stupni riadenia vypracováva personálny plán zamestnancov na úseku ošetrovatelstva v súlade s legislatívnymi normami a ekonomickými možnosťami organizácie.

**Vedenie** – spolu s ostatnými manažérskymi funkciami vytvára

základ pre manažérske povolenie. Vedenie možno charakterizovať ako usmerňovanie a ovplyvňovanie ľudí, v ktorom sa manažér s využitím svojich schopností usiluje o dobrovoľnú účasť podriadených na dosiahnutí spoločných cieľov. V ošetrovateľskej praxi to znamená, že čo treba urobiť alebo čo sa má urobiť nie sú v skutočnosti nariadenia, ale ide o usmerňovanie. Vedenie je kolektívna činnosť, ktorá predstavuje integráciu. Riadenie ošetrovateľstva si vyžaduje rovnováhu medzi vedením zameraným na osobu a vedením zameraným na úlohu. V manažmente sa posilňuje teória o štýloch vedenia. „Vedenie ľudí – z anglického

leadership – predstavuje účinný nástroj tvorivej spolupráce. Výrok W. Bennis vysvetľuje, v čom vedenie spočíva: *Manažér robí veci správne, zatiaľ čo líder robí správne veci.*“ (Tureckiová, 2007, s. 17).

**Kontrola** – je ukončovacím procesom riadenia. Tento proces je úzko spätý s plánovaním a rozhodovaním. Pri kontrole sa hľadá spôsob, ako zmerať výsledok o kvalite, respektíve nekvalite vykonanej práce. Kontrola sa využíva na všetkých úrovniach riadenia ako forma spätnej väzby, na kritické zhodnotenie reality a prijatie ďalších rozhodnutí. Sledovanie predstavuje monitorovanie a hodnotenie výkonu pre kontinuálne zlepšenie kvality.

Moderná kontrola spočíva v predchádzaní problémov a chybných výkonov podriadených. Moderný vedúci pracovník stále nenápadne pozoruje pracovné výkony svojich podriadených a snaží sa ich viesť tak, aby chybám sami predchádzali, aby ich nerobili často a aby k náprave došlo čo najskôr.

**Komunikácia** – patrí medzi každodenné aktivity manažéra. Na dosiahnutie spoločného cieľa sa ľudia spájajú pomocou komunikácie, ktorá je kľúčová v akejkoľvek situácii. Komunikácia umožňuje manažerom ovplyvniť jednotlivcov, skupiny a modifikovať ich správanie a realizáciu zmeny. „Efektívna komunikácia sa pokladá za jadro manažér-

ského výkonu a môže významne ovplyvniť rolu manažéra ošetrovateľstva. Komunikácia plní informačnú, motivačnú, kontrolnú a emotívnu funkciu. Integruje zároveň všetky manažérske funkcie a umožňuje interakciu s vonkajším prostredím.“ (Kilíková, Jakušová, 2008). Za zručnosti manažéra ošetrovateľstva sa považujú schopnosti vymieňať si nedefinované informácie, viesť pracovné porady, robiť prezentácie, písať správy a inštruktáže.

## Záver

Spokojní zamestnanci sú dobrou základňou pre zlepšovanie a zvyšovanie kvality poskytovania služieb. Dôležitým atribútom sú

zamestnanci, ktorí sú vhodne motivovaní a vytvárajú dobrú atmosféru v zmysle interpersonálnych vzťahov. Ďalej je dôležité vhodné prostredie na prácu, materiálno-technické vybavenie na uľahčenie fyzických výkonov, zabezpečená informačná technika a možnosť ďalšieho vzdelávania, čo prispieva k životnému úspechu a následne i ku kariéernému postupu.

Literatúra u autoriek

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.,  
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce  
sv. Alžbety, n. o., Bratislava,  
Mgr. Klauďia Godová,  
V. interná klinika LF UK a UNB, Ružinov, Bratislava,  
ivica.gulasova4@gmail.com

# Nejmodernější šicí materiály a jejich použití v chirurgii

K zajištění odpovídající sutury je nutné mít zkušenosti, šetrně zacházet s tkáněmi, předcházet tahu na místě sutury, zajistit hojení bez přítomnosti infekce a hematomu. Nedílnou součástí správného rozhodování je také výběr kvalitního šicího materiálu.

Vývoj chirurgie a následně jednotlivých operačních oborů je od počátku až do současnosti provázen postupným technickým zdokonalováním možností spojování jednotlivých tkání. Od šití pomocí koňské žíně přes různé trny a kostěné jehlice spojované s konopným vláknem či lýkem chirurgie dospěla ke spojování operovaných tkání použitím stehů, svorek či lepení. Dnes je v chirurgii k dispozici velké množství různých šicích materiálů a typů jehel, které se od sebe navzájem liší technologií výroby, vlastnostmi, kvalitou a samozřejmě i cenou. K nejdůležitějším kritériím patří síla vlákna, jeho struktura, materiál vlákna a profil vstřebatelnosti. Moderním trendem v chirurgii je používání vstřebatelných syntetických materiálů, které mají pro lidský organismus výhodnější biologické vlastnosti než materiály přírodní.

## Jehly v chirurgii

Chirurgické jehly mají různé velikosti, profily a tvary. Každá má určité užití a hodí se pro šití určité tkáně. Jehly jsou rovné, nebo zahnuté. Zahnutí může být například ¼kruhové, ½kruhové, ¾kruhové, ¾ kruhu nebo zvláštního tvaru. Speciální tvar „J“ je např.

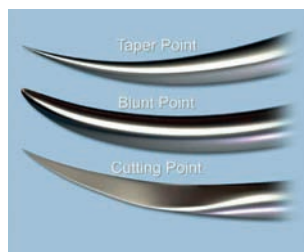
vhodný pro uzávěr incizí po portech při laparoskopii. V současnosti se stále častěji používají tzv. atraumatické jehly, které mají vlákno zataveno v konci jehly a průnik tkání je oproti navlékacím jehlám s ouškem výrazně šetrnější. Tento typ atraumatických stehů je již nezbytností v oborech, kde vyloučení traumatizace tkání garantuje jejich dokonalé spojení, jako jsou viscerální chirurgie, cévní chirurgie, kardiouchirurgie, neurochirurgie, mikrochirurgické operace a další.

**Podle geometrie hrotu se rozlišují:**

- jehly s tupým hrotem (*blunt point*) – snižují riziko poranění operátora, vhodné k šití parenchymu jater nebo sleziny,
- jehly s ostrým hrotem (*taper point*) – vhodné pro anastomózy na trávicím a žlučovém traktu,
- jehly řezací (*cutting point*) – konveční (▲ třetí řezný hrot míří dovnitř oblouku), nebo reverzní (▼ třetí řezný hrot míří vně oblouku), vhodné k sutuře kůže, fascie a vazů. Reverzní řezací jehly díky svému profilu snižují riziko proříznutí tkáně.

## Základní charakteristika šicího materiálu

Šicí materiál se v praxi rozděluje podle síly a struktury vlákna a po-



Obr. 1 Jehly v chirurgii – geometrie hrotu

dle toho, jde-li o vstřebatelný, či nevstřebatelný materiál. K hodnocení a označení síly vlákna se souběžně používá americká (USP) a evropská stupnice (EP). Americká stupnice udává pevnost vlákna v tahu počtem nul (čím více nul, tím je pevnost vlákna v tahu nižší), evropská stupnice naproti tomu udává sílu vlákna v desetinách mm (např. EPI znamená vlákno o síle 0,1 mm). Struktura vlákna může být buď monofilní, kdy jde o jedno homogenní vlákno bez struktury, hladkého povrchu, nebo polyfilní tvořené větším počtem jemných vláken vzájemně spletených (pletené vlákno) nebo stočených v podélné ose (skané vlákno).

**Monofilní vlákna** hladce pronikají tkání, netraumatizují a zároveň mají menší tendenci ke kolonizaci bakteriemi. Na druhé straně jejich elasticita a tva-

rová paměť negativně ovlivňují snadnou manipulaci a uzlení. K dosažení stejné pevnosti spojení s vláknou pletenými vyžadují monofilní vlákna založení většího počtu uzlů se střídáním směru jejich naložení (6 až 10).

**Pletená vlákna** jsou poddajná, snadno se váží, uzly lépe drží, nepouloží se a po odstřížení vlákna netrčí a mechanicky tak nedráždí okolní kůži. Nevýhodou je značná kapilarita a méně šetrný průnik tkání.

**Vstřebatelné materiály** se obecně posuzují podle doby, po kterou si vlákno zachovává pevnost v tahu (*tensile strength retention*, TSR). Po několika týdnech až měsících – podle typu materiálu – se vlákna zcela rozpadnou (*complete mass absorption*, CMA). V té době je již zpravidla obnovena původní pevnost tkání. Dnes se používají pouze syntetické vstřebatelné materiály. Jejich charakter zajišťuje minimální reakci tká-

ní. Ve tkáních se odbourávají hydrolyzou, která u každého pacienta probíhá uniformně. TSR a CMA tak nejsou ovlivněny změnou teploty, nepřítomností proteinu či jinými faktory. Syntetická vstřebatelná vlákna se vyrábějí z polymerů s rozdílnými parametry vstřebatelnosti – polyglykolová kyselina, polyglaktin 910, polygлекapron 25, polydioxanon a další. Nejdříve doporučeným vláknem je v současné době polydioxanon (PDS, Caprolon, Dixon) s efektivní podporou hojení 6 týdnů. Přírodní vstřebatelné materiály se v těle odbourávají enzymatickou degradací, která je často provázena nadměrnou tkáňovou reakcí s rizikem tvorby stehových granulomů a píštělí. Donedávna hojně využívaný *catgut* – vyráběný z kolagenních vláken ovčích a hovězích střev – byl plně nahrazen syntetickými vstřebatelnými vlákny a v současné době je podle norem Evropské unie určen pouze pro veterinární účely.

**Nevstřebatelné materiály** se používají tam, kde je nutná trvalá podpora hojení tkáně – uzávěr hrudní kosti, operace na srdečních chlopních, implantace cévní protězy, sutura nervu či cévní anastomóza – nebo v místech, kde je možné steh následně odstranit – sutura kůže, fixace drénu. Vlákna se dnes vyrábí převážně ze syntetických materiálů – polyamidu (nylon), polyesteru a polypropylenu –, z pří-

Tab. Šicí vlákna podle druhu materiálu a vstřebatelnosti

druh materiálu	vstřebatelný	nevstřebatelný
přírodní		hedvábí, kov
syntetický	kyselina polyglykolová	polyamid (nylon)
	polyglaktin	polyester
	polygлекapron	polypropylen
	polydioxanon	



rodních se používá např. hedvábí a nerezavějící ocel či jiné inertní kovy. Důležitou vlastností je i barva vlákna, která chirurgovi může usnadnit viditelnost při šití či podvazování v méně přístupné lokalitě.

### Požadavky na šicí materiál

Šicí materiál má v ideálním případě splňovat řadu požadavků. Vlákno má být:

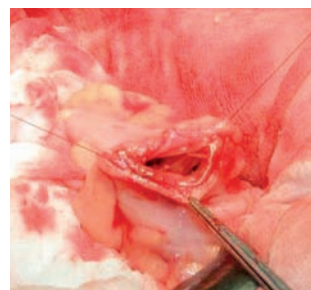
- dostatečně pevné v tahu i v uzlu, aby odolalo do doby zhojení tkáně,
- poddajné, aby se s ním lehce manipulovalo,
- hladké, aby snadno procházelo tkání bez její traumatizace,
- nenasákavé, odolné proti bakteriální kolonizaci,
- s co nejmenší tvarovou pamětí,
- s co nejmenším antigenním potenciálem,
- vstřebatelné – nejlépe hydrolyzou – nebo snadno odstranitelné, jde-li o nevstřebatelný materiál.

Technicky je velmi obtížně vyrobit šicí materiál, který splní všechny tyto, často protichůdné, požadavky (hladkost – pevnost v uzlu, pevnost – poddajnost apod.). Ve snaze toho docílit jsou např. pletená vlákna potahována zevní vrstvou ke snížení odporu při průniku tkáněmi, nebo dokonce impregnována antiseptiky k ochraně vlákna před bakteriální kolonizací.

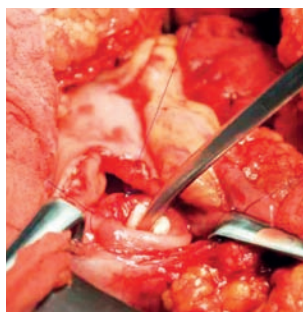
### Výběr vhodného šicího materiálu

Výběr šicího materiálu se řídí typem a velikostí rány, její lokalizací, stavem operovaného pacienta, osobními preferencemi operátora i tradicí pracoviště. Například ke stehu cév, nervů nebo žlučových se užívají velmi jemná monofilní vlákna o síle 4/0 nebo 5/0, střeva se běžně šijí vláknem silnějším, zpravidla 3/0 nebo 4/0, volí se mezi vláknem monofilním a pleteným potahovaným.

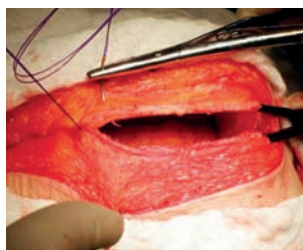
Vstřebatelné materiály se běžně používají při šití útroz za-



Obr. 2 Střevní anastomóza pokračovacím stehem, monofilním, atraumatickým, síla 3/0



Obr. 3 a 4 Opich krvácejícího vředu žaludku, monofilním, atraumatickým stehem, síla 3/0



Obr. 5 a 6 Sutura fascie pokračovacím stehem, monofilním, atraumatickým, PDS loop, síla O

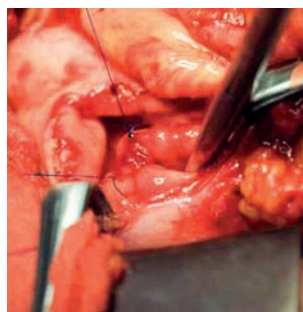


Obr. 7 a 8 Sutura kůže jednotlivým stehem, monofilním, atraumatickým, síla 3/0

živáčího traktu, nevstřebatelné jsou nezbytné při šití např. cév a nervů. Kůže se šije různými typy stehů, atraumatickým vláknem s řezací jehlou o síle 3/0-4/0, v obličejí 4/0-5/0. Kromě pevného zhojení je cílem sutury i příznivý estetický výsledek. V současné době se obecně preferují vlákna atraumatická, monofilní, která při průniku tkáněmi způsobují minimální trauma a jsou méně osidlována bakteriemi. Tam, kde tkáň nepotřebuje dlouhodobou mechanickou podporu, jsou preferovány vstřebatelné materiály.

### Chirurgické stehy

Steh musí zajistit pevné spojení okrajů rány bez nadměrného napětí. Pouze v tomto případě je zajištěno optimální prokrvení operační rány a její následná správná anatomická i funkční reparace. Podle druhu tkáně, procesu hojení a typu chirurgického výkonu operátor volí odpovídající techniku stehu a vhodný šicí materiál. Mezi základní chirurgické stehy patří **steh jednotlivý** – vlákno se zauzluje po každém stehu – a **steh pokračovací**, který se šije



jedním vláknem, jeden steh navazuje na druhý, steh se uzluje na počátku a po sešití celé rány. Pokračovací steh je v porovnání se stehem jednotlivým rychlejší, znamená snížení přítomnosti cizorodého materiálu v těle pacienta a tah je v něm rovnoměrně rozložen po celé délce sutury. Výhodou jednotlivého stehu je vyšší bezpečnost – při selhání jednoho stehu nedochází k rozpadu celé operační rány – a vyšší odolnost k infekci – stehy nenavazují na sebe a tím nedochází k šíření infekce podél vlákna po linii sutury. Při infekci v místě operační rány lze navíc některé z jednotlivých stehů odstranit a operační ránu vyčistit.

Zvláštním typem jednotlivého stehu je steh matracový (U-steh), který umožňuje bezpečnější sešití rány, jejíž okraje jsou namáhány tahem. Používá se například při sešívání svalů nebo parenchymatálních orgánů, např. jater, sleziny nebo ledvin.

### Speciální šicí materiály a techniky

Alternativou ručního šití jsou **stapleři**. Jedná se o chirurgic-

ké nástroje určené k mechanickému šití a následnému přerušení tkání či orgánů. Dnes mají stapleři široké využití v otevřené i miniinvazivní chirurgii. Existuje mnoho druhů staplerů a zásobníků se svorkami (*cartridge*) přizpůsobených pro jednotlivé druhy tkání a orgánů – anastomózy na zaživacím traktu, plicní resekce, kožní sutury apod. Stapleři umožňují rychlejší, jednodušší a v některých případech (těžko přístupná lokalita) i kvalitnější sešití tkáně v porovnání s ručním šitím. Nevýhodou jsou vyšší finanční náklady.

V laparoskopické chirurgii se běžně k ošetření cév, žlučových cest či pahýlu apendixu používají **kovové klípy a svorky**. Svorky a klípy jsou vyrobeny ze vstřebatelného materiálu nebo z nemagnetického kovu (titan).

K uzávěru kožní rány bez nutnosti místní anestezie lze užít různé druhy **tkáňových lepidel**. Lepidlem mohou být ošetřeny všechny rezné, tržné a operační rány, které již nekrvácí a nejsou infikovány. Po vytvoření nové rohové vrstvy na kůži (za 6 až 12 dnů) se krusta lepidla sama odloučí, odpadá tedy vytažování stehů. Tkáňová lepidla jsou využívána zejména v pediatrii a v dětské chirurgii.

**Antibakteriální šití** je označení pro šicí materiály odolné proti kolonizaci bakteriemi. První šicí materiál tohoto druhu – Vicryl Plus – byl na trh uveden v roce 2001. Princip antibakteriálního účinku je založen na impregnaci vlákna širokospektrálním antiseptikem triclosan. Triclosan vytváří okolo vlákna aktivní prostředí zabraňující průniku bakterií do místa operační rány a následnému rozvoji infekce (SSI). Prevence SSI zahrnuje řadu opatření, antibakteriální šití je pouze jedním z nich.

Jednou z posledních novinek v oblasti chirurgického šití jsou **ostnatá vlákna**. Název vychází z anglického slova „barbed“ = „ostnatý“. Jedná se o vlákna, která mají na svém povrchu ostny, jež brání zpětnému prokluzování utaženého vlákna. Ostnatá vlákna se rozdělují na jednostranná a dvoustranná. Jednostranná vlákna (*unidirectional*) mají uniformní směr ostnů jedním směrem, na jednom konci mají různý typ jehly a na druhém konci očko. Očko slouží k provláknutí vlákna do smyčky, která tak nahrazuje uzlu na počátku sutury. Dvoustranná vlákna (*bidirectional*) mají střed, od kterého probíhá vlákno s ostny na



Obr. 9 Sutura kůže kožním staplerem



Obr. 10 Ostnaté vlákno - jednostranné

obě strany, přičemž každý směr má ostny uspořádané uniformně a směry jsou protichůdné. Oba konce vlákna jsou zakončeny jehlou. Ostnatá vlákna jsou někdy označována jako samodržná, protože průběžným utahováním je možné dosáhnout rovnoměrného rozložení tahu na celou délku sutury. Díky přítomnosti ostnů – brání povolení vlákna – není potřeba provádět koncový uzlu. To umožňuje provedení bezpečné sutury i v omezeném prostoru při laparoskopických či robotických operacích. Nevýhodou ostnatých vláken je vyšší cena a v případě nesprávné založení stehu i větší traumatizace tkáně při jejich odstranění.

V dalším vývoji šicího materiálu lze očekávat vznik inteligentních vláken, která např. změni barvu při hrozícím přetřetí (*signaling overload sutures*, SOS) nebo upozorní na přítomnost infekce v místě operační rány.

### Závěr

Šití, sutury, stehový a podvazový materiál jsou základní a nezastupitelnou technikou chirurgie a operační oborů. Kvalitní šicí materiály a zejména fyziologické operování jsou hlavními faktory, které mají rozhodující vliv na konečný výsledek operace. Přínos pro nemocného, pro práci operátora i instrumentářky jednoznačně v moderních šicích materiálech vyváží jejich vyšší cenu oproti materiálům „klasickým“.

Fotodokumentace byla pořízena z archivu Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

MUDr. Petr Kocián, Ph.D.,  
Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol,  
petr.kocian@fnmotol.cz



# Enterální výživa onkologických pacientů

Enterální výživa (EV) spočívá v podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu s cílem udržet dobrý stav výživy a vnitřního prostředí nebo zlepšit již porušený nutriční stav. Podmínkou je zachovaná funkce gastrointestinálního traktu.

Jde o přirozenou cestu podávání výživy, a proto pokud je trávicí trakt schopen podané živiny zužít, dáváme jí v praxi přednost před parenterální výživou. Enterální výživa je indikována u pacientů se skutečnou nebo hrozící malnutricí.

## Malnutrice a její příčiny

Malnutrice (nedostatečná výživa) onkologických pacientů se zásadně liší od nedostatečné výživy při prostém hladovění. Dochází k aktivaci metabolických cest, které vedou k plýtvání energií a špatnému využití živin. Metabolické změny mohou být přítomny již v časných fázích nádorového onemocnění a bez výraznější závislosti na velikosti nádoru. V poslední době se také objevuje termín prekachexie, o které mluvíme již při 5% ztrátě hmotnosti. Již při této ztrátě hmotnosti je prokázána snížená odpověď na onkologickou léčbu. Podle typu nádoru se můžeme s malnutricí setkat u 30–80% nemocných v době stanovení diagnózy, kachexie může být příčinou smrti až u 20% pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním.

## Nutriční screening

Optimálním postupem u všech solidních nádorů je rutinním způsobem vyhodnotit nutriční stav pacienta už před operací nebo před zahájením neoadjuvantní léčby, nejlépe v době stanovení diagnózy. V různých studiích byly vyzkoušeny různé typy nutričních screeningů, což jsou jednoduché nástroje k vyhledávání pacientů v riziku malnutrice. Pracovní skupina nutriční péče v onkologii (PSNPO) vytvořila a odzkoušela jednoduchý screening nutričního rizika, který schválila

Česká onkologická společnost. Je dostupný na webových stránkách [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz).

Těžká malnutrice nastává tehdy, pokud je přítomno alespoň jedno z následujících kritérií: váhový úbytek  $\geq 10$ –15% během 6 měsíců, BMI  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup>, subjektivní globální hodnocení (SGA) stupně C, sérový albumin  $\leq 30$  g/l (bez zřejmé dysfunkce jater nebo ledvin). Zvýšené skóre NRS 2002 dotazníku (*Nutritional Risk Screening 2002*) je asociováno s pooperačními komplikacemi a délkou hospitalizace. Rehospitalizace do 30 dní po radikální gastrektomii pro komplikace a postoperační infekce byla v souboru 376 pacientů 7,2% a souvisela se závažností malnutrice, která byla hodnocena NRS 2002.

## Nutriční intervence

Samotná nutriční intervence musí být prováděna systematicky a někdy i dlouhodobě. Součástí intervence musí být snaha o ovlivnění všech příznaků, které omezují příjem stravy, jako je nauzea, zvracení, průjem, zácpa, bolest, deprese. Nutriční podpora má největší efekt u těch nemocných, u nichž je podvýživa způsobena nedostatečným příjmem stravy (např. pro obstrukci hltnu nebo jícnu) a nádor není příliš agresivní. V těchto případech může dojít k obnově ztracené svalové hmoty, pokud je nutriční podpora podána včas. Pokud je však nutriční podpora zahajovaná až při těžké depleci tělesné hmoty pacientovi s rozvinutou kachexií a progredujícím nádorem, je její efekt velmi omezený. Pokud pacient zhubne, ztrácí rychle bílkoviny, pokud přibere, zvýší se obsah tukové hmoty.

Potřeba energie je pro nemocné s BMI v normě a při běžné

tělesné aktivitě 30–35 kcal/kg/den a potřeba bílkovin dosahuje 1,2–2 g/kg/den. Tu by měly tvořit 30–50% celkové energie. Nemocní s velkým váhovým úbytkem a pokračujícím hubnutím mohou potřebovat až 40–45 kcal/kg/den energie a bílkovin až 2,2 g/den. Jen pro představu: pro člověka, který váží 70 kg, představují 2 g bílkovin/kg/den celkem 140 g bílkovin, což odpovídá 700 g masa.

## Dietní poradenství

Základem nutriční intervence je dietní rada s doporučením pestré stravy bohaté na vitaminy. Nemocný musí být motivován k udržení hmotnosti. Příznivý efekt dietní rady dokládá studie autora Ravasca. Například randomizovaná studie pacientů s kolorektálním karcinomem léčených neoadjuvantní chemoradioterapií prokázala významný vliv individualizované dietní rady na příjem energie, bílkovin a celkovou kvalitu života. Nutriční terapeutka může upozornit i na interakce chemoterapie a stravy. Kde nemůžeme nutriční potřebu nahradit jen úpravou stravování, je na místě použití sippingu – přípravků k popíjení.

## Sipping

Sipping má oproti běžné stravě výhodu v tom, že je okamžitě připraven k použití. Na trhu je široká škála příchutí s jasně definovaným energetickým a proteinovým obsahem. Většina přípravků obsahuje bílkovinu mléčného původu, sacharidy jsou zastoupeny ve formě maltodextrinu. Přípravky mají definovaný obsah vitamínů i stopových prvků, jsou snadno vstřebatelné a mají dobrou biologickou dostupnost. Většina neobsahuje laktózu ani lepek. Některé obsahují vlákninu, jiné jsou bez tuku. Přípravky mají sladkou příchuť, na trhu jsou i neutrální verze, slané příchutě se neosvědčily. Nejlépe chutnají vychlazené. Správné použití spočívá v popíjení výživy po troškách (srkání) v době mezi hlavními jídly. Tedy tak, aby tato výživa představovala dal-

ší příjem energie a bílkovin. Popíjení je důležité zpočátku po malých porcích (do 50 ml 4x denně), aby se pacient na tento druh výživy adaptoval. Nemocní většinou netolerují více než 500 ml enterální výživy k popíjení denně. Energetická hustota přípravků je 1–2,4 kcal/ml. Pro představu – polotučné mléko má energetickou hustotu 0,4 kcal/ml a jogurt 0,7 kcal/ml. V posledních letech se na trhu objevila nově krémová konzistence, která se nesrká, ale jí lžičkou. Pro představu – vysokoproteinové přípravky obsahují 20 g bílkovin, což odpovídá množství bílkovin ve ¼ kg tvarohu nebo 10 dkg masa.

## Sondová výživa

Sondová výživa je indikovaná především u pacientů s obturujícími nádory hlavy, krku nebo jícnu, pokud je omezen perorální příjem a není možné jej zajistit v dostatečné míře pomocí sippingu. Další indikací je také mukozitida horní části zažívacího traktu nebo nedostatečný perorální příjem a hubnutí při funkčním zažívacím traktu. Pokud je předpokládána doba nedostatečného perorálního příjmu delší než 4 týdny, je lepší zvažovat zavedení perkutánní gastrostomie (PEG). Někdy se pacienti i lékaři zavedení sondy brání, je lepší ji indikovat včas a zamezit prohlubování katabolismu. PEG je výhodná pro pacienty před konkomitantní radio- a chemoterapií, protože umožňuje dokončit léčbu s nežádoucími účinky a zamezí dalšímu hubnutí pacienta. V randomizované studii Miyata a kol. enterální výživa významně redukuje incidenci chemoterapií indukované hematologické toxicity u pacientů s karcinomem jícnu, vliv nutriční podpory je nejvýznamnější u pacientů s příjmem méně než 1000 kcal/den. Do diskuse byla zahrnuta i úvaha o složení výživy, protože EV obsahovala  $\omega$ -3 mastné kyseliny.

## Předoperační příprava

Většina pacientů se solidními nádory podstupuje operaci. Vý-

znam předoperační přípravy je často opomíjen. Podle doporučení ESPEN je pro pacienta před velkou břišní operací indikována tzv. imunomodulační nutriční podpora s obsahem argininu,  $\omega$ -3 polynenasycených mastných kyselin a nukleových kyselin. Prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie hodnotila přínos výživy podporující obranyschopnost u 200 dobře živých pacientů s kolorektálním karcinomem s plánovanou elektivní operací. Předoperační podávání argininu a  $\omega$ -3 mastné kyseliny zlepšila imunologickou odpověď a snížila výskyt infekcí. Došlo ke kratší době hospitalizace a kratší délce podávání antibiotik.

Pokud je pacient v těžké podvýživě a je možné odložit operační výkon, pak je indikována předoperační příprava po dobu 1–2 týdnů, jejímž cílem není přibrat na váze, ale zlepšit metabolický stav a zásoby živin. Dochází ke statisticky významnému snížení pooperačních komplikací. Pacienti ve špatném stavu výživy podstupující operaci zažívacího traktu profitují z perioperační imunonutrice.

## Perioperační nutrice

I po běžné operaci se na přechodnou dobu rozvíjí stav inzulinové rezistence, který napodobuje neléčený diabetes a je spojen s katabolismem bílkovin. V posledních letech se ukazuje, že tradiční předoperační lačnění není nutné. Naopak pacient může popíjet tekutiny obsahující minerály a glukózu až do doby 2–3 hodin před celkovou anestézií. Výhodou je zmírnění pocitu žízně a předoperační dehydratace, zmírnění pocitu hladu, úzkosti. Příznivým metabolickým důsledkem je doplnění zásob glykogenu před operací, zmírnění inzulinové rezistence. Pokud je tento způsob kontraindikován (těžká dysfunkce horní části zažívacího traktu), lze podobného efektu dosáhnout podáním 500–750 ml 20% glukózy 6–9 hodin před výkonem.

Ani po operaci není nutné odložení enterálního příjmu. Normální funkce tenkého střeva může být obnovena již během 1–2 dnů. Klíčovým faktorem pro možnost časného enterálního příjmu je adekvátní intravenózní režim v perioperační době. Přetížení tekutinami a solí v době kolem operace vede ke vzniku otoků včetně prosáknutí stěvních stěn a opožděnému návratu gastrointestinální motility. Časná EV usnadní návrat gastrointestinálních funkcí, umožní rehabilitaci

Tab. Hodnocení nutričního rizika dle PSNPO

Zhubnutí 10 % za 6 měsíců	1 bod
BMI $\leq 20$	1 bod
Pokles příjmu stravy pod ½ porce	1 bod
Nutriční riziková diagnóza nebo léčba	1 bod
Celkem max.	4 body



# Nutridrink<sup>®</sup> Compact Protein

Cílená klinická výživa vysokoproteinovým přípravkem Nutridrink Compact Protein

- ▶ Vysoká energetická hodnota pro zpomalení váhového úbytku nebo udržení tělesné hmotnosti<sup>1</sup>
- ▶ Vysoký obsah proteinů pro zpomalení úbytku svalové hmoty a pro podporu léčby<sup>2</sup>
- ▶ Ideální poměr omega-3 a omega-6 mastných kyselin pro snížení zánětlivé aktivity<sup>3</sup>

**K dostání v příchutích:** káva, vanilka, jahoda, banán, broskev/mango, lesní ovoce

**Reference:** **1.** Oral Nutritional Supplements to Tackle Malnutrition – A summary of the evidence base, Medical Nutrition International Industry (MNI), 2012, <http://www.medicalnutritionindustry.com>. **2.** Murry DJ, Riva L, Poplack DG. Impact of nutrition on pharmacokinetics of anti-neoplastic agents. *Int J Cancer Suppl.* 1998;11:48-51. **3.** [http://www.who.int/nutrition/topics/5\\_population\\_nutrient/en/index12.html](http://www.who.int/nutrition/topics/5_population_nutrient/en/index12.html); 2013.12.20.

2,4 kcal / 1 ml



## FortiCare

Nedílná součást komplexní onkologické péče

- ▶ **Zahájení nutriční intervence** s přípravkem FortiCare hned na začátku chemoterapeutické léčby **signifikantně snižuje:**<sup>1,2,3,4,5</sup>
  - úbytek svalové hmoty
  - frekvenci toxicity
  - riziko malnutrice v průběhu protinádorové léčby v porovnání s běžnou stravou
- ▶ **Vysoký obsah energie v malém objemu**
  - 612 kcal (3 × 125 ml)
- ▶ **Přispívá k udržení svalové hmoty**
  - 33 g proteinů (3 × 125 ml)

3 lahvičky FortiCare obsahují tolik omega-3 mastných kyselin jako 2 porce mořské ryby – 2,2 g EPA



**K dostání v příchutích:** pomeranč/citron, cappuccino, broskev/zázvor

**Reference:** **1.** Murry DJ, Riva L, Poplack DG. Impact of nutrition on pharmacokinetics of anti-neoplastic agents. *Int J Cancer Suppl.*1998;11:48-51. **2.** Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing; 2003. **3.** ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation; 2006. **4.** Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing; 2003. **5.** ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics; 2006.



Nutridrink Compact Protein 125 ml a FortiCare 125 ml jsou potraviny pro zvláštní výživu – potraviny pro zvláštní lékařské účely. Materiál je určen pro odbornou veřejnost.

[www.vyzivavnemoci.cz](http://www.vyzivavnemoci.cz) | [www.nutriciamedical.cz](http://www.nutriciamedical.cz) | infolinka: 800 110 001

**NUTRICIA**  
Advanced Medical Nutrition

a je také levnější. Perioperační EV upravuje imunitní funkce, postoperační nutriční stav a zlepšuje rekonvalescenci pacientů, potvrdila studie se 106 pacienty s karcinomem žaludku. Kdy začít s enterální výživou, u kterého pacienta použít jejunostomii nebo sondu, je stále předmětem diskusí. Ztráta hmotnosti a nedostatečný perorální příjem po operaci mají negativní vliv na celkovou kvalitu života. Malnutriční pacient může pokračovat v domácí enterální výživě sondou až do stavu, který dovolí podávání chemoterapie.

### Nutriční podpora v onkologii

Limitovaný přínos standardní enterální výživy u některých onkologických pacientů vedl k názoru, že problém nutriční podpory není jen otázkou kvantity nutričních substrátů, ale především jejich kvalitativního složení a že má vedle nutričního vlivu i významný účinek metabolický a farmakologický. Cílem je zlepšení proteinové rovnováhy a imunitní odpovědi, zvýšení citlivosti k chemoterapii a radioterapii. Největší pokrok byl učiněn využitím glutaminu, argininu a  $\omega$ -3 nenasycených mastných kyselin a fermentované vlákniny.

**Glutamin** je aminokyselina, která je preferenčním substrátem všech rychle se dělících buněk, jako jsou lymfocyty, makrofágy a buňky střevního epitelu, a všech rychle rostoucích tkání. Z tohoto pohledu se zvažovala výhodnost glutaminu zejména k ochraně střevní sliznice a udržování střevní bariéry na straně jedné a možnosti rizika podpory růstu nádoru na straně druhé. Suplementace glutaminu zmírňuje artralgie a myalgie po chemoterapii obsahující paclitaxel.

**Arginin** je semiesenciální aminokyselina, která se stává nepostradatelnou, pokud její endogenní syntéza není dostačující, jako je tomu např. u nádorových onemocnění. Hlavní funkcí argininu je úloha při syntéze kolagenu, stimulace sekrece hormonů, jako je inzulin, růstový hormon a další, stimulant procesů hojení, proliferace lymfocytů a monocytů a jejich odpověď na mitogeny. Kromě toho se přidání argininu připisuje zvýšení citlivosti nádoru vůči antimitotickým léčivům a k aktivaci cytotoxické reakce nádorových buněk.

**Leucin** je rozvětvená aminokyselina. Leucin má důležitou roli při regeneraci a reparaci tkání. Poskytuje energii i v kritickém stavu, kdy je rozvinutá glukózová

intolerance a glukóza je obtížně oxidovaná. Rovněž může v kritickém stavu zastoupit mastné kyseliny jako zdroj energie. Oxidace leucinu vyžaduje thiamin, riboflavin, pyridoxin, niacin, biotin a další. Z leucinu vzniká důležitý metabolit  $\beta$ -hydroxy- $\beta$ -methylbutyrát, který je výrazným regulátorem v anabolismu svalové tkáně, je nezbytný pro regeneraci poškozených buněk včetně stavů po toxickém poškození léčiv.

Téměř u poloviny pacientů s gastrointestinálními nádory se rozvíjí typická reakce akutního zánětu. **Omega-3 mastné kyseliny** tlumí zánětlivou reakci a zasahují do rozvoje nádorové kachexie. Důležitým představitelem je kyselina eikosapentaenová (EPA). Tato mastná kyselina tvoří asi 20 % rybího oleje. V klinickém obraze nádorové kachexie se EPA uplatňuje tak, že potlačuje zánětlivou reakci vyvolanou nádorem a tím snižuje katabolický stav, potlačuje katabolismus proteinů. EPA může zabránit sarkopenii blokováním proteolýzy vyvolané PIF (proteolýzu indukující faktor). PIF se významně podílí na degradaci svalových proteinů. Zlepšení nutričního stavu a útlum zánětlivé reakce se tak podílejí nejen na zlepšení kvality života, ale pravděpodobně i na jeho prodloužení.

Ve studiích však bylo prokázáno, že kromě EPA je potřeba dodávat dostatečné množství energie a bílkovin.

### Nutriční podpora a růst nádoru

Často se pacienti ptají, zda nutriční podpora nemůže podporovat růst nádoru a zda by nebylo lepší nechat nádor vyhladovět. Žádné studie neprokázaly, že by adekvátně podaná nutriční podpora stimulovala růst nádoru. Naopak je dobře dokladováno, že nemocní s podvýživou mají horší výsledky onkologické léčby než pacienti v dobrém nutričním stavu.

### Praktická poznámka

Kdo může předepsat výživu? Předpis pro ambulantního pacienta zajistí buď nutriční ambulance, nebo lékař s funkční licencí F016. Seznam ambulancí je na: [www.skvimp.cz](http://www.skvimp.cz). Aby nedocházelo k prodávě u onkologického pacienta, má onkolog možnost v indikovaných případech (časová a místní nedostupnost, stav pacienta) napsat výživu 600 kcal/den na dobu 4 týdnů. Pacient musí mít podle screeningu PSNPO (viz výše) skóre 2 a více. Předpokládá se hodnocení efektivity nutriční podpory. Informace o výživě onkologického pacienta najdete i na: [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz),

což jsou webové stránky České onkologické společnosti.

### Co je důležité vědět

- Vysoké riziko malnutrice představují nádory dutiny ústní, hltanu, jícnu, žaludku, slinivky břišní, žlučníku, plic.
- Na riziko malnutrice myslete včas již při stanovení diagnózy.
- Nepodceňujte předoperační přípravu.
- Včasnou intervencí můžete zabránit prohlubování katabolismu.
- Včasnou diagnózou malnutrice nemusíme použít drahou parenterální výživu, ale můžeme se zaměřit na dietní úpravu, *sipping*, enterální výživu.
- Přednostně volíme přípravky s vyšším obsahem bílkovin, případně s  $\omega$ -3 mastnými kyselinami.
- Slovní výklad doplňte předáním písemného materiálu (brožury, odkazte na vhodné webové stránky).
- S pacientem pracujte systematicky.
- **Nutriční podpora je nedílnou součástí léčby.**

MUDr. Milana Šachlová, CSc. et Ph.D.,  
gastroenterologické odd.,  
Masarykův onkologický ústav, Brno,  
[sachlova@mou.cz](mailto:sachlova@mou.cz)

# Péče o klienta v perioperačním období a rizika s ní spojená

Bezpečnost klienta je jednou z hlavních priorit ošetřovatelské péče. Každé zdravotnické zařízení, zejména nemocniční prostředí, je plné rizik nežádoucích událostí, které musíme minimalizovat nebo – lépe – jim musíme předcházet a tím klientovi poskytnout co nejlepší péči.

**N**áš článek je zaměřen na perioperační péči, možná rizika, kterým je nemocný v perioperačním období vystaven, a na mechanismy, jež by mohly těmto rizikům nežádoucích událostí zabránit. Perioperační péče v nejobecnějším slova smyslu zahrnuje postupy zaměřené na péči před operačním výkonem, v jeho průběhu a bezprostředně po něm.

Součástí perioperační péče je také anestezie. Anestetika mají za úkol zbavit pacienta vnímání bolesti, navodit spánek a případně i krátkou amnézii pro období před a po operačním výkonu, potlačit vegetativní reflexy na bolest a také stres. Anesteziologická sestra přebírá pacienta a doku-

mentaci po příjezdu na operační sál a provádí anesteziologickou přípravu – odebírá anamnézu od klienta, zajistí žilní vstup, změní krevní tlak, puls a saturaci (nasytění krve kyslíkem, udávané v procentech).

Etapy perioperační péče jsou: předoperační péče, intraoperační péče a pooperační péče.

### Rizika v perioperačním období:

- NEinformovanost klienta,
- NEpřipravenost klienta,
- NEdochvilnost klienta,
- klient podepisuje informovaně i souhlas s anestezii (celkovou, regionální).

### Rizika v předoperačním období:

- záměna pacienta,

- záměna dokumentace,
- pád klienta,
- nesouhlas klienta s operačním výkonem v anesteziologické přípravě.

### Rizika v předoperačním období na operačním sále:

- záměna operované strany (musí být vyplněn a zkontrolován verifikační protokol),
- pád, sesunutí klienta,
- nenalepení neutrální elektrody.

### Rizika v perioperačním období a bezprostředně po skončení:

- aspirace,
- alergické projevy,
- podchlazení,
- ischemie,

- otlak,
- paréza,
- popálení,
- zubní protéza.

### Pooperační rizika:

- infekce v ráně,
- hematom,
- laryngospasmus,
- bolest,
- zvracení.

Nesmíme však zapomenout ani na zdravotnický personál a dbát o jeho zdraví a bezpečnost. **Bezpečnost zdravotníků** je ohrožena například:

- uklouznutím,
- poraněním,
- infektem,
- ozářením z RTG přístrojů.



Ilustrační foto: Shutterstock

Očekávaný operační výkon je téměř u všech pacientů spojen s pocitem úzkosti a strachu. Klient se na operačním sále dostává do neznámého prostředí a do situace, kterou svým jednáním nemůže zásadně ovlivnit. Je plně odkázán na péči zdravotnického personálu, kterému důvěřuje. Ošetřování nemocných je náročná a odpovědná činnost. Klade vysoké nároky na sociální a morální zralost sestry, na odbornou teoretickou přípravu a praktický nácvik ošetřovatelských dovedností. Je fyzicky i duševně náročná.

Klára Borková, Martina Kratochvílová,  
ARO, Krajská zdravotní, a. s.,  
Nemocnice Most, o. z.,  
[Klara.Borkova@kzcr.eu](mailto:Klara.Borkova@kzcr.eu)





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 navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přístupná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: [www.sestraroku.cz](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)  
– vložení 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). Těž 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.

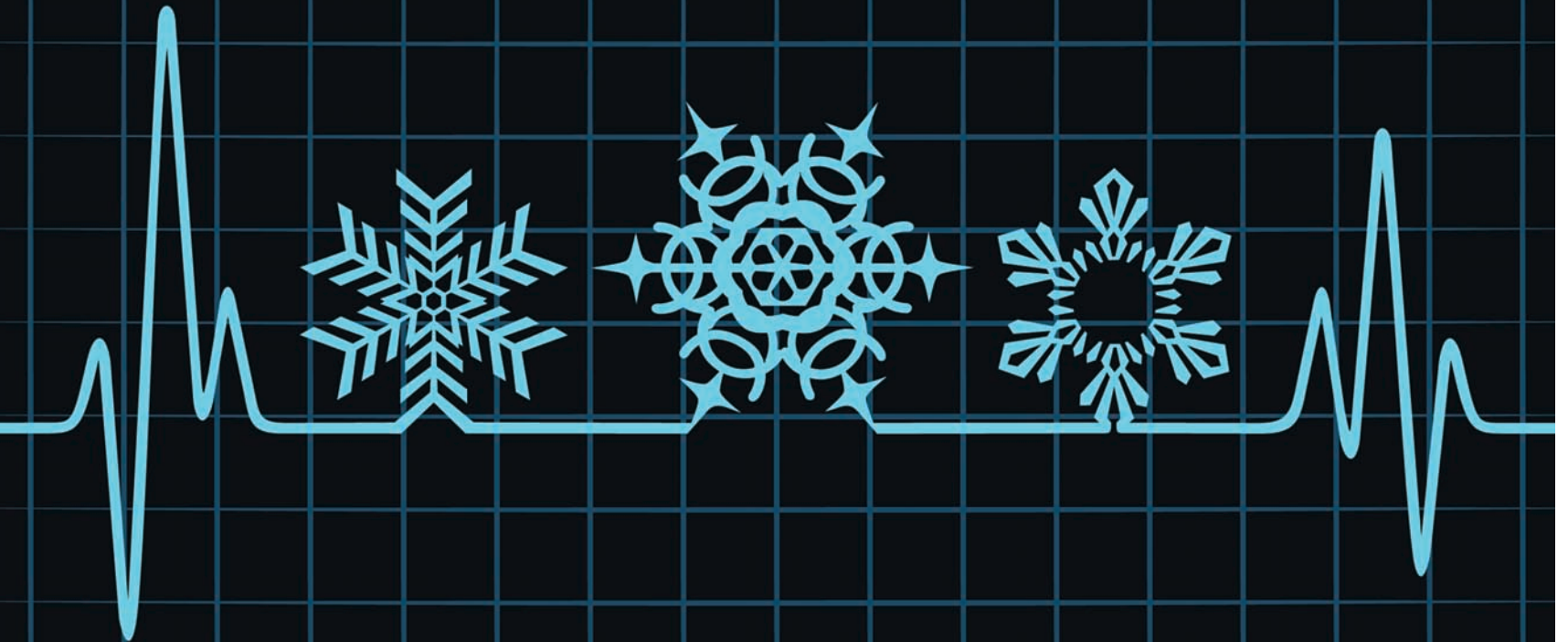
Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

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,

s pokroky v oblasti molekulární biologie, genetiky, imunologie a dalších lékařsko-přírodovědních oborů proniká stále více do oblasti terapie mnoha závažných chronických onemocnění cílená biologická léčba. Moderní biologika, a dokonce již i prv-

ní *biosimilars* umožňují indikovat léčbu na základě specifických molekulárně biologických znaků a stávají se standardní součástí léčebných protokolů v onkologii, gastroenterologii, revmatologii i dalších oborech medicíny. Není překvapující, že

poznatky o nových cílených léčích a jejich indikacích jsou zařazovány do odborného programu národních i mezinárodních kongresů.

V tomto čísle vám přinášíme zpravodajství z několika nedávno proběhlých symposií, zaměřených právě na možnosti biologické terapie. Je téměř jisté, že uvedený

léčebný trend nastartoval novou kapitolu medicíny a nejen v příštím roce, ale i v letech následujících budeme svědky nebývalého rozvoje účinné, cílené a bezpečné individualizované léčby.

Příjemné prožití vánočních svátků a úspěšný start do nového roku přeje

MUDr. Andrea Skálová

# Pražský sexuologicko-andrologický mezinárodní kongres

První ročník Pražského sexuologicko-andrologického mezinárodního kongresu proběhl ve dnech 20.–21. listopadu 2015 v Hotelu SEN. Záštitu nad celou akcí, jejímž pořadatelem byla divize Medical Services Mladé fronty, převzala 1. LF UK, Česká lékařská komora, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Sexuologická společnost ČLS JEP. Odborným garantem kongresu byl přednosta Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D.

**K**ongresu se zúčastnilo 160 hostů, z nich 70 % byli lékaři, dalších 30 % tvořily sestry.

Podle názoru doc. MUDr. Jaroslava Zvěřiny, CSc., byl až nečekaně

velký zájem zdravotníků o účast na kongresu zapříčiněn i mezioborovým záběrem a mezioborovým charakterem akce zvyšující informovanost o sexu a reprodukci mezi odbornou zdravot-

nickou veřejností. „Lékaři mají často pocit, že problematice sexu dobře rozumí, a také veřejnost považuje lékaře bez ohledu na specializaci za experta v těchto otázkách. Je velmi dobře, když

informovanost zdravotníků v této oblasti zvyšují skuteční odborníci, jako se to dělo na tomto fóru. Zatím se bohužel nepodařilo dostat sexuologii do pravidelného curricula pregraduálního,

ale ani postgraduálního vzdělávání lékařů a většina hlavních atestačních oborů sexuologii také nezahrnuje. Za vynikající považují i obrovský zájem sester, mezi posluchači jich bylo mnoho,“ vyzvedl některé z přínosů kongresu předseda Sexuologické společnosti ČLS JEP docent Zvěřina.

Druhý ročník Pražského sexuologicko-andrologického mezinárodního kongresu proběhne 15.–16. dubna, místo pořádání bude brzy upřesněno. ▶

## ODBORNÉ AKCE

# Sexualita a reprodukce

Problematiku oborů proklamovaných v názvu Pražského sexuologicko-andrologického mezinárodního kongresu, rozšířenou o aktuální otázky reprodukční medicíny, přednášející přiblížili i z pohledů souvisejících oblastí biomedicíny a psychologie.

### Koitus už není podmínkou reprodukce

„Obecně rozmnožování a sexualita nemusí vůbec patřit k sobě a už Martin Luther si v jedné úvaze povzdechl, že kdyby mohl radit Bohu, doporučil by mu pokračovat v jeho osvědčené technice, tedy dělat lidi z hlíny a vdechnout jim život. To se však nestalo a my se rozmnožujeme pohlavně, pro člověka je to přece jen dobře vyzkoušená evoluční strategie,“ zahájil svůj příspěvek „Sexualita a reprodukce“ MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D. (GONA, spol. s r. o.) a pokračoval: „Koitus už není *conditio sine qua non* pro reprodukci. Musíme se rozmnožovat pohlavně, ale nemusíme při tom souložit, což je pro někoho úlevné, ale pro většinu z nás je to dosti smutné zjištění.“ Za fámu označil souvislost ženského vaginálního orgasmu a koncepce. Dosahuje ho méně než 20 % žen, tudíž většina by musela být neplodná. Navíc případné orgasmické kontrakce mají spíše centrifugální charakter („ne jako vysavač, ale jako fén, děloha by spermiem nepřítahovala, naopak“).

Reprodukci a sex od sebe zásadně oddělila antikoncepce a asistovaná reprodukce. Teoreticky by kvůli svému složení sexualitu u žen mohla snižovat hormonální antikoncepce, podle recentních výzkumů ale u 85 % uživatelék sexuální touha neklesá, nebo dokonce stoupá. Do jisté míry překvapivě sexuální touha klesá zejména při podávání ultra a nízké hormonálně dávkovaných léků (0,15–0,20 mg ethinylestradiolu).

Nebývale se akceleruje změna vztahů i změna sexuálního života, v reálném životě ho fakticky ubývá. Stále častější je kybersexualita. Týká se to zejména mladých lidí. „Zatímco dříve jsme se báli, aby mladí lidé nezačali sexuální život příliš brzy, teď abychom měli strach, že s ním nezačnou vůbec,“ nastínil problém celé západní civilizace MUDr. Pastor. Zdá se také, že děti budou stále častěji „šity na míru“ pomocí genového inženýrství. Pokud jde o sexuální touhu, snižuje ji i léčba sterility, ať už konzervativními metodami nebo asistovanou reprodukci. Související procedury do sexu postupně vnášejí menší či větší problémy. Závažným problémem je odkládání reprodukce až do období nižší fer-

tility a s tím spojená rizika. V této souvislosti MUDr. Pastor poukázal na až orwellovskou praxi určitých velkých nadnárodních firem nabízejících manažerkám nyní ve fertilním věku úhradu za odebrání, zmrazování a uchovávání jejich oocytů do budoucna. V Dánsku nyní „vzniká“ 10 % dětí pomocí asistované reprodukce, u nás 6 %.

„V současné době jsme schopni nabídnout bezdětné ženě, respektive páru, ve většině situací nějaké řešení, které lze využít. Některá lze ale zneužívat nebo je eticky obcházet,“ upozornil přednášející.

Reprodukční medicínou se zabývali přednášející v české, ale i mezinárodní části programu. O příčinách snížené fertility a možnostech asistované reprodukce hovořili gynekologové dr. Bruno Engl a dr. Andrea Garolla (Itálie) a MUDr. Petr Uher, Ph.D. (IVF Cube). O molekulární dialogu před implantací embrya jako o rozhodujícím a zatím málo známém faktoru preimplentačního období hovořila doc. MUDr. Milena Králíčková, Ph.D. (Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni), o možnostech antioxidační léčby v managementu mužské infertility hovořil MUDr. Lukáš Bittner (FN Královské Vinohrady). O novinkách v kontextu hraničního oboru, urologii, informoval přednostka Urologické kliniky 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.

### Nebýt obézní, byli by eunuchové dlouhověcí

MUDr. Dita Pichlerová si připravila příspěvek o sexuálních dysfunkcích a obezitě z pohledu internisty. „Není standardní, aby se diabetolog nebo obezitolog ptal pacienta na problémy se sexem, ačkoli fakticky jsou v jejich ordinacích běžným jevem,“ upozornila. Obézní ženy mají prokazatelně sníženou fertilitu, nepravidelnou menstruaci, hyperandrogenní syndrom a statisticky významně více sexuálních partnerů než ostatní ženy, ale bývají vyhledávaným objektem krátkodobých či jednorázových sexuálních vztahů. Nižší procento jich užívá hormonální antikoncepci, což ale může souviset s větším ostychem k návštěvě gynekologa („s takovou postavou tam přece nepůjdou“), jehož důsledkem je i větší počet nechtě-

ných těhotenství. Mají i vyšší prevalenci sexuálních dysfunkcí, než je u štíhlých žen (60 % u žen před bariatrickou operací, u běžné populace je to 15 %). Po velké redukci hmotnosti nebo bariatrické operaci nastává signifikantní zlepšení. Jak vyplývá ze studií, obvod pasu u mužů koreluje s objemem prostaty, s výškou PSA, s výskytem erektilní dysfunkce a s ejakulačními dysfunkcemi zejména u diabetiků II. typu a se snížením sexuálního zájmu. Prevalence erektilní dysfunkce u diabetiků je podle různých zdrojů 35–80 %, velmi brzy ale postihuje i diabetiky 1. typu, kteří bývají štíhlí a často a sportovci. Obecně ale sexuální dysfunkce u mužů koreluje s BMI, s kouřením a s „nepohybem“, což je dohromady typický obrazek dnešního diabetika. „U erektilní dysfunkce musí internista vždy pátrat i po kardiovaskulárních chorobách,“ upozornila přednášející.

Prof. MUDr. RNDr. Luboslav Stárka, DrSc. (Endokrinologický ústav Praha) představil testosteron jako důležitý faktor zdraví a chování. Nízké hladiny testosteronu jsou asociovány se zvýšením celkové mortality o 35 %. Otázkou je, zda substituce testosteronu nepříznivou situaci napravuje – zdá se, že ano, ale výsledek je nejasný. Pouze hypogonadismus a pouze hladiny testosteronu nemají tak velký vliv na dlouhověkost, jaký by bylo možné odvodit ze zvýšené mortality. Ženy samozřejmě mají nižší hladinu testosteronu, ale vyšší průměrný věk dožití, což platí i pro eunuchy a kastrovaná zvířata. „Nízký testosteron není sám o sobě špatným znamením, je jím proto, že současně značí jinou morbiditu, včetně obezity a diabetu,“ uvedl profesor Stárka a pokračoval: „Testosteron tedy není jen určujícím faktorem našich reprodukčních a sexuálních schopností, nemá pouze souvislost se zdravím, ale v centrální nervové soustavě rozhoduje o tom, jaké budou naše kognitivní schopnosti, emoce a chování.“

### Neodstraňujte iracionalitu

V přednášce „Sexuální emoce jako zdroj sexualitu“ docent Zvěřina hovořil o emocích pozitivních, jako je romantická zamilovanost, a poukázal na fakt, že v reprodukční oblasti konáme pod vlivem emo-



Doc. Ing. Aleš Horna, Ph.D., doc. PhDr. Laura Janáčková, Ph.D., doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc., ředitel Medical Services MF Karel Novotný, BA, HONS, obchodní ředitelka MS MF Kristína Kupcová, doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D. | Foto: archiv MF

cí iracionalně. Převaha racionality u dnešních moderních lidí je naopak bohužel spojena s nízkou porodností, sňatečností a účelovostí jednání, jako bychom veškerou iracionalitu chtěli ze života odstranit. V tomto kontextu se ale jistá míra iracionality jeví jako reprodukčně účelná. Zazněla i připomínka Freudova konceptu – rozkoš způsobuje, že lidé se sexuálně chovají i bez racionálního důvodu. Orgasmus, jedna z jednoduchých emocí a zároveň sexuálně dimorfní fenomén, se zcela rozdílně uplatňuje u žen a u mužů. „Ženský orgasmus vůbec není vázán na nějakou reprodukční účelnost, s čímž ani feministky nic nesvedou,“ konstatoval docent Zvěřina.

Doc. PhDr. Laura Janáčková, CSc. (Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN) v přednáškách „Penis a jeho zvládnání“ a „Maskulinita“ věnovala pozornost této části lidského těla jako symbolu mužnosti v chápání různých kultur a národů. „Římský generálové získávali hodnotu i podle velikosti penisu, u Vikingů nemohl dosáhnout významného postavení muž s malým penisem nebo nemohoucí v sexu,“ připomněla. V současnosti existují indexy maskulinity pro srovnávání jednotlivých kultur. Maskulinní kultury se orientují na výkon, úspěch, hrdinství či pokrok. Jsou materiálnější a chování lidí v nich bývá agresivnější a přímočařejší a zásadně se v nich od sebe liší výchova chlapců a dívek. Jde například o Japonsko nebo Itálii, feminní je Holandsko a Švédsko. „Zajímavé ale je srovnat výsledky výzkumů v těchto typech států, které udávají velikost penisu v erekci. V maskulinních státech měří kolem 12 cm, ve feminních podstatně víc. Je tedy otázkou, zda v maskulinním chování nejde o kompenzaci,“ podotkla docentka Janáčková.

Příspěvek věnovaný zkušenostem s terapií nejčastějších mužských sexuálních poruch nazval urolog, sexuolog a androlog MUDr. Lukáš Bittner, FEBU, FECSM (Urologická klinika 3. LF UK a FNKV) „Potkávají se přání mužů s našimi před-

stavami?“. Mimo jiné představil výsledky dotazníkového *on-line* průzkumu, jehož účastníky bylo 1124 mužů aktuálně nebo v minulosti léčených s erektilní dysfunkcí (ED) i zdravých mužů. Průzkum probíhal v Itálii, Německu, Španělsku, Brazílii a Mexiku. Na otázku, co považují za nejdůležitější pro svůj sexuální život, nejvýše hodnotili schopnost uspokojit partnerku, spontánnost, možnost být schopeni sexuální reakce bez prodloužení a být připraveni, kdykoli ona chce. Na erekci shledávali jako nejdůležitější, zda jsou schopni udržet ji do orgasmu partnerky. Jak MUDr. Bittner dále uvedl, některé urologické operace jsou zatíženy rizikem zhoršení nebo ztráty erekce. „Je pozitivní souvislost mezi zhoršením močení a erektilní dysfunkcí, ale samozřejmě není to úplně tak, že by jen zvětšená prostata způsobovala erektilní dysfunkci, ale nabalují se faktory, které způsobují obojí. Ve všech těchto případech jsme však schopni pacientům pomoci,“ řekl. Efektivní a dobře tolerovaná léčba ED širokého spektra příčin a závažnosti představuje avanační, vysoce účinný selektivní inhibitor PDE5. Zlepšení sexuální funkce a snášenlivost jsou spojeny s rychlým nástupem účinku.

### Fertilita českých mužů je relativně dobrá

Závěrečné sdělení kongresu věnoval přednostka Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D., problematice fertility českých mužů. „Mnohdy je nám předkládáno jako fakt, že s fertilitou jsou problémy. Některé studie dokazují, že množství spermií v ejakulátu se zmenšuje. Příčin klesající fertility mužů je celá řada. Nejčastějším problémem bývá varikokéla, různá onemocnění, nepohyblivé spermie a řada různých nepříznivých vnějších faktorů. Velmi často se podceňuje vliv stresu, ale i environmentálních faktorů, kouření, alkoholu a rekreačních drog. To všechno může vést ke snížené fertilitě,“ upozornil docent Pohanka.



Vysvětlovat v souvislosti se spermiogramem a fertilitou je nutné i to, že normální koncentrace spermií není totéž co dobrá fertilita. Optimální by bylo, aby dobře fertilmí muž měl spermiogram s minimálně 48 miliony spermií v 1 ml, v celkovém objemu ejakulátu by to mělo být 100 milionů. Hodnoty by se neměly pohybovat kolem těch pro fertilitu hraničních, což je nyní podle Světové zdravotnické organizace (WHO) 15 milionů v 1 ml. Podle desítky let trvajícího sledování v Sexuologickém ústavu se od 50. do 80. let spermiogramy našich mužů zlepšovaly, byla zde souvislost i se zlepšujícími se výživovými parametry populace. Od 70. let hodnoty stagnují na 70 milionech v 1 ml, což je velice dobrá hodnota. Podle ověřování výsledků v loňském roce se hodnoty pohybovaly kolem 65 milionů v 1 ml a celkový počet spermií v ejakulátu byl cca 230 milionů, což je velmi uspokojivý stav. „Podle výsledků šetření Sexuologického ústavu to tedy s fertilitou našich mužů vypadá relativně dobře,“ zakončil docent Pohanka výklad pro českou populaci nadějně. **PhDr. Jana Jilková**

# Neonatologie

## 2., přepracované a rozšířené vydání

Neonatologie je medicínský obor tvořící součást pediatrické péče. Úzce spolupracuje s oborem gynekologie a porodnictví a dalšími komplementárními obory (genetika, chirurgie, neurologie, rehabilitace, psychologie, laboratorní a zobrazovací metody).

**O**dborné publikace z oblasti neonatologie jsou k dispozici převážně v anglickém jazyce. Doposud vydané originální české publikace, jež souborně pokrývaly problematiku péče o novorozence, byly zaměřené zvláště na ošetrovatelské procesy a edukaci středního zdravotnického personálu. První vydání knihy „Neonatologie“ splnilo ambice stát se základním manuálem péče o novorozence pro neonatology a rozšířit vzdělání dětských lékařů, porodníků a spolupracujících lékařů komplementárních oborů. Úspěch prvního vydání vedl k potřebě rychle připravit druhou, revidovanou a doplněnou verzi knihy.

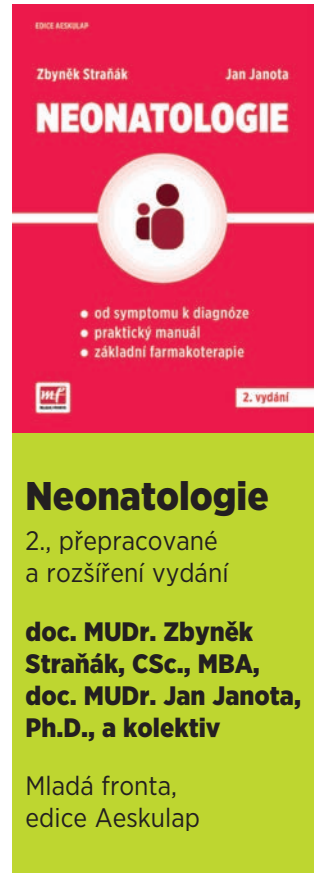
### Vysoká odborná kvalita

V aktuálním vydání autorský kolektiv naznačil další směřování základní neonatologické publikace. Revidované vydání není zaměřené pouze na problematiku novorozeneckého období, ale logicky se v první části zabývá i obdobím intrauterinního vývoje plodu, základními epidemiologickými a demografickými daty z oblasti perinatologie a základními porodnickými komplikacemi, jež je nutné znát pro působení v oboru neonatologie. Ve druhé části jsou v abecedním pořadí prezentovány jednotlivé nejzávažnější komplikace, diagnózy, nozologické jednotky a symptomy. Kromě aktualizace textů původního vydání byly

nově doplněny kapitoly o hodnocení, prevenci a léčbě bolesti, etice v neonatologii, chromozomálních aberacích, vrozených vývojových vadách hlavy a trupu a o principech vývojové péče. Třetí část pak tvoří aktualizovaný přehled farmakoterapie novorozence.

Kapitoly jsou doplněny obrazovou dokumentací (rtg snímky, snímky z ultrasonografických vyšetření, fotodokumentace vrozených vývojových vad) a názornými schémata i tabulkami. Zkušený kolektiv autorů zpracoval komplexní téma s maximální zodpovědností a je garancí vysoké odborné kvality publikace.

**doc. MUDr. Jiří Dorf, Ph.D.,**  
neonatologické oddělení FN Plzeň



## Neonatologie

2., přepracované a rozšířené vydání

**doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., MBA,**  
**doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D., a kolektiv**

Mladá fronta,  
edice Aeskulap

Inzerce M151000809

A O X Y M E T R B Z Y U K  
K I A K T I M E A K V É C  
A M X V Z I N F Ú Z E D X  
N C R T E M O N O T I K K  
Y V P O K S O D N E N O F  
L O T E P L O M Ě R I L O  
A \_ T S A L P Á N U V J W O

Dokážete vyřešit, s čím si ostatní nevědí rady?  
Přidejte se k nám na [lekari-bez-hranic.cz](http://lekari-bez-hranic.cz)





## POSTGRADUÁLNÍ AKADEMIE

# Postgraduální akademie představila publikaci Geriatrická onkologie

Odborné sympozium na téma geriatrické onkologie proběhlo začátkem října v brněnském hotelu Barceló. Součástí akce byl i křest stejnojmenné publikace vydané v rámci edice Postgraduální medicíny ve vydavatelství Mladá fronta, a. s.

Zhoubné nádory postihují nemocné v každém věku, jejich výskyt u starší populace je však výrazně vyšší. Přesto není geriatrické problematice v onkologii věnována dostatečná pozornost. Ke starším pacientům s onkologickým onemocněním se navíc obvykle přistupuje jako k pacientům v produktivním věku, bez ohledu na řadu jejich specifíků. Uvedené skutečnosti byly důvodem vydání nové publikace Geriatrická onkologie, která vznikla pod edičním vedením prof. MUDr. Hany Matějovské Kubešové, CSc., a prim. MUDr. Igora Kisse, Ph.D.

Tito editoři byli též garanty programu odborného sympozia. V odpoledním přednáškovém bloku zaměřeném na problematiku geriatrických onkologických pacientů si účastníci mohli vyslechnout příspěvky Čím je specifický

starší onkologicky nemocný (prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.), Možnosti chirurgické terapie nádorů v seniu (prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.), Podpůrná léčba při gastrointestinálních problémech starších onko-



Prof. Hana Matějovská Kubešová

logických pacientů (doc. MUDr. Miroslav Tomáška, CSc.), Epidemiologie nádorů v seniu (RNDr. Jan Mužík, Ph.D.), Starší nemocný a radioterapie nádorů (prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc.), Palliativní či kurativní přístup – kdy a jak? (MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.), Odlišnosti přístupu k seniorům v hematologii (prof. MUDr. Michael Doubek, Ph.D.) a Psychologická podpora staršího nemocného s nádorem (Mgr. Jan Zachoval).

### Publikace nejen pro onkology

Během sympozia byla pokřtěna i nová publikace Geriatrická onkologie. Kniha má sloužit jako zdroj komplexních informací o starším nemocném s onkologickým onemocněním. Je určena nejen onkologům, ale také dalším specialistům a praktickým lékařům.

Starší nemocní s nádorovými chorobami, nezdědka duplicitami či triplicitami, trpí obvykle řadou dalších aktuálně léčených chorob. Publikace si klade za cíl ulehčit mnohdy velmi obtížné rozhodování v oblasti polyfarmakoterapie, posouzení celkového stavu seniora ve vztahu k předpokládanému diagnostickému či terapeutickému procesu a samozřejmě i při výskytu komplikací léčby nádorového onemocnění či dekompenzace onemocnění ostatních, a to vždy v kontextu existující malignity. Cílem knihy není vytvářet rozsáhlou onkologickou učebnici,



ale naopak postihnout a zdůraznit zejména odlišnosti a specifika u jednotlivých diagnóz pacientů vyššího věku. Složení autorského kolektivu odráží realitu každodenní péče o tyto pacienty a zahrnuje základní odbornosti v léčbě. (asa)



Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání.

Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

## Obyčejné nemoci v gastroenterologii a hepatologii

V rámci Postgraduální akademie proběhlo začátkem prosince v pražské Žižkovské věži celodenní sympozium, zaměřené na gastroenterologickou a hepatologickou problematiku. Garanty odborného programu byli MUDr. Karel Lukáš, CSc., ze IV. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha a prof. MUDr. Jiří Horák, CSc., z I. interní kliniky 3. LF UK a FNKV Praha.

V prvním odborném bloku se přednášející zaměřili na „obyčejné nemoci v gastroenterologii“. Zazněly

zde příspěvky na téma apendicitida (MUDr. Karel Lukáš, CSc.), choroby spojené s nesnášenlivostí

mléka (doc. MUDr. Pavel Kohout, CSc.), vředová choroba (MUDr. Jana Koželuhová) a kýly (prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.). Součástí tématu bylo i satelitní sympozium společnosti MSD, s. r. o., v němž docent MUDr. Pavel Kohout, CSc., seznámil přítomné s dosavadními zkušenostmi s léčbou pomocí přípravku Simponi u pacientů s ulcerózní kolitidou.

Druhý přednáškový blok se věnoval obyčejným nemocem v hepatologii. Po satelitním sympoziu společnosti Abbvie, s. r. o., v němž MUDr. Jan Šperl, CSc., seznámil s bezinterferonovými režimy v léčbě chronické hepatitidy C a MUDr. Soňa Fraňková s možnostmi transplantace jater

pro hepatitidu C v roce 2015, pokračoval odborný program tématy patologické jaterní testy (MUDr. Karel Dvořák), virové hepatitidy A, B, C a E (prof. MUDr. Pavel Chalupa, CSc.), jaterní steató-



MUDr. Jana Koželuhová

za (prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.) a ikterus (prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc.) (asa)



MUDr. Karel Lukáš a doc. Pavel Kohout



Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání.

Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)



# Postgraduální akademie představila novinky v hematologii

Další z odborných symposií organizované Postgraduální akademií přineslo informace a nové poznatky z oblasti hematologie. I tentokrát akce proběhla v prostorách pražské Žižkovské věže, v sobotu 28. listopadu. Garantem odborného programu byl doc. MUDr. Jaroslav Čermák, CSc., z Ústavu hematologie a krevní transfuze.



**H**ematologie je typickým příkladem úzce specializovaného oboru vnitřního lékařství s řadou přesahů do dalších oborů medicíny, jenž v posledních letech prodělal obrovský rozvoj. Nové poznatky o patogenezi onemocnění krve vyústily v léčebné postupy, které často zásadním způsobem změnily prognózu nemocných. Přednášející se zaměřili na aktuální problémy svého oboru a seznámili

účastníky s nejnovějšími trendy v diagnostice a léčbě vybraných hematologických onemocnění.

## Odborné přednášky

V programovém bloku zazněly příspěvky na téma anemie u chronických onemocnění (doc. MUDr. Jaroslav Čermák, CSc.), vrozené syndromy selhání kostní dřeně (doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.), autoimunitní hemolytická anemie (doc.

MUDr. Jaroslav Čermák, CSc.), imunní trombocytopenická purpura (MUDr. Libor Červínek), poruchy funkce krevních destiček (MUDr. Věra Geierová), hemofilie a von Willebrandova choroba (MUDr. Věra Geierová), trombofilní stavy (MUDr. Alena Bulíková, Ph.D., MUDr. Miloslava Matyášková, CSc.) a laboratorní diagnostika krvácivých chorob (RNDr. Ingrid Hrachovínová, Ph.D.).

(asa)



Doc. Jaroslav Čermák

## Nové indikace pro dabigatran

V rámci XXII. kongresu České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně proběhlo 24. listopadu 2015 satelitní sympozium společnosti Boehringer Ingelheim „Dabigatran v roce 2015 s novou indikací a zkušenostmi z klinické praxe“.

Bloku přednášek předsedal prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc., ze všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Primář interního oddělení Oblastní nemocnice Náchod, a. s., MUDr. Jiří Veselý pohovořil na téma jak se rozhodovat v léčbě tromboembolie. Tématem „NOAC (nová perorální antikoagulantia) pohledem gastroenterologa“ se zabýval MUDr. Jan Štoviček z Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol.

„Dabigatran a fibrilace síní – použití bez svěrací kazajky klinických studií“ byl název přednášky, kterou prezentoval přednosta II. interní kliniky – klinika kardiologie a angiologie VFN v Praze prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc. Ve svém sdělení mimo jiné připomněl, že dabigatran má za sebou dlouhou cestu. „V roce 1992, kdy započal klinický výzkum, se z něho postupně stalo léčivo velice ná-

pomocné v naší léčbě. Může nám být užitečný i v terapii tromboembolie. Pokud máme mluvit o něčem jako o relevantním léku, je důležité, abychom jej vůbec mohli předepisovat. Od 1. listopadu můžeme dabigatran předepisovat jako primární volbu nejen pacientům s hlubokou žilní trombózou, ale i s plicní embolií,“ informoval mimo jiné autor sdělení.

(eta)



Postgraduální akademie



Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání.

Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách:

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

Inzerce M15100933



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

**BOIRON®**

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

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



## ODBORNÉ AKCE

# Jak ovlivnit komorbidity a individualizovat léčbu u revmatoidní artritidy

Během letošních Jáchymovských revmatologických dní, které se konaly 25.–27. listopadu v lázních Jáchymov, proběhlo satelitní sympozium podporované společností Roche, s. r. o., zaměřené na problematiku revmatoidní artritidy.

Účastníci sympozia si vylechli přednášky Kardiovaskulární riziko u revmatoidní artritidy a možné vlivy léčby (MUDr. Michal Tomčík, Ph.D., Revmatologický ústav, Praha), Individualizace léčby pacientů s revmatoidní artritidou a ovlivnění komorbidit (prof. MUDr. Pavel Horák, CSc., III. Interní klinika LF UP a FN Olomouc) a Dlouhodobá účinnost léčby tocilizumabem (MUDr. Heřman Mann, Revmatologický ústav, Praha).

### KV riziko u RA

V úvodní přednášce MUDr. Tomčík poukázal na častou komorbiditu revmatoidní artritidy (RA) a kardiovaskulárního (KV) postižení. Uvádá se, že KV postižením různého typu trpí přibližně polovina pacientů s RA. Oproti běžné populaci bylo u pacientů s RA prokázáno až o 48 % vyšší kumulativní KV riziko – konkrétněji pak o 68 % vyšší riziko u akutním infarktu myokardu, o 41 % u cévní mozkové příhody a o 78 % u městnavého srdečního selhání. Hospitalizace pro KV příhody je pak až dvakrát častější u pacientů s RA než u běžné populace.

Jak přednášející dále uvedl, hlavní příčinou zvýšeného KV rizika u RA je ateroskleróza. Obě onemocnění mají totiž společné patologické procesy a některé rizikové faktory. Při hodnocení KV rizika u RA je však potřeba brát v úvahu specifické aspekty a paradoxy, které toto hodnocení komplikují.

MUDr. Tomčík se dále věnoval otázkám léčby dále zánětu u revmatoidní artritidy s vyšším KV rizikem. Podle EULAR se doporučuje opatrnost při podávání nesteroidních antirevmatik, také glukokortikoidy se by měly podávat v co nejnižší možné dávce. Metaanalýza z letošního roku hodnotila vliv nejběžnějších léků indikovaných v léčbě RA. Pro biologické přípravky není zatím dostatek dat, z dosavadních studií však vyplývá, že anti-IL-6 nemají výrazné rizikové KV účinky, také u anti-CD20 nebylo obecně prokázáno signifikantní zvýšení KV rizika.



MUDr. Michal Tomčík | Foto: Andrea Skálová

„Můžeme shrnout, že pacienti s revmatoidní artritidou mají zvýšené riziko kardiovaskulární mortality, které je úzce propojené se systémovým zánětem. Přes pokroky v léčbě artikulárního postižení zůstává otázka zvýšeného kardiovaskulárního rizika u těchto pacientů nevyřešena. Současná doporučení navrhuji včasné screening, intenzivní léčbu tradičních rizikových faktorů a účinnou kontrolu laboratorních parametrů. Do budoucna je třeba objasnit mechanismy aterogeneze, specifické pro revmatoidní artritidu. Naší snahou by měla být časná identifikace rizikových pacientů a zahájení léčby s cílem minimalizace kardiovaskulárního postižení,“ uzavřel MUDr. Tomčík.

### Individualizace léčby u RA

Možnostem individualizace léčby pacientů s RA a ovlivnění komorbidit u této nemoci se v dalším příspěvku věnoval prof. Pavel Horák. V úvodu konstatoval, že existuje celá řada aspektů, které již tradičně lékaři zohledňují při výběru léčby u pacientů s RA – je to například věk, hmotnost, průběh a stadium nemoci, sérologické nálezy, funkční postižení, postoje pacienta k léčbě apod. Personalizovaná medicína však znamená něco trochu jiného. Přednášející nejprve poukázal na rozdíly mezi personalizovanou a translační medicínou. „Personalizovaná medicína se snaží objasnit charakteristiku nemoci na molekulární úrovni, vybrat optimální lék, zhodnotit

jeho farmakokinetiku, klinickou odpověď, účinnost a bezpečnost léčby. Translační medicína se pak snaží především pochopit a popsat chorobu, odhalit související molekulární exprese, identifikovat ideální cíle léčebného působení, dále nalézt vhodný lék a vhodnou subpopulaci pacientů a v rámci klinické studie potvrdit předpokládaný koncept,“ vysvětlil prof. Horák.

Nejdále v tomto konceptu je onkologie, kde se řada těchto principů již uplatňuje. Příkladem může být využití exprese KRAS genu u kolorektálního karcinomu, exprese genu HER2, mutace EGFR či exprese estrogenních receptorů u karcinomu prsu.

„V revmatologii se podobný princip *treat to target* a *tight control* uplatňuje u časně diagnostiky a léčby revmatoidní artritidy. Přesto zde zůstává řada otázníků: zda jsme schopni definovat subsets choroby, zda máme laboratorní markery predikce léčebné odpovědi, zda jsme schopni popsat patogenetické cesty u této choroby, zda máme nástroje hodnocení imunogenicity, které lze využít v praxi, a podobně,“ nastíhl přednášející. Existuje řada genů, které byly zkoumány ve vztahu k terapii TNF-alfa inhibitory, posuzovaly se také polymorfismy genů, které by mohly ovlivňovat léčebnou odpověď tocilizumabu, abataceptu a rituximabu.

Obecně lze horší léčebnou odpověď očekávat u závažné formy RA s vysokým počtem selhání biologických léků, dále v přítomnosti vysokého indexu aktivity na počátku choroby a v případě komorbidit, mezi které patří ateroskleróza, deprese, kardiovaskulární choroby, cévní mozkové příhody, hepatitidy, pulmonální postižení, tumory a další onemocnění. Ukazuje se, že řada komorbidit je spojena s nadprodukcí interleukinu-6 (IL-6). Biologický lék založený na inhibici aktivity IL-6 by tedy mohl kromě cíleného působení na symptomy RA pozitivně ovlivňovat také některé komorbidity – například deprese. Profesor Horák v této souvislosti poukázal na příznivé ovlivnění anemie u RA pomocí tocilizumabu.

Ovlivnění komorbidit u pacientů s RA je důležité, může zlepšit *compliance* pacientů s biologickou léčbou i léčebnou odpověď. Výskytem komorbidit a jejich léčbou u pacientů s RA ve vybraných zemích se zabývala studie COMORA.

V predikci léčebné odpovědi u revmatoidní artritidy je podle něj potřeba zvažovat způsob vzniku nemoci, stav choroby a její aktivitu, funkční postižení, zapojení jednotlivých imunitních faktorů, komorbiditu, předchozí léčbu a odpověď na ni a také koncentraci léku, která je potřebná pro ovlivnění choroby. „Personalizace medicíny může zlepšit léčebnou odpověď na vybrané léky a redukovat náklady na výzkum nových léčiv,“ uzavřel profesor Horák.

### Tocilizumab – dlouhodobá účinnost

Dosavadní poznatky v léčbě RA tocilizumabem prezentoval MUDr. Heřman Mann. Tocilizumab je humanizovaná monoklonální protilátka inhibující IL-6 vazbu na receptory pro tento cytokin. Lék je indikován k léčbě středně těžké až těžké aktivní RA po selhání předchozí léčby nebo při intoleranci tradičních chorobu modifikujících léků či inhibitorů TNF-alfa. Tocilizumab je k dispozici kromě klasické intravenózní formy také v subkutánní formě.

MUDr. Mann seznámil účastníky s výsledky dvou recentních klinických hodnocení, dále představil data ze švédského registru a registru ATTRA a výsledky analýzy bezpečnosti tocilizumabu. Studie SUMMACTA porovnávala subkutánní a intravenózní účinek tocilizumabu u pacientů s RA, u nichž selhala léčba methotrexátem (MTX). Výsledky po dvou letech sledování ukázaly, že obě formy jsou obdobně účinné i bezpečné, léčebná odpověď je dobrá, navíc změna jedné formy léku za druhou neměla za následek zvýšený výskyt protilátek proti tomuto léku a hladina protilátek neměla vztah k účinnosti. „Studie ACT-RAY srovnávala účinek tocilizumabu versus tocilizumabu v kombinaci s MTX u pacientů s RA po selhání met-



Prof. Pavel Horák | Foto: Andrea Skálová

hotrexátu. Výsledky ukázaly, že mezi oběma skupinami nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v účinnosti. Po vysazení tocilizumabu však docházelo ve většině případů k opětovnému vzplanutí aktivity onemocnění – těmto pacientům musela být znovu nasazena biologická léčba. Pokud dostali opět tocilizumab, byla zaznamenána výrazná léčebná odpověď,“ uvedl MUDr. Mann.

Data ze švédského registru, vyvodávající o bezpečnosti a účinnosti na základě délky setrvání na léčbě, potvrzují, že účinnost tocilizumabu je dobrá a není rozdíl mezi léčbou monoterapií a kombinací tocilizumabu + MTX. Bezpečnost tocilizumabu ověřila analýza bezpečnosti na podkladě dat z různých zdrojů, srovnávala také bezpečnost léčby tocilizumabem oproti léčbě inhibitory TNF-alfa.

„Z registru ATTRA vyplývá, že monoterapií jsou logicky léčeni častěji pacienti v druhé linii léčby, avšak také to, že jsou iracionálně podávány v monoterapii biologické léky, které by měly být podávány v kombinaci. Naopak tendence předepisovat tocilizumab v monoterapii má stoupající trend, což odpovídá výsledkům, které jsou k dispozici, a aktuálním doporučením. Pokud je třeba pro pacienta volit monoterapii biologickým lékem, tocilizumab se jeví jako nejvhodnější,“ řekl MUDr. Mann. Na závěr sympozia přednášející představil kauzistiku pacientky s revmatoidní artritidou a vyzdvihl pozitivní efekt biologické léčby na kvalitu života této ženy. V působivém krátkém videu shrnula osobní zkušenosti se svým onemocněním, léčbou a přínosem subkutánní aplikace tocilizumabu i sama pacientka.

MUDr. Andrea Skálová



# Novou ledvinu dostalo v IKEM již 5000 pacientů

Transplantcentrum Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) má za sebou další velký milník – 14. listopadu transplantovalo novou ledvinu 5000. pacientovi. Stalo se tak 49 let od historicky první transplantace ledvin v IKEM, která zároveň odstartovala první systematický program transplantací ledvin v tehdejší Československu.

Od roku 1966 tak lékaři pomohli 1828 ženám a 3172 mužům, kterým transplantovali celkem 5681 ledvin. Dnes se jedná o nejrozvinutější program, který ročně pomáhá stovkám nemocných. Pacientem s „pořadovým“ číslem 5000 je sedmašedesátiletý muž z Prahy. Onemocnění ledvin se u něj objevilo v roce 2000, od té doby se jeho zdravotní stav zhoršoval, až ledviny přestaly fungovat a musela je nahradit pravidelná dialýza. „Na té jsem byl posledních čtrnáct měsíců. Bohužel v rodině ani mém blízkém okolí se nenašel žádný vhodný dárcce, tak mě lékaři zařadili na čekací listinu. Když mi pak volali z IKEM, že pro mě mají novou ledvinu, byl to úžasný pocit. Je to pro mě nový start, konečně budu volný a můj život nebude jen od dialýzy k dialýze,“ popisuje jubilejní pacient.

## Nedostatků živí dárci

Transplantace ledviny je v dnešní době nejlepší metodou léčby selhání ledvin. „Výrazně zlepšuje především kvalitu života pa-

cientů, kteří díky novému orgánu nemusejí docházet na časové a finančně velmi náročné dialýzy. V dnešní době – díky pokrokům transplantací medicíny – dokážeme transplantovat novou ledvinu téměř všem nemocným. IKEM je od svého počátku největším centrem, které každoročně provádí nadpoloviční většinu všech transplantací ledvin v České republice. Loni to bylo 265 ledvin z 507 celkových, což znamená, že ledvinu transplantujeme průměrně 5 pacientům týdně,“ vysvětluje přednosta Transplantcentra IKEM MUDr. Pavel Trunečka, CSc.

Velký nárůst zaznamenaly v IKEM v posledních letech transplantace ledvin od žijících dárců. Těch dnes v centru provádí okolo 50–60 ročně. „Pro pacienty se selháním ledvin to znamená mnohem lepší dlouhodobé výsledky, většina takových ledvin funguje mnohem lépe a déle než od zemřelých dárců. V roce 2012 jsme program transplantací ledvin od žijících reorganizovali, zavedli jsme některé nové metody včetně párových výměn ledvin a řetězových



„Jubilejní“ pacient s prof. Viklickým a doc. Froňkem | Foto: IKEM

transplantací. Přestože se nám podařilo počty skokově zvýšit o stovky procent, je to stále málo – sotva pětina všech transplantací ledvin. V porovnání se západní Evropou je jasně vidět, že máme ještě co dohánět. Tam totiž tvoří transplantace ledvin od živých dárců někdy až polovinu,“ říká přednosta Kliniky transplantací chirurgie IKEM doc. MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., FRCS.

## Dvakrát delší život i významné úspory

Transplantace ledvin je nejlepší možnou metodou léčby chronického selhání ledvin. To v Česku postihlo již téměř 11 tisíc lidí.

„V roce 2014 byla dialyzační léčba nově zahájena u 2 tisíc nemocných. Alarmující je, že 45 procent z nich se ocitlo na dialýze, aniž by tušilo, že mají ledviny poškozené. Přitom pečlivé vyšetření může

znamenat oddálení dialýzy a také včasné provedenou transplantaci, nejlépe od žijícího dárce. V České republice žije s funkční transplantovanou ledvinou aktuálně 4526 nemocných, zbytek je léčen dialyzačními metodami. Počet nemocných s funkční transplantovanou ledvinou se neustále zvyšuje. To proto, že tito pacienti žijí dvakrát déle než nemocní na dialýze. Zatímco v roce 1995 jsme v IKEM pečovali o 692 těchto nemocných, v roce 2015 sledujeme v našich ambulancích již 2265 nemocných po transplantaci ledviny,“ uvádí přednosta Kliniky nefrologie IKEM prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

Transplantace ledvin nejen že dramaticky zlepšuje a prodlužuje život pacienta, ale výrazně šetří peníze ve zdravotnictví. „Zatímco v roce před transplantací, kdy pacient musí prodělavat dialýzu, jsou náklady na jednoho takového klienta v průměru 773 tisíc korun, v roce po transplantaci je to už o 474 tisíc korun méně. Ušetřené peníze lze pak použít pro ostatní nemocné,“ nabídl ekonomický pohled na věc náměstek ředitele VZP Petr Honěk. I on ale vydvihl především obrovský přínos transplantace pro zlepšení kvality života nemocného.

(Zdroj: IKEM)

(kha)

# První endoskopická pyloromyotomie žaludku v ČR

Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) má za sebou další úspěch. Lékaři zde vůbec poprvé v Česku (a také střední a východní Evropě) provedli perorální endoskopickou myotomii žaludku neboli tzv. G-POEM.

Dosud metoda POEM pomáhala jen nemocným achalázií, kteří nemohli vlivem poruchy pohyblivosti jícnu polykat. Nyní, téměř 3 roky po zavedení úspěšného programu, provedli 9. listopadu 2015 první miniinvasivní endoskopickou pyloromyotomii, a pomohli tak pacientce, která nemohla kvůli gastroparéze přijímat potravu.

Pacientka trpí poruchou vyprazdňování žaludku od roku 2011. „Byla jsem na operaci, při které mi lékaři museli odebrat část žaludku. Ta zbylá pak bohužel přestala fungovat. Nemohla jsem vůbec jíst, od ledna mi lékaři museli zavést už poněkolkáté výživovou sondou, abych do sebe dostala potřebné živiny. Bylo to hrozné, nikomu bych takový život nepřála. Tato operace pro mě byla obrovskou nadějí

na normální život bez hadiček. Už týden po zákroku jsem se mohla normálně najíst. To je něco, v co jsem už téměř nevěřila. Teď jsem neskonale šťastná, že se to vše podařilo a těším se na každý další den,“ popisuje pacientka, u které IKEM historicky první G-POEM v České republice provedli.

## Šťastná sedmnáctka

Zárok trval 90 minut. „Velkou výhodou této metody je, že se provádí endoskopicky – to znamená, že se k žaludku dostáváme bez jakéhokoli řezu, jen skrze ústa a jícen. Pomocí několika malých řezů ve spodní části žaludku pak povolíme pylorus a tím ho zprůchodníme. Potrava ze žaludku se může dostat dál do střev a nemocní tak většinou mohou přijímat potravu jako dříve. Na-

še klientka byla teprve 17. pacientem na světě, který G-POEM podstoupil. Na celkové výsledky úspěšnosti metody je však ještě potřeba počkat, efekt můžeme zhodnotit až po 3 měsících. Z předběžných výsledků se ale zdá, že metoda je úspěšná a dokáže pomoci asi 70 procent pacientů, kteří by jinak byli odkázáni na nepřiliš efektivní užívání léků nebo invazivnější chirurgický zákrok,“ vysvětluje doc. MUDr. Jan Martínek, Ph.D., z Kliniky hepatogastroenterologie IKEM, který první G-POEM provedl v rámci klinického protokolu schváleného ministerstvem zdravotnictví a Etickou komisí TN a IKEM.

## Jediní v ČR

Nová miniinvasivní metoda léčby gastroparézy navazuje na

úspěšný program POEM (perorální endoskopická myotomie). „Tato metoda, která má na rozdíl od jiných způsobů léčby minimum komplikací, pomáhá v IKEM od prosince roku 2012 pacientům s achalázií. Ti mají patologicky zúžený jícen a nemožou polykat jídlo. My jim zavedeme do jícnu endoskop, zde pod sliznicí vytvoříme tunel a poté v tom místě přerušíme svalovinu. Tím jícen uvolníme. Za téměř 3 roky jsme metodou POEM pomohli už 116 pacientům. Úspěšnost metody je v IKEM i na jiných pracovištích na světě více než 90 procent což POEM řadí mezi ty nejefektivnější a nejbezpečnější,“ říká přednosta Kliniky hepatogastroenterologie IKEM prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

IKEM je zatím jediné pracoviště v ČR, které se na metody POEM a G-POEM zaměřuje. „Na tomto příkladu je jasně vidět medicínský pokrok – naši odborníci začali s tehdy ještě experimentální metodou POEM jícnu před 3 lety a dnes je tato forma léčby achalázie považována za standardní. IKEM je spolu s FN Motol navíc zařazen do mezinárodní studie, která se na možné výhody či nevýhody POEM oproti laparoskopické operaci zaměřuje a jejíž výsledky by mohly být známé už příští rok. Věřím, že i tato novinka bude stejně úspěšná, pacientům nabídně méně náročnou a téměř bezbolestnou variantu léčby a také pomůže ušetřit peníze veřejného zdravotnictví. Endoskopický zákrok je totiž vždy mnohem levnější než klasický chirurgický zásah,“ uzavírá ředitel IKEM MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

(Zdroj: IKEM)

(red)

## AKTUALITY

# Možnosti časné diagnostiky a léčby non-radiografické axiální spondylartritidy

Jáchymovské revmatologické dny 2015, které proběhly 25.–27. listopadu, přinesly řadu novinek z oblasti diagnostiky a léčby revmatologických onemocnění. Jeden z odborných bloků se zaměřil na časnou diagnostiku a možnosti biologické léčby axiální spondylartritidy v pre-  
rentgenovém stadiu.

**T**ématem se zabývalo satelitní sympozium podporované firmou Merck Sharp & Dohme. Program moderovali prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., a prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D., z Revmatologického ústavu Praha.

## Hodnocení sakroiliitidy

V první přednášce se MUDr. Kristýna Grobelná z Revmatologického ústavu v Praze zabývala možnostmi hodnocení sakroiliitidy pomocí magnetické rezonance. S účastníky symposia se tak podělila o své poznatky a zkušenosti ze studijního pobytu v Německu. Spondylartritidy (SpA) představují skupinu zánětlivých revmatických onemocnění s postižením axiálního skeletu. V klinickém obrazu dominuje zánětlivá bolest zad s rozvojem sakroiliitidy či spondylitidy, oligoartritida, daktylitida a entezitida. Nejčastější představitelkou SpA je ankylozující spondylitida. SpA lze rozdělit i podle lokalizace projevů na axiální (postižení sakroiliakálních kloubů a spondylitida) a periferní. Včasná diagnóza axiální SpA je významná pro zajištění účinné léčby. Potvrzení diagnózy se provádí pomocí rtg vyšetření, které hodnotí poškození sakroiliakálních kloubů. Tímto způsobem však může být onemocnění diagnostikováno se zpožděním až 10

let, kdy již choroba progredovala. Magnetickou rezonancí (MR) lze chorobu diagnostikovat již v časném pre-  
rentgenovém (non-radiografickém) stadiu.

Jak MUDr. Grobelná uvedla, magnetická rezonance se využívá jako druhá zobrazovací metoda pro rentgenu v několika indikacích: „Magnetickou rezonancí můžeme využít jednak pro časnou diagnostiku axiální spondylartritidy – pokud byl rentgenový obraz negativní – jednak pro monitoring choroby a odpovědi na léčbu.“ Typickým nálezem u axiální SpA je kostní edém, dále můžeme vidět entezitidu, synovitidu, kapsulitidu, z chronických změn jsou pak přítomna tuková depozita, skleróza, eroze či kostní můstky. Chronické změny se týkají zejména pacientů s rozvinutou ankylozující spondylitidou. Přednášející se dále podrobněji věnovala hodnocení jednotlivých prezentovaných nálezů. V souvislosti s interpretací MR snímků upozornila mimo jiné na to, že ne každý kostní edém znamená přítomnost sakroiliitidy. „Magnetickou rezonancí lze dále použít v rámci monitoringu onemocnění, neexistují však doporučení pro to, u kterých pacientů a jak často ji opakovat. K dispozici je řada hodnotících systémů, vhodné je například Berlínské skóre,“ pokračovala MUDr. Grobelná. Co se

týče predikce onemocnění, upozornila zejména na skutečnost, že rozsáhlá zánětlivá aktivita je prediktorem dobré odpovědi na anti-TNF léčbu.

## Biomarkery u axiálních SpA

Možnostem využití biomarkerů u axiálních spondylartritid se věnoval profesor Šenolt. „Prozatím nemáme k dispozici lepší biomarker než C-reaktivní protein, existuje však řada molekul, které hrají v patogenezi axiální spondylartritidy a predikci vývoje onemocnění významnou roli. Nejdůležitější je najít biomarker, který by nám usnadnil diagnostiku, umožnil hodnotit aktivitu nemoci, určit prognózu dalšího vývoje choroby a predikovat léčebnou odpověď,“ vysvětlil přednášející a poukázal na skutečnost, že diagnostika SpA je často opožděná. Nadějným biomarkerem pro časnou diagnostiku se v poslední době jeví protilátka anti-CD74. „Ukazuje se, že vyšší hladiny těchto protilátek jsou zejména u pacientů s časnou formou onemocnění. Specifita a senzitivita CD74 je přitom vyšší než u používaného biomarkeru HLA-B27. Pro časnou diagnostiku SpA je tedy v současnosti nejdůležitější magnetická rezonance, která prokáže zánětlivé kostní změny, dále HLA-B27 a do budoucna snad i zmíněná protilátka anti-CD74,“ řekl profesor Šenolt.

Pro hodnocení aktivity onemocnění je podle něj nejpřírodnější využití magnetické rezonance, která je zde zlatým standardem. Specifický solubilní biomarker reflektující aktivitu nemoci zatím není k dispozici. V MR nálezu vidíme korelaci mezi zánětem a aktivitou onemocnění. Pro samotné hodnocení je pak vhodnější používat index ASDAS než BASDAI.

„Nejvíce dat existuje pro oblast prognostických biomarkerů. Nejlépe predikuje vývoj onemocnění včetně rentgenové progresie a rozvoje syndesmytů na páteři CRP, strukturální postižení pak index ASDAS. Prognosticky negativní

význam mají strukturální změny na začátku nemoci, vysoké CRP a kouření. Mezi cirkulující biomarkery, které mají vztah k progresi onemocnění, lze dále řadit metaloproteinázy, Dickhopf 1, sclerostin, VEGF či kalprotektin,“ popsal prof. Šenolt. Predikci léčebné odpovědi lze odhadovat na podkladě hodnot BASDAI. Zlepšení se dá očekávat u pacientů s krátkým trváním nemoci a vysokým CRP. Pomocí k optimalizaci léčby může také monitorování hladin léků. Vyšší hladiny zde korelují s lepší odpovědí na léčbu.

## RA v registru ATTRA

Poznatky o léčbě revmatoidní artritidy (RA) vycházející z registru ATTRA prezentoval prof. MUDr. Jiří Vencovský, CSc., z Revmatologického ústavu v Praze. Přednášející v úvodu připomenul, že období 2001–2008, kdy byly k dispozici první tři biologické preparáty, charakterizuje získávání zkušeností s touto novou léčbou, v letech 2009–2011 se pak odráží skutečnost, že se dostávaly do praxe léky druhé linie, od roku 2012 se navíc v registru uplatňují nové parametry, jako je hodnocení aktivity či hlášení vedlejších účinků léčby.

„K březnu 2015 se v ČR léčí asi 2500 pacientů s revmatoidní artritidou. Z analýzy dat v registru vyplývá, že klesá délka trvání onemocnění a mění se zastoupení jednotlivých preparátů. Pokles je patrný u infliximabu, etanerceptu a adalimumabu, a to na úkor nových léků – golimumabu a certolizumabu. Klesá také počet pacientů, kteří dostávají jako komedikaci glukokortikoidy. Klesá sedimentace, CRP, počet oteklých kloubů. Dále se ukazuje vyšší aktivita nemoci u pacientů, kteří mění vícekrát léčbu. V současné době přitom třetina pacientů změní lék v průběhu prvního roku léčby. Efektivita léčby se v průběhu jednotlivých období výrazně nezlepšuje. Stále asi 40 % nemocných na kterémkoli preparátu neodpovídá adekvátně na podávanou léčbu. Množství nežá-



Profesor Karel Pavelka | Foto: archiv

doucích účinků léčby zůstává přibližně stejné od roku 2009,“ shrnul profesor Vencovský.

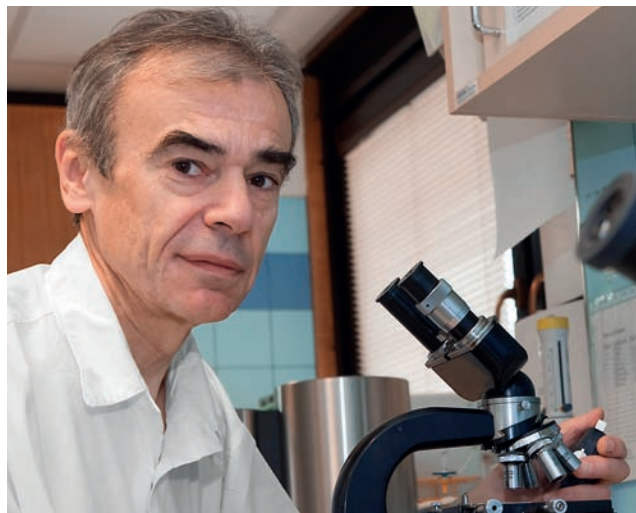
## Golimumab a studie GO-AHEAD

V posledním příspěvku se profesor Pavelka zaměřil na léčbu golimumabem u non-radiografické axiální spondylartritidy (nr-axSpA) a prezentoval data ze studie GO-AHEAD. V úvodu přednášející zmínil, že tradiční rozdělování axiální SpA na dvě základní formy ztrácí v klinické praxi význam, neboť existuje řada přechodů tohoto onemocnění. Pro tzv. časně neboli nediferencované onemocnění je charakteristické, že nemusí mít nález na žádné zobrazovací metodě. V poslední době byla provedena řada studií, které sledovaly efekt léčby pomocí anti-TNF preparátů u časně nonradiografické axiální spondylartritidy s pozitivním výsledkem. V indikaci nr-axSpA byl testován také golimumab, konkrétně ve studiích GO-RAISE a GO-AHEAD.

Výsledky poslední studie GO-AHEAD prokázaly, že léčba golimumabem u pacientů s nr-axSpA vedla oproti placebo ke zlepšení příznaků onemocnění, významnému snížení aktivity onemocnění, významnému zmírnění zánětu a výraznému zlepšení kvality života.

„Předpokládám, že na základě této studie obdrží golimumab schválení k indikaci u non-radiografické axiální spondylartritidy,“ uzavřel profesor Pavelka.

MUDr. Andrea Skálová

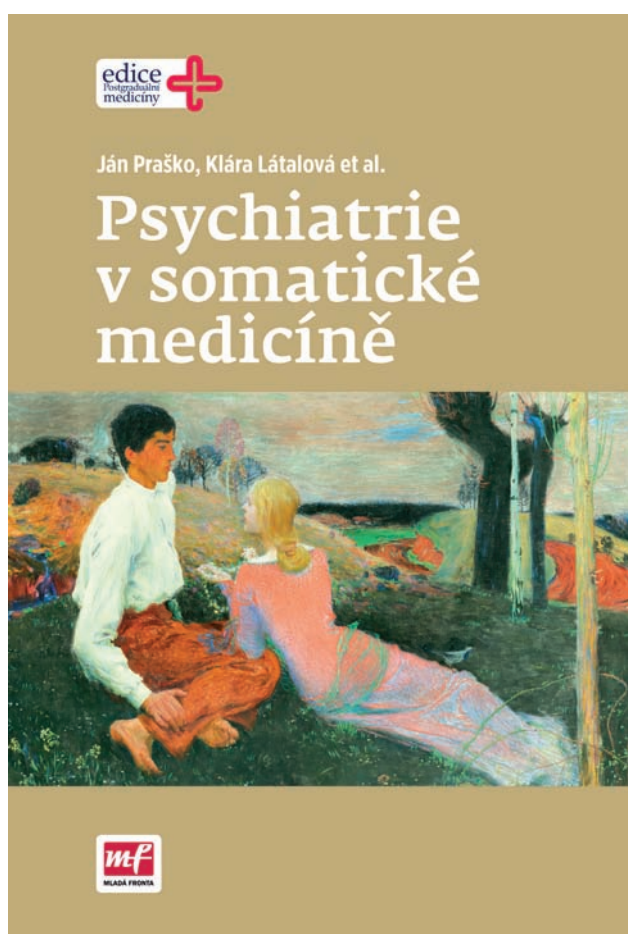


Profesor Jiří Vencovský | Foto: Leoš Chodura



Představujeme publikaci

# Psychiatrie v somatické medicíně



Odhaduje se, že až u poloviny pacientů, kteří vyhledají pomoc pro somatické onemocnění, jde buď o výlučně psychiatrickou poruchu, nebo o komorbiditu psychické poruchy s tělesným onemocněním. Přesto, že u některých pacientů se výše uvedené kategorie překrývají, se zdá, že potřeba psychiatrické péče někdy během života vyvstane přibližně u každého druhého jedince a každý čtvrtý člověk v populaci ji skutečně využije. Publikace je vytvořena tak, aby pokrývala potřeby somatických lékařů, kteří se potýkají s problematikou celé plejády psychických poruch na specializovaných odděleních i v ambulantní praxi. Lékař zabývající se somatickou medicínou se v nich potřebuje rychle orientovat a umět se rozhodovat, kterého pacienta je schopen léčit sám a kterého má odeslat k psychiatrovi, ke kterému pozvat psychiatrického konziliáře. Potřebuje také vědět, jak nejlépe reagovat na pacientovy potřeby či pocity ohrožení, jak je uklidnit, přiměřeně reagovat na zlost či agresi, informovat jej přijatelným způsobem o jeho psychických problémech, co říci nejbližším a jak v průběhu léčby pacienta doprovázet.

**Autoři: Ján Praško, Klára Látalová, Anežka Ticháčková et al.**

**Doporučená cena 990 Kč**

Při objednání na **knihna.cz** sleva 20%

**MEDICAL  
SERVICES**

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

**mf**  
MLADÁ FRONTA

## ODBORNÉ AKCE

# Nové biologikum do léčebného armamentária psoriatické artritidy

Jedním z příspěvků prezentovaných v rámci Jáchymovských revmatologických dnů 2015 byla přednáška „Co můžeme udělat pro pacienta s psoriatickou artritidou, když selžou inhibitory TNF-alfa?“. Tématu se ujal MUDr. Jiří Štolfa z Revmatologického ústavu Praha, přednášku podpořila společnost Janssen.

Psoriatická artritida je seronegativní artritida vyskytující se u 30 procent pacientů s psoriázou. Přítomnost neznámého antigenu způsobuje tvorbu efektorových T buněk, které infiltrují psoriatické léze. Moderní biologická léčiva se zaměřují na aktivitu T lymfocytů a cytokinů zodpovědných za zánětlivý charakter onemocnění.

Jak přednášející konstatoval v úvodu, biologická léčba psoriatické artritidy (PsA) spočívá v inhibici TNF-alfa, přičemž tato léčba je schopná pokrýt všechny fenotypické projevy PsA. „Bohužel přibližně po třech letech se léčba pomocí inhibitorů TNF-alfa stane u 40–60 procent pacientů neúčinnou. Nastalou situaci pak můžeme řešit třemi způsoby – přidáním syntetického, choro-

bu modifikujícího léku, změnou původního léku za jiný TNF-alfa inhibitor, eventuálně indikovat lék s jiným mechanismem účinku – což bude již v brzké době možné,“ řekl MUDr. Štolfa.

### Přidání methotrexátu k inhibitoru TNF-alfa

Methotrexát, coby představitel skupiny chorobu modifikujících léků, není běžně přidáván k terapii inhibitory TNF-alfa, v některých případech však může zlepšit léčebnou odpověď. Efekt se liší u jednotlivých klinických projevů psoriatické artritidy. Je doloženo, že přidání methotrexátu k inhibitoru TNF-alfa zlepšuje kožní symptomatologii nemocných. Platí to zejména pro etanercept, který je při dávkování 50 mg 1x týdně relativně méně účinný u psoriázy.

Naopak bylo prokázáno, že přidání methotrexátu k inhibitoru TNF-alfa neovlivňuje, respektive nemá přídatný efekt u kloubního syndromu pacientů s psoriatickou artritidou.

Co se týče rentgenové progresie, zde je k dispozici relativně málo dat. Jsou však známy výsledky studie GO-REVEAL sledující efekt léčby golimumabem, z níž vyplývá, že v určitých případech může přidání methotrexátu zpomalit rentgenovou progresi.

V jihošvédském registru bylo posuzováno setrvání pacientů na léčbě – porovnávala se skupina pacientů léčených methotrexátem a inhibitorem TNF-alfa oproti pacientské skupině léčené pouze inhibitorem TNF-alfa. Výsledný rozdíl se ukázal jako nevýznamný. Pokud se však porovnávaly skupiny pacientů na základě důvodu ukončení léčby, ukázalo se, že u pacientů, kteří ukončili léčbu pro nežádoucí účinky, vedlo přidání methotrexátu ke statisticky významně delšímu přežívání. Naopak u pacientů, kteří ukončili studii z důvodu neúčinnosti léčby, nemělo přidání methotrexátu žádný význam,“ vysvětlil MUDr. Štolfa.

Rozdíly v léčebném efektu se ukázaly také mezi jednotlivými inhibitory TNF-alfa. V případě etanerceptu nebyl zjištěn rozdíl mezi pacienty léčenými s nebo bez přidaného methotrexátu, v případě infliximabu byl rozdíl statisticky vysoce významný ve prospěch pacientů s methotrexátem, u nemocných léčených golimumabem byl tento rozdíl nepatrný.

„Přidání methotrexátu k TNF-alfa inhibitoru může tedy u pacientů s psoriatickou artritidou zlepšit léčebnou odpověď u kožního syndromu, nezlepší odpověď u kloubního postižení, může zpomalit rentgenovou progresi, pomůže setrvání na léčbě u pacientů, kteří přerušili léčbu z důvodu nežádoucích účinků, a prodlužuje setrvání na léčbě infliximabem,“ shrnul přednášející.



MUDr. Jiří Štolfa | Foto: Andrea Skálavá

### Switch za jiný TNF-alfa inhibitor

Observační studie NOR-DMAR porovnávala délku přežívání u 439 pacientů s PsA, kteří buď setrvali na původní léčbě zvoleným TNF-alfa inhibitorem, nebo jim byl v průběhu sledování tento lék switchován. Výsledky ukázaly, že přežívání bylo statisticky významně kratší u pacientů, u nichž byl lék změněn.

„Dánská studie Danbio sledovala odpověď na léčbu podle kritérií ACR u pacientů, kteří zůstali na původní léčbě, nebo switchovali jednou či dvakrát. Výsledky ukázaly postupný pokles léčebné odpovědi, který kopíroval počet switchů – čím více switchů, tím horší odpověď. V této studii byly také zjištěny prediktory setrvání na léčbě. Delší setrvání bylo zjištěno u mužů, dále u pacientů s nižším skóre únavy a časné zahájenou léčbou,“ popsal Jiří Štolfa.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že pacienti na druhém až třetím inhibitoru TNF-alfa mají po 3 až 6 měsících statisticky významně nižší léčebnou odpověď.

### Výměna za lék s jiným mechanismem účinku

Třetí možností řešení neúčinnosti odpovědi na léčbu pomocí TNF-alfa inhibitorů je výměna

původního léku za přípravek s jiným mechanismem účinku. Jako perspektivní pro tento případ se ukazuje ustekinumab, který by měl být uvolněn pro tuto indikaci koncem letošního roku.

Ustekinumab je plně humánní IgG monoklonální protilátka namířená proti P40, podjednotce lidských cytokinů IL-12 a IL-23. Důsledkem této inhibice je potlačení aktivace cytokinů Th1 a Th17 buněk. Uvedeným mechanismem se normalizují poměry v kůži a dochází k regresii psoriatických eflorescencí. Příznivý efekt se ukázal také u pacientů s psoriatickou artritidou.

Bezpečnost a účinnost ustekinumabu byla prokázána ve dvou randomizovaných, dvojitě zaslepených, placebem kontrolovaných studiích (PSUMMIT 1 a PSUMMIT 2) na souboru 927 pacientů s aktivní psoriatickou artritidou. Léčebná odpověď se ve studiích ukázala jako srovnatelná s TNF-alfa inhibitory.

„Jak uvádějí nová doporučení EULAR, při selhání syntetických chorobu modifikujících léků se přechází na biologický lék, obvykle TNF-alfa inhibitor, ale v případech zvláštních okolností, jako je zvýšený sklon k infekcím či metabolický syndrom, i na biologický lék s jiným mechanismem účinku,“ uzavřel MUDr. Štolfa.

MUDr. Andrea Skálavá



Ilustrační foto: Shutterstock



# Pacientům s rakovinou plic svítá naděje na lepší výsledky léčby

O pokrocích v diagnostice i léčbě diskutovaly v Česku více než dvě stovky plicních lékařů a odborníků napříč kontinenty. Onkologové se sešli v rámci 15. ročníku Středoevropské konference o plicní rakovině, která probíhala v Praze od 28. do 30. listopadu.

Rakovina plic je celosvětově největším onkologickým zabijákem. Každý rok na ni umírá více než 1,6 milionu lidí. Česká republika patří k zemím s nejvyšším výskytem rakoviny plic na světě. Ročně je u nás diagnostikováno přes 6 tisíc nových případů a více než 5 tisíc Čechů na rakovinu plic umírá. Jen méně než 15 % pacientů přitom přežije s nemocí déle než 5 let.

„Problém je především v tom, že nemoc zpočátku nemá žádné příznaky, většina lidí tak přichází pozdě. Dlouhodobým cílem odborníků je vývoj nových metod, které pacientům prodlouží život. Je třeba věnovat se včasné

diagnostice a jednou z cest je také hledání účinného screeninového systému, který by odhalil bezpříznaková stadia nemoci u rizikových osob,“ uvedl přednosta Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Vítězslav Koleč, DrSc.

## Nová etapa léčby

Naději pacientům v pokročilém stadiu nemoci přináší nové objevy v léčbě. „Rakovina plic není jedno onemocnění. Pod tímto pojmem se skrývají desítky různých typů nádorů. Dnes jsme schopni rozoznat nádory podle jejich molekulárně biologických charakteristik

a hledat vhodnou léčbu, která bude účinná pro konkrétního pacienta,“ vysvětlil profesor Koleč. Jedním z nosných témat kongresu se letos stala tzv. imunoterapie – léčba, která k boji s rakovinou aktivuje vlastní imunitní systém člověka. „Otevírá se před námi nová etapa v léčbě rakoviny plic. Zatím neumíme s jistotou říci, který pacient na terapii odpoví, a předpovědět dlouhodobý léčebný výsledek. Závěry zahraničních studií ale potvrzují, že tyto léky mohou u vhodných pacientů růst nádoru na delší časové období zastavit,“ řekl prezident konference a přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN

v Praze prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

Princip imunoterapie oprašuje původní myšlenku, že rakovina je selháním imunitního systému. „Imunoterapie je léčba, která využívá vlastního imunitního systému ke zničení nádoru. Rakovinné buňky rostou, protože se umí před imunitou člověka maskovat. Díky imunoterapii jsou tyto buňky znovu zranitelné a paralyzovaný imunitní systém po cíleném „odbrzdění“ proti nim dokáže zaútočit,“ popsal mechanismus profesor Petruželka.

## Na prvním místě stojí prevence

Odborníci se rovněž shodli, že důležitou součástí boje proti rakovině zůstává i nadále prevence, která je ve své podstatě levná a efektivní. Předpokládá ale celospolečenský přístup, včetně realizace nepopulárních opatření. „Česká republika má v této oblasti rezervy, což ukazují i vysoké počty mladých kuřáků. Přestože rakovina plic postihuje i nekuřáky, tabákový kouř je odpovědný za více než 80 procent případů, včetně pasivního kouření. Riziko



Ilustrační foto: Shutterstock

kuřáků onemocnět plicní rakovinou stoupá oproti nekuřákům až pětadvacetkrát. A to je potřeba neustále připomínat,“ zdůraznil profesor Koleč.

V České republice se za celkem 23 let své historie konala středoevropská konference sedmkrát, a to díky činnosti Kooperativní skupiny pro léčbu plicní rakoviny. „Naše pozvání přijalo na 200 odborníků nejen z Česka a Střední Evropy, ale také z Číny, Japonska, Kanady, USA a Turecka. Tato setkání pro nás mají nedocenitelný význam pro výměnu praktických zkušeností i teoretických poznatků. Je důležité, abychom v boji proti rakovině táhli za jeden provaz,“ poznamenala za pořadatele doc. MUDr. Milada Zemanová z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN. (red)

## Povědomí o rakovině prostaty je stále nedostatečné

I přes velké komunikační kampaně typu Movember je povědomí české veřejnosti o rakovině prostaty velmi nízké. Vyplývá to z průzkumu společnosti STEM/MARK a průzkumu provedeného na portálu Žena-in.cz. Rakovina prostaty je přitom nejčastější onkologické onemocnění u mužů a její výskyt se trvale zvyšuje.

„Z nově dostupných dat Národního onkologického registru (NOR) a mezinárodní studie EUROCARE 5 vyplývá, že výskyt zhoubného nádoru prostaty se trvale zvyšuje, nicméně osud pacientů a jejich dosahované přežití se zlepšují. Počet nově vzniklých případů rakoviny prostaty průměrně meziročně vzrostl od roku 2008 do roku 2013 o 6 procent. A tento trend i nadále pokračuje,“ uvádí doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. „Zatímco v roce 2013 v České republice žilo přibližně 44 000 mužů, kteří rakovinu prostaty měli nebo ji v minulosti prodělali, pro rok 2015 se předpokládá výskyt překračující číslo 59 000 – to představuje nárůst o 35 procent,“ doplňuje docent Dušek.

Poskytovatelé zdravotní péče v ČR musí být na tento nárůst připraveni. „Urologové hrají klíčovou roli v diagnostice i léčbě rakoviny prostaty. Náš obor tak musí být po stránce personální schopen zajistit všem pacientům adekvátní péči. S nárůstem počtu pacientů přitom musí v budoucnu počítat i úhradové vyhlá-

ky,“ uvedl prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc., předseda České urologické společnosti a přednosta Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

## Kampaně nemotivují k návštěvě lékaře

Průzkum agentury STEM/MARK potvrdil, že českým mužům stále chybí informace o rakovině prostaty. Podle šetření považují 2/3 Čechů svou informovanost o onemocnění za nedostatečnou. Celkem 88 % respondentů pak uvedlo, že mají pouze povrchní znalosti o nemoci nebo znají jen název onemocnění. Komunikační kampaně sice u veřejnosti mírně zvýší zájem o informa-

ce o nemoci, nicméně nemotivují ji již muže k samotné návštěvě lékaře a podstoupení preventivní prohlídky. Podle průzkumu na portálu Žena-in.cz kampaň Movember motivovala 52,5 % respondentů k tomu, aby si o onemocnění zjistili více informací. Většinu dotazovaných (69 %) ale kampaň nepodníkla k tomu, aby si zašli na preventivní prohlídku. „Zvýšení informovanosti české veřejnosti o rakovině prostaty je proto naším velkým cílem do budoucna,“ doplnil přednosta Urologického oddělení Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.

(Zdroj: Česká urologická společnost) (red)



Ilustrační foto: Shutterstock

## V Brně uvedli do provozu špičkový přístroj

Ústav přístrojové techniky AV ČR (ÚPT) otevřel novou hi-tech laboratoř environmentální elektronové mikroskopie.

Díky novému, unikátně konfigurovanému mikroskopu QUANTA 650 FEG tu vzniká v Evropě ojedinelé pracoviště, které posune dosavadní hranice pozorování obtížně zobrazitelných vzorků. Vznik laboratoře, umožněný díky dotaci Akademie věd v rámci Strategie AV21, má za cíl navázat mezioborová partnerství doma i v zahraničí, posílit spolupráci s aplikovanou sférou a posouvat kupředu základní výzkum v této oblasti. Jednou ze slibných aplikací by mohlo být pozorování chemických reakcí přímo v mikroskopu – například analýza účinku léků v těle. Vědcům by to mohlo

v budoucnu umožnit kupříkladu pozorovat kapsle s jedem selektivně působícím v místě rakovinného nádoru.

Mikroskop je vybaven speciálním detektorem umožňujícím pozorovat obsah nanočástic nebo živých buněk v tekutinách, což bylo dosud pro elektronovou mikroskopii v ČR nemožné. Pomocí speciálních mikromanipulátorů je možné vzorky uchopit, odnést, připoutat k nim tekutinu či je ofukovat plyny. Technologie má potenciál nejen pro biologii, farmacii a chemii, ale také pro automobilový či polovodičový průmysl.

(Zdroj: ÚPT AVČR)

(red)

# Pacientům s rakovinou plic svítá naděje na lepší výsledky léčby

O pokrocích v diagnostice i léčbě diskutovaly v Česku více než dvě stovky plicních lékařů a odborníků napříč kontinenty. Onkologové se sešli v rámci 15. ročníku Středoevropské konference o plicní rakovině, která probíhala v Praze od 28. do 30. listopadu.

Rakovina plic je celosvětově největším onkologickým zabijákem. Každý rok na ni umírá více než 1,6 milionu lidí. Česká republika patří k zemím s nejvyšším výskytem rakoviny plic na světě. Ročně je u nás diagnostikováno přes 6 tisíc nových případů a více než 5 tisíc Čechů na rakovinu plic umírá. Jen méně než 15 % pacientů přitom přežije s nemocí déle než 5 let.

„Problém je především v tom, že nemoc zpočátku nemá žádné příznaky, většina lidí tak přichází pozdě. Dlouhodobým cílem odborníků je vývoj nových metod, které pacientům prodlouží život. Je třeba věnovat se včasné

diagnostice a jednou z cest je také hledání účinného screeninového systému, který by odhalil bezpříznaková stadia nemoci u rizikových osob,“ uvedl přednosta Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Vítězslav Koleč, DrSc.

## Nová etapa léčby

Naději pacientům v pokročilém stadiu nemoci přináší nové objevy v léčbě. „Rakovina plic není jedno onemocnění. Pod tímto pojmem se skrývají desítky různých typů nádorů. Dnes jsme schopni rozoznat nádory podle jejich molekulárně biologických charakteristik

a hledat vhodnou léčbu, která bude účinná pro konkrétního pacienta,“ vysvětlil profesor Koleč. Jedním z nosných témat kongresu se letos stala tzv. imunoterapie – léčba, která k boji s rakovinou aktivuje vlastní imunitní systém člověka. „Otevírá se před námi nová etapa v léčbě rakoviny plic. Zatím neumíme s jistotou říci, který pacient na terapii odpoví, a předpovědět dlouhodobý léčebný výsledek. Závěry zahraničních studií ale potvrzují, že tyto léky mohou u vhodných pacientů růst nádoru na delší časové období zastavit,“ řekl prezident konference a přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN

v Praze prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

Princip imunoterapie oprašuje původní myšlenku, že rakovina je selháním imunitního systému. „Imunoterapie je léčba, která využívá vlastního imunitního systému ke zničení nádoru. Rakovinné buňky rostou, protože se umí před imunitou člověka maskovat. Díky imunoterapii jsou tyto buňky znovu zranitelné a paralyzovaný imunitní systém po cíleném „odbrzdění“ proti nim dokáže zaútočit,“ popsal mechanismus profesor Petruželka.

## Na prvním místě stojí prevence

Odborníci se rovněž shodli, že důležitou součástí boje proti rakovině zůstává i nadále prevence, která je ve své podstatě levná a efektivní. Předpokládá ale celospolečenský přístup, včetně realizace nepopulárních opatření. „Česká republika má v této oblasti rezervy, což ukazují i vysoké počty mladých kuřáků. Přestože rakovina plic postihuje i nekuřáky, tabákový kouř je odpovědný za více než 80 procent případů, včetně pasivního kouření. Riziko



Ilustrační foto: Shutterstock

kuřáků onemocnět plicní rakovinou stoupá oproti nekuřákům až pětadvacetkrát. A to je potřeba neustále připomínat,“ zdůraznil profesor Koleč.

V České republice se za celkem 23 let své historie konala středoevropská konference sedmkrát, a to díky činnosti Kooperativní skupiny pro léčbu plicní rakoviny. „Naše pozvání přijalo na 200 odborníků nejen z Česka a Střední Evropy, ale také z Číny, Japonska, Kanady, USA a Turecka. Tato setkání pro nás mají nedocenitelný význam pro výměnu praktických zkušeností i teoretických poznatků. Je důležité, abychom v boji proti rakovině táhli za jeden provaz,“ poznamenala za pořadatele doc. MUDr. Milada Zemanová z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN. (red)

## Povědomí o rakovině prostaty je stále nedostatečné

I přes velké komunikační kampaně typu Movember je povědomí české veřejnosti o rakovině prostaty velmi nízké. Vyplývá to z průzkumu společnosti STEM/MARK a průzkumu provedeného na portálu Žena-in.cz. Rakovina prostaty je přitom nejčastější onkologické onemocnění u mužů a její výskyt se trvale zvyšuje.

„Z nově dostupných dat Národního onkologického registru (NOR) a mezinárodní studie EUROCARE 5 vyplývá, že výskyt zhoubného nádoru prostaty se trvale zvyšuje, nicméně osud pacientů a jejich dosahované přežití se zlepšují. Počet nově vzniklých případů rakoviny prostaty průměrně meziročně vzrostl od roku 2008 do roku 2013 o 6 procent. A tento trend i nadále pokračuje,“ uvádí doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. „Zatímco v roce 2013 v České republice žilo přibližně 44 000 mužů, kteří rakovinu prostaty měli nebo ji v minulosti prodělali, pro rok 2015 se předpokládá výskyt překračující číslo 59 000 – to představuje nárůst o 35 procent,“ doplňuje docent Dušek.

Poskytovatelé zdravotní péče v ČR musí být na tento nárůst připraveni. „Urologové hrají klíčovou roli v diagnostice i léčbě rakoviny prostaty. Náš obor tak musí být po stránce personální schopen zajistit všem pacientům adekvátní péči. S nárůstem počtu pacientů přitom musí v budoucnu počítat i úhradové vyhlá-

ky,“ uvedl prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc., předseda České urologické společnosti a přednosta Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

## Kampaně nemotivují k návštěvě lékaře

Průzkum agentury STEM/MARK potvrdil, že českým mužům stále chybí informace o rakovině prostaty. Podle šetření považují 2/3 Čechů svou informovanost o onemocnění za nedostatečnou. Celkem 88 % respondentů pak uvedlo, že mají pouze povrchní znalosti o nemoci nebo znají jen název onemocnění. Komunikační kampaně sice u veřejnosti mírně zvýšily zájem o informa-

ce o nemoci, nicméně nemotivují ji již muže k samotné návštěvě lékaře a podstoupení preventivní prohlídky. Podle průzkumu na portálu Žena-in.cz kampaň Movember motivovala 52,5 % respondentů k tomu, aby si o onemocnění zjistili více informací. Většinu dotazovaných (69 %) ale kampaň nepodnítila k tomu, aby si zašli na preventivní prohlídku. „Zvýšení informovanosti české veřejnosti o rakovině prostaty je proto naším velkým cílem do budoucna,“ doplnil přednosta Urologického oddělení Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.

(Zdroj: Česká urologická společnost) (red)



Ilustrační foto: Shutterstock

## V Brně uvedli do provozu špičkový přístroj

Ústav přístrojové techniky AV ČR (ÚPT) otevřel novou hi-tech laboratoř environmentální elektronové mikroskopie.

Díky novému, unikátně konfigurovanému mikroskopu QUANTA 650 FEG tu vzniká v Evropě ojedinelé pracoviště, které posune dosavadní hranice pozorování obtížně zobrazitelných vzorků. Vznik laboratoře, umožněný díky dotaci Akademie věd v rámci Strategie AV21, má za cíl navázat mezioborová partnerství doma i v zahraničí, posílit spolupráci s aplikovanou sférou a posouvat kupředu základní výzkum v této oblasti. Jednou ze slibných aplikací by mohlo být pozorování chemických reakcí přímo v mikroskopu – například analýza účinku léků v těle. Vědcům by to mohlo

v budoucnu umožnit kupříkladu pozorovat kapsle s jedem selektivně působícím v místě rakovinného nádoru.

Mikroskop je vybaven speciálním detektorem umožňujícím pozorovat obsah nanočástic nebo živých buněk v tekutinách, což bylo dosud pro elektronovou mikroskopii v ČR nemožné. Pomocí speciálních mikromanipulátorů je možné vzorky uchopit, odnést, připoutat k nim tekutinu či je ofukovat plyny. Technologie má potenciál nejen pro biologii, farmacii a chemii, ale také pro automobilový či polovodičový průmysl.

(Zdroj: ÚPT AVČR)

(red)



## ODBORNÉ AKCE

# Kyselina ursodeoxycholová má tradiční místo v léčbě hepatopatií

Ve dnech 22.–25. listopadu proběhl v Praze již XXII. kongres České internistické společnosti ČLS JEP. Akce byla organizována ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi a s interní sekci České asociace sester. Součástí kongresu bylo sympozium společnosti PRO.MED.CS zaměřené na hepatologické téma.

**N**a programu hepatologického sympozia byly dva příspěvky. O přínosu jaterní elastografie v diagnostice chronických hepatopatií informoval MUDr. Tomáš Fejfar, Ph.D., z 2. interní a gastroenterologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové. Současné možnosti využití kyseliny ursodeoxycholové v klinické praxi pak představil prof. MUDr. Libor Vítek, Ph.D., MBA, z Laboratoře pro výzkum nemoci jater a metabolismu hemu Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze.

„Hlavním důvodem zařazení tohoto tématu do odborného programu letošního internistického kongresu bylo informovat lékaře z oboru vnitřního lékařství o připravovaném preskripčním rozšíření, týkajícím se kyseliny ursodeoxycholové. Tento lék, indikovaný pro léčbu vybraných jaterních onemocnění, budou moci nově předepisovat kromě hepatologů a gastroenterologů také internisté,“ uvedl v úvodu satelitního sympozia jeho předsedající prof. MUDr. Petr Hůlek, CSc., vedoucí hepatolog 2. interní a gastroenterologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové.

### Jaterní biopsie vs. elastografie

Sympozium zahájil MUDr. Fejfar představením několikaletých

zkušeností s relativně novou neinvazivní metodou pro vyšetření chronických jaterních onemocnění – jaterní elastografií. Vyšetření je již součástí doporučených postupů pro vyšetřování hepatopatií a v řadě případů nahrazuje invazivní a méně bezpečnou jaterní biopsii.

Přednášející v úvodu shrnul základní diagnostický postup pro vyšetřování jaterních lézí, respektive dlouhodobě zvýšených jaterních testů. „V daném schématu by nemělo chybět důkladné odebrání anamnestických údajů s dotazy na užívání léků, konzumaci alkoholu a chronická onemocnění – zejména diabetes mellitus. Zásadní pro diagnostiku je pak základní či rozšířené laboratorní vyšetření, které pomáhá diferenciatně-diagnosticky odlišit, zda se jedná o alkoholové postižení jater, hemochromatózu, Wilsonovu chorobu, autoimunitní původ či jiné příčiny jaterní léze,“ vysvětlil MUDr. Fejfar. Vyšetření se dále doplňuje sonografií jater, které může určit steatózu jater či jaterní cirhózu. Standardně užívanou metodou, která potvrdí diagnózu u jaterního onemocnění, je pak jaterní biopsie. Její předností je, že dokáže určit *grading* a *staging* onemocnění a predikovat tak rozvoj nemoci, uplatňuje se též při řízení terapie. Naopak nevýhodou je její invazivita a s tím spoje-

né riziko závažných až fatálních komplikací.

### Určí stupeň pokročilosti onemocnění

V současnosti již máme k dispozici i další, neinvazivní možnosti pro posouzení stupně fibrotizace jaterního onemocnění. Jedná se jednak o laboratorní metody (fibrotesty), jednak o fyzikální vyšetření (fibroskany). V případě elastografie se využívá fyzikální princip založený na měření šířeni rychlosti rázové vlny tělesnou tkání, v tomto případě játry. Stupeň pokročilosti poškození jater je pak výsledkem výpočtu zaznamenaných hodnot měřících elasticitu tkáně. V České republice je k dispozici řada systémů, nej dostupnější je asi tranzientní elastografie nebo *share wave* elastografie (SWE). Senzitivita a specifita elastografického vyšetření je až 90 % u střední fibrózy, u těžké fibrózy ještě o něco vyšší. Vyšetření je pro pacienta nezatěžující, srovnatelné s běžnou ultrasonografií. „Co se týče limitací, elastografii nelze provést asi u 5–15 procent nemocných, zejména jde o obézní jedince, dále o pacienty s chronickým srdečním selháváním, cholelitiázou a o pacienty s výraznými zánětlivými změnami jater,“ upozornil MUDr. Fejfar. Elastografie tedy má podle přednášejícího své místo v hepatologii a vnitřním lékařství a v současnosti může nahradit jaterní biopsii u řady jaterních onemocnění. Je již součástí běžných doporučených postupů, například pro léčbu hepatitidy C nebo hepatitidy B. Dosud nezbytné zůstává provádění jaterní biopsie u autoimunitních onemocnění, Wilsonovy choroby, stavech po transplantaci a některých dalších závažných stavech.

### Význam a indikace UDCA

V další části sympozia obrátil prof. Vítek pozornost účastníků k léčbě některých hepatopatií. Kyselina ursodeoxycholová



Ilustrační foto: Shutterstock

(UDCA) je žlučová kyselina, jejíž účinek se již řadu desetiletí využívá především k disoluci cholesterolových konkrémentů (žlučových kamenů), uplatnění však tato látka nachází také u chronických onemocnění jater, jako je primární biliární cirhóza, primární sklerotizující cholangitida, polékové či alkoholové poškození jater, či u reaktivní gastritidy navozené duodenogastričním refluxem.

Jak připomenul profesor Vítek, prvně byla UDCA identifikována ve žluči medvědu černých žijících na území Číny, přičemž suchá medvědí žluč se po staletí používala empiricky k léčbě onemocnění jater. Chemickou strukturu kyseliny ursodeoxycholové objasnil v roce 1936 Iwasaki, poté se začala v Japonsku využívat jako hepatoprotektivum.

### Účinky a důkazy

K hlavním účinkům UDCA patří její choleretický a hepatoprotektivní efekt, dále je to účinek imunomodulační, protizánětlivý, antioxidantní, antiapoptotický a litolytický. Příznivý je bezpečnostní profil tohoto léku. „Kromě již uvedených patří mezi další možnosti indikace kyseliny ursodeoxycholové – které nejsou uvedeny v SPC, ale existují pro ně silné důkazy – například intrahepatální cholelitiáza těhotných, nealkoholová steatohepatitida, některé virové hepatitidy či geneticky podmíněné cholestatické nemoci. Diskutuje se také o příznivém účinku léku na he-

patocelulární a kolorektální karcinom,“ vypočetl profesor Vítek. Dále uvedl, že intrahepatální cholelitiáza těhotných (ICP) je závažný zdravotní problém, který se týká 1 % těhotných. UDCA byla díky své bezpečnosti zařazena v roce 2009 do *guidelines* Evropské společnosti pro výzkum jater jako lék první volby u těhotných v této indikaci. „Další data potvrzují, že při užívání kyseliny ursodeoxycholové došlo ke zlepšení jaterních testů u osob s nealkoholovou steatohepatitidou, potvrzen byl také pozitivní vliv UDCA na metabolismus glukózy a zlepšení průběhu steatohepatitidy u morbidně obézních. Co se týče chronických hepatitid, z některých prací vyplývá, že UDCA snižuje hodnoty AST a ALT a zabraňuje rozvoji jaterní fibrózy,“ doplnil prof. Vítek.

### Co si odnést ze sympozia

V závěru přednášek shrnul profesor Hůlek hlavní body, které by si měli posluchači odnést z proběhlého hepatologického sympozia: „Za prvé, elastografie je neinvazivní metoda, která v mnoha případech může nahradit invazivní jaterní biopsii. Za druhé, kyselina ursodeoxycholová je bezpečný lék, který se užívá řadu let v hepatologických a v budoucnu i v nehepatologických indikacích. A za třetí, internisté budou mít v brzké době možnost předepisovat kyselinu ursodeoxycholovou, spolu s gastroenterology a několika dalšími obory.“

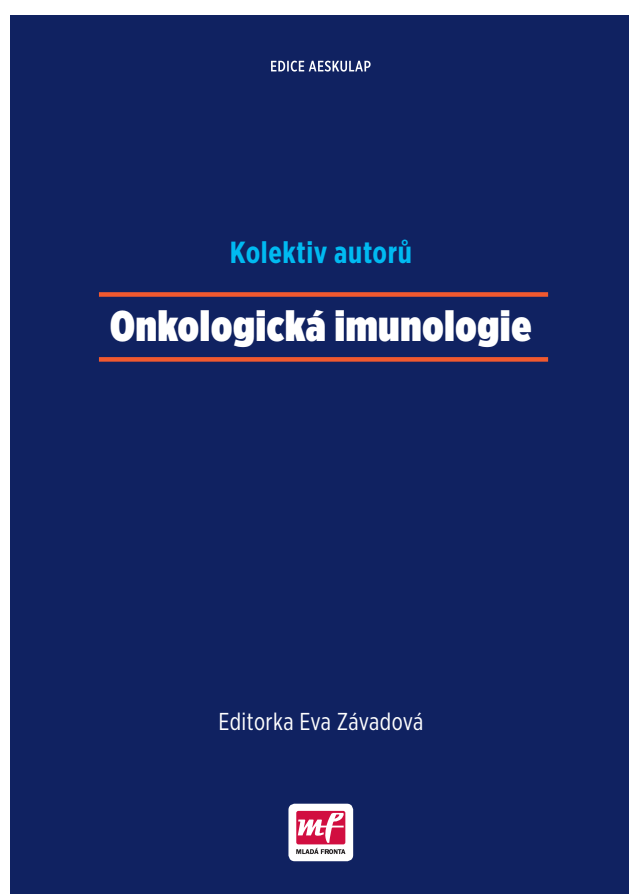
MUDr. Andrea Skálová



Profesor Petr Hůlek a MUDr. Tomáš Fejfar (vpravo) | Foto: Andrea Skálová

Představujeme publikaci

# Onkologická imunologie



Monografie podává aktuální pohled na imunologické aspekty vybraných onkologických onemocnění jakožto žhavé téma posledních let. V úvodních kapitolách se autoři zabývají významem imunitní reakce v rámci protinádorové terapie, vývojem, farmakologickými aspekty protinádorové imunoterapie, adoptivní imunoterapií či hodnocením imunitní odpovědi u pacientů s nádorovým onemocněním. Samostatné kapitoly jsou pak věnovány preventivním vakcínám proti lidským papillomavírům, imunoterapii u maligního melanomu, urologických nádorů, kolorektálního karcinomu, karcinomu pankreatu, karcinomu prsu, karcinomu plic a u nádorů hlavy a krku. Zvláštní kapitola pojednává o specifikách imunoterapie v dětské onkologii, zajímavý je též pohled chirurga na imunoterapii v léčbě solidních nádorů. V závěru knihy autoři zdůrazňují význam spolupráce klinického imunologa s klinickým onkologem.

**Autoři: Eva Zavadová et al.**

**Doporučená cena 490 Kč**

Při objednání na **knihy.cz** sleva 20%

**MEDICAL SERVICES**

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



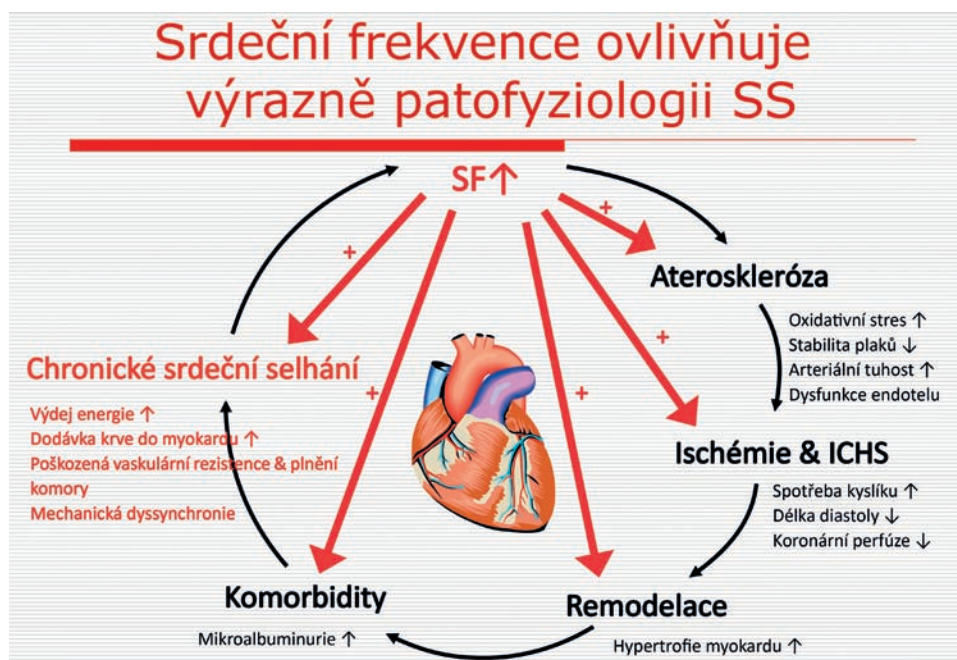


## ODBORNÉ AKCE

# Co víme o srdečním selhání v kazuistikách a obrazech

V rámci XXII. kongresu České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně, který proběhl koncem listopadu, připravila společnost Servier odborné sympozium, jehož tématem byla léčba pacienta ve specializované ambulanci péči a v nemocničním sektoru.

Předsedajícím byl přednosta I. interní kliniky – kardiologické LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Miloš Táborský, CSC., FESC, FACC, MBA. V úvodu stručně shrnul historii léčby srdečního selhání. Připomněl, že ještě koncem 50. let minulého století byl osud pacientů velice špatný. Kromě drastické neslané diety a klidového režimu, diuretik, případně punkce edému nebyl osud pacientů nijak ovlivnitelný. Teprve o 30 let později přicházejí ACE inhibitory, které zásadním způsobem zlepšují prognózu pacientů s pokročilým srdečním selháním. „Srdeční selhání jednoznačně patří, podobně jako diabetes, hypertenze, obezita a další, mezi kardiovaskulární epidemie 21. století,“ zdůraznil prof. Táborský. „Je to bohužel daní za to, jak dobře léčíme pacienty zejména s infarktem myokardu, a navzdory současným znalostem a pokrokům léčby srdečního selhání je mortalita pacientů velmi vysoká. Abychom mohli osud nemocných v praxi zlepšit, je třeba znát a akceptovat především léčbu podle doporučených postupů, maximální pozornost věnovat farmakoterapii během hospitalizace za účelem prevence následných rehospitalizací pro srdeční selhání a věnovat se problematice zvýšené tepové frekvence pacientů se srdečním selháním jako samostatného rizikového faktoru. A samozřejmě také ovlivnit základní rizikové faktory a komorbidity. Srdeční selhání a podobně i cévní mozková příhoda jsou onemocnění, jejichž prevalence dramaticky narůstá, narůstají samozřejmě i náklady spojené s léčbou těchto pacientů. Je velmi smysluplné preventovat jakoukoli rehospitalizaci pacientů se srdečním selháním, protože se ukazuje, že opakované rehospitalizace pacientů s touto diagnózou jsou spojené s velmi špatnou prognózou, polovina nemocných po třetí hospitalizaci umírá do jednoho roku a to je velmi závažná skutečnost.“ Profesor Táborský uvedl také příklad skotských dat ukazujících postupné zavádění ACE inhibitorů, betablokátorů a spiro-



rolaktonu, které vedou k lepšímu přežívání pacientů se srdečním selháním. Samozřejmě se ruce v ruce s tím snižuje mortalita po první hospitalizaci právě pro srdeční selhání.

### Ivabradin již nalezl své pevné místo

Jak profesor Táborský řekl dále, 10 % všech hospitalizací vyselektovaných přímo v České republice tvoří právě pacienti se srdečním selháním a uvedl příklad ze své kliniky. Ze 4 tisíců hospitalizací v loňském roce byla u téměř 2 tisíců pacientů stanovena diagnóza srdečního selhání, což představuje 47 %. Podle jeho slov dvě třetiny z hospitalizovaných pacientů měli právě kombinaci diagnóz srdečního selhání, diabetu a ischemické choroby srdeční. Konstatoval, že tato kombinace může být velmi výrazným problémem i pro superspecializovaná centra.

„Dnes akcentujeme terapii, která je založená na doporučených postupech Evropské kardiologické společnosti z roku 2012. Chtěl bych zdůraznit, že diagnóza srdečního selhání představuje dvě skupiny pacientů. První jsou nemocní s redukovanou ejekční frakcí a druhá, velmi význam-

ná skupina jsou právě pacienti se srdečním selháním a se zachovalou ejekční frakcí levé komory. Obě tyto skupiny mají typické symptomy srdečního selhání, přičemž ta první – s redukovanou ejekční frakcí – má substrát, tedy základní kardiologické onemocnění, například ischemickou kardiomyopatii, a ta druhá skupina – se zachovalou ejekční frakcí – má známky diastolické dysfunkce, eventuelně v kombinaci s hypertrofií levé komory nebo dilatací levé síně. Poslední verze doporučených postupů uvádějí například rozšíření indikace pro spironolakton, dále rozšíření indikace pro ivabradin, akcentují význam chirurgické revaskularizace myokardu u pacientů se srdečním selháním a zavádějí nový marker srdečního selhání. Doporučené postupy kladou důraz nejen na léčbu srdečního selhání, ale především na závažné komorbidity, které jsou se srdečním selháním typicky spojené,“ uvedl Miloš Táborský.

Přednášející také připomněl výsledky studií, především studie SHIFT, které ukazují výrazné zlepšení prognózy pacientů. Ukazuje se, že opravdu klíčová je role zvýšené tepové frekvence u pacientů

se srdečním selháním, což výrazně negativně ovlivňuje jejich prognózu. Studie SHIFT také prokázala, že zvýšení srdeční frekvence u pacientů se srdečním selháním je samostatný nezávislý rizikový faktor, a pokud léčbou ivabradinem dojde k jejímu snížení, sníží se také počet závažných příhod pacientů s tepovou frekvencí nad 70 tepů za minutu. Tento fakt potvrzuje, že ivabradin v terapeutickém algoritmu doporučených postupů již nalezl své pevné místo. Nastavení terapie dle doporučení je pak především otázkou adherence a dlouhodobé perzistence léčených pacientů, protože nemocní, kteří akceptují doporučenou léčbu a jsou edukováni, mají lepší prognózu než pacienti s nízkou adherencí k léčbě.

### Pacient se srdečním selháním v ambulanci specialisty

MUDr. Petra Vysočanová z Interní kardiologické kliniky LF MU a FN Brno hned v úvodu obrátila pozornost především k pacientům se srdečním selháním a současně sníženou funkcí levé komory. Jak uvedla, jedná se o onemocnění s poměrně vysokou prevalencí. V současné době se odhaduje, že

v ČR se vyskytuje kolem 200 tisíc pacientů léčených pro srdeční selhání a z toho minimálně polovina budou pacienti se současně sníženou funkcí levé srdeční komory. Dále MUDr. Vysočanová konstatovala, že i kvůli stárnutí populace bude těchto pacientů neustále přibývat. V současné době se odhaduje meziroční nárůst o zhruba 40 tisíc nově diagnostikovaných pacientů.

„Při tak vysokém počtu nemůže péči o tyto pacienty zvládnout pouze kardiolog, ale je naprosto nutné zapojit také internistu. Prognóza nemocných je velmi vážná a dá se přirovnat k prognóze pacientů s onkologickými onemocněními. Na rozdíl od onkologických onemocnění má ale srdeční selhání určitá specifika. Začíná většinou prudkým zhoršením stavu, kdy se nemocný po určitém čase od zavedení léčby dostane do fáze plató, která je vystřídána opakovanými dekompenzacemi a zhoršením stavu pacienta. Bohužel se pacient často po atace dekompenzace, která je většinou provázena hospitalizací, už nikdy nedostane na původní úroveň stavu před dekompenzací a kvalita jeho života a celkový stav se neustále zhoršují,“ konstatovala Petra Vysočanová a nastolila otázku: Co můžeme udělat pro to, abychom pacienta udrželi v této fázi, pro zlepšení kvality jeho života, jak zabránit rehospitalizaci, aby byl co nejdéle prodloužen jeho život? „Zásadní, co může ovlivnit pacientův osud, je, zda bude i dále konzumentem zdravotní péče,“ pokračovala. „Osud pacienta po první hospitalizaci pro kardiální dekompenzaci, který pravidelně dále vyhledává jakýkoli typ lékařské péče, se v mortalitě i počtu rehospitalizací dramaticky liší od těch, kteří sice pokračují v nějaké zavedené léčbě, ale pravidelně lékařskou péči nekonsumují. Ideální je péče o pacienty se srdečním selháním ve specializovaných centrech, hodně založených na asistenci sester, které mohou nemocným významně pomoci. To je ale stav, který je v naší republice zatím nedostupný. To, co nám při vedení léčby pomůže v každodenní praxi, kdy kromě srdečního selhání bojujeme s mnohými dalšími onemocněními, jsou odborná doporučení, která jsou dostupná na webových stránkách České kardiologické společnosti,“ dodala MUDr. Vysočanová.

### Diuretika neovlivňují mortalitu

Své sdělení přednášející doplnila příkladem léčby nemocného s anamnézou ischemické cho-



roby srdeční ze své ambulance. Ischemická choroba srdeční se v současné době objevuje v pozadí zhruba u 70 % nemocných ze srdečním selháním. Je to dnes základní vyvolávající faktor srdečního selhání. Presentovaný pacient v minulosti prodělal infarkt myokardu, a přestože byl revascularizován, skončil se závažně sníženou ejekční frakcí levé komory a v posledních letech má za sebou několik hospitalizací pro kardiální insuficienci. Nález ukazuje sinusovou tachykardii, zatím se zachovaným sinusovým rytmem. Pacient je léčen poměrně komplexní terapií ischemické choroby srdeční i srdečního selhání. „Je terapie u tohoto pacienta vedena správně?“ položila přednášející otázku. Podle *guidelines* jsou vždy jako základní lék pacientovi podávána diuretika, protože bezprostředně vedou ke zmírnění symptomů a ke zlepšení kvality života. O nutnosti podávání betablokátorů v současné době nikdo nepochybuje. Trošku popelkou zde zůstává volba blokátorů mineralokortikoidních receptorů. „O diuretikách všichni víme, všichni je pacientům podáváme, ale musíme si být vědomi faktu, že se jedná o léky, které nemocným pouze zlepšují kvalitu života, ale neovlivňují mortalitu. Podíváme-li se na švédský registr, zjistíme, že vůbec nevdají, pokud pacient odchází z nemocnice s nasazenými diuretiky, ale v ambulantní sféře by už měla být snaha minimálně o redukci dávky léku, případně přímo o jeho vysazení, pokud se klinický stav pacienta stabilizuje. Dávka, která mu byla nasazena při úvodní hospitalizaci, by rozhodně neměla být trvalá. ACE inhibitory a betablokátor bychom měli indikovat ideálně u všech pacientů. Historicky se déle používají ACEI, proto se většinou s nimi titrace začíná, a následně jsou přidávány betablokátor,“ uvedla MUDr. Vysočanová.

### Proč je nutné titrovat

Je jasné, že pacient při opuštění nemocničního lůžka po původní atace kardiální dekompenzace nemůže mít nastavenou definitivní formu medikace. Právě v tuto chvíli přichází na řadu ambulantní specialista. Svá slova MUDr. Vysočanová demonstrovala na datech sesbíraných Evropskou kardiologickou společností, podle nichž pouze velmi malé procento pacientů dosahuje takových cílových dávek léků, jakých bychom se měli snažit dosáhnout u jednotlivých preparátů dle klinických studií.

„V reálné praxi často vidíme, že pacient skutečně zůstává na původní dávce nasazené farmakoterapie v úvodní fázi onemocnění a už se s ním dále nepracuje. Není to jednoduché, zvláště u betablokátorů,“ pokračovala přednášející. „Pokud se podíváme na data z klinické studie, vidíme, že pacienti ze studie bývají zdravější a lépe spolupracují než ti, které známe z každodenní praxe. Vidíme také, že pouze 30 procent pacientů dosáhlo cílové dávky betablokátorů tak, jak si původně zadavatelé studie představovali.“ MUDr. Vysočanová dále zmínila, že dnes nikdo nepochybuje o účinnosti spironolaktonu jako základního blokátoru mineraloidních receptorů. A připomněla digoxin, který byl donedávna velmi populární pro léčbu srdečního selhání a který ovšem do první linie léčby srdečního selhání rozhodně nepatří, jak zdůraznila. Měl by být spíše v rukou kardiologů, protože jeho mortalitní data rozhodně nejsou uspokojivá. „Náš pacient měl medikaci podle doporučení, bohužel i nadále zůstával symptomatický ve vyšší třídě NYHA, přetrvávala snížená funkce levé komory a na EKG i při klinickém vyšetření tepová frekvence přesahovala 80 tepů za minutu,“ pokračovala doktorka Vysočanová v kazuistice. „Dle doporučení jsme k dopo-

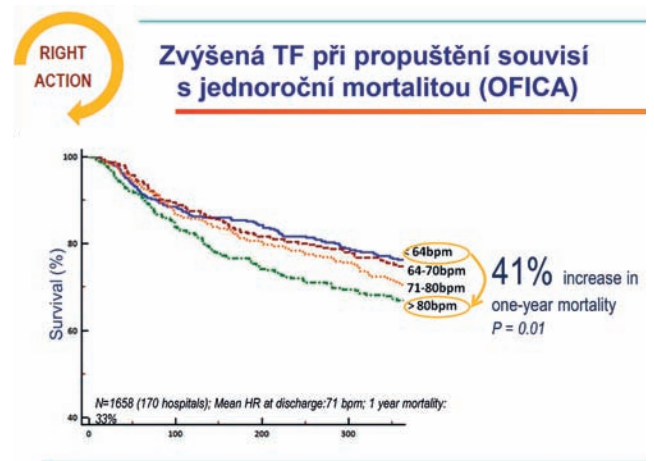
sud zavedené terapii přidali ivabradin 2x 5 mg.“

### Co ukazuje studie SHIFT

Proč se v evropských doporučeních objevuje nově právě ivabradin? Odpověď na otázku demonstrovala doktorka Vysočanová na datech ze studie SHIFT. Ukazuje se, že tam, kde se k prakticky dokonale léčeným nemocným přidával ještě ivabradin, došlo k dalším redukcím roční kardiovaskulární mortality. Je to lék, který má mortalitní data. Není všechno ale jenom o mortalitě, jak přednášející připomněla. Srdeční selhání je onemocnění, které závažným způsobem zasahuje do kvality života pacientů. Riziko rehospitalizace je zde obrovské. Prakticky čtvrtina pacientů je v průběhu roku znovu hospitalizována a osud pacientů po rehospitalizacích pro srdeční selhání není příliš optimistický. Výborným markerem, který koreluje s další kardiovaskulární prognózou pacientů, je tepová frekvence. Ze studie je známo, že jak v obecné populaci, tak i ve skupině lidí s kardiovaskulárním onemocněním (ať je to hypertenze či ischemická choroba) mají pacienti s vyšší tepovou frekvencí i vyšší mortalitu. U pacientů se srdečním selháním to platí dvojnásob.

### Důležité je předejít rehospitalizacím

Podle dat evropských registrů má poměrně vysoké procento léčených pacientů se srdečním selháním nadále zvýšenou tepovou frekvenci. „Dá se říct, že 50 procent jich má vyšší než 70 tepů za minutu a kolem 20 procent vyšší než 80. V běžné praxi je velmi obtížné dosáhnout ideální tepové frekvence titrací dávky betablokátorů, buď kvůli intoleranci, nebo jiným důvodům. Je tedy jasné, že betablokátor ke kontrole tepové frekvence nestačí. A zde nám může pomoci právě ivabradin, účinná látka s poměrně unikátním působením, tedy pouze na kanály sinusového uzlu. Jeho nevýhodou je, že ho můžeme použít ke kontrole tepové frekvence pouze u pacientů, kteří mají ještě zachovaný sinusový rytmus, nemůže fungovat u pacientů s fibrilací síní. Tuto komplikaci může podle třídění NYHA čekat něco mezi 15 až 30 procenty nemocných. Ivabradin neovlivňuje intrakardiální vedení, neovlivňuje kontraktilitu myokardu a využije výhradně dobu diastoly, což je zvláště výhodné u nemocných, kteří mají současně ischemickou chorobu srdeční. Studie SHIFT také ukázala, že u pacientů se vstupní tepo-



vou frekvenci více než 70 tepů za minutu vede přidání ivabradinu ke standardní léčbě podle odborných doporučení k další redukci kardiovaskulární mortality,“ zdůraznila autorka sdělení a dodala, že tento lék vede také k významné redukci dalších hospitalizací pro srdeční selhání, čímž výrazně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Je to především díky pozitivnímu vlivu ivabradinu na plnění koronárních tepen, následně dojde ke zlepšení ejekční frakce již postižené levé komory, což lze doložit nejen echokardiograficky, ale rovněž dle poklesu hladin biochemických markerů. Navíc ivabradin není ve vzájemném rozporu s betablokátořem, naopak spolu jsou komplementární. Ivabradin navíc přispívá ke snadnější titraci betablokátoru, tento lze titrovat rychleji, což je u pacientů se srdečním selháním, kteří jsou vysoce symptomatictí a mohou mít problémy s tolerancí betablokátoru, nesmírně prospěšné.

### Cílová frekvence – pod 70 tepů za minutu

„Ve svých praxích se setkáváme s pacienty, u nichž nadále progresuje dysfunkce levé komory, přestože za sebou nemají žádný devastující infarkt, nebo se jedná jen o drobné infarkty, kdy stav na velkých koronárních tepnách byl vyřešen. Zde se předpokládá, že to souvisí s takzvaným omráčením myokardu při opakovaných atakách ischemie, které potom vedou k depresi funkce myokardu. Zde může ivabradin vést ke zlepšení situace myokardu, protože podle recentních dat, která zazněla letos na kardiologickém sjezdu v Londýně, ovlivňuje právě velikost omráčeného myokardu a také návrat původní funkce postižené části levé komory,“ uvedla doktorka Vysočanová a vrátila se opět k ukázkovému pacientovi. „Po třech měsících léčby se našemu pacientovi zlepšila toleran-

ce zátěže, třída NYHA II, zlepšila se ejekční frakce levé komory, ale stávající léčba stále nevedla k dosažení cílové srdeční frekvence pod 70 tepů za minutu, jak jsme si představovali. Up-titrovali jsme dávku ivabradinu na cílovou dávku 2x 7,5 mg podle doporučení a snižovali jsme dávku furosemidu až na polovinu původní dávky, což jistě pozitivně ovlivnilo kvalitu života nemocného. Za této situace je pak na místě, abyste se podívali na celkový stav pacienta – jakou má prognózu, celkovou kvalitu života, zda je terapie optimalizovaná. A pokud je optimalizovaná déle než 3 měsíce a pacient má QRS komplex širší než 120 milisekund, je jisté ke zvážení implantace buď resynchronizační léčby, nebo defibrilátoru tak, jak je doporučeno,“ dodala přednášející.

### Co udělat pro pacienta s chronickým srdečním selháním

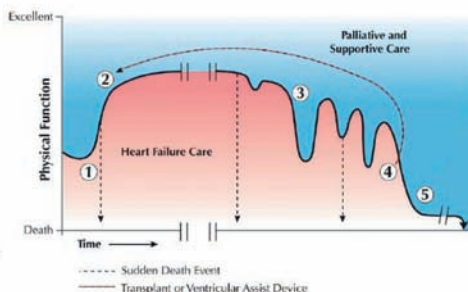
Jak MUDr. Vysočanová řekla v úvodu, v léčbě je třeba zaměřit se na příčiny. Je-li to možné, důsledně bychom měli korigovat všechna přidružená onemocnění, nesmíme zapomenout na zavedení režimových opatření a rovněž zdůraznit pacientům prospěšnost pravidelné fyzické aktivity, a to i pro takto vážně nemocné. Dále doporučila optimalizovat farmakoterapii, podávat co nejvyšší dávky ACE inhibitorů a betablokátorů, co nejnížší dávky diuretik a digoxinu (ten pokud možno vůbec nepodávat) a nezapomínat k léčbě přidat spironolakton nebo amilorid a ivabradin všude tam, kde jsou indikovány. Pokud všechna tato opatření nestačí, je na místě se zamyslet, jestli neexistuje přístrojová podpora, která by pacientovi pomohla. V závěru života s tímto onemocněním je ještě celá řada možností. Bude-li pacient směřovat k transplantaci srdce, je možné použít jednu z podpor oběhu. Do budoucna se

## Osud pacienta s CHSS

• ½ nemocných zemře do 4 let od stanovení diagnózy

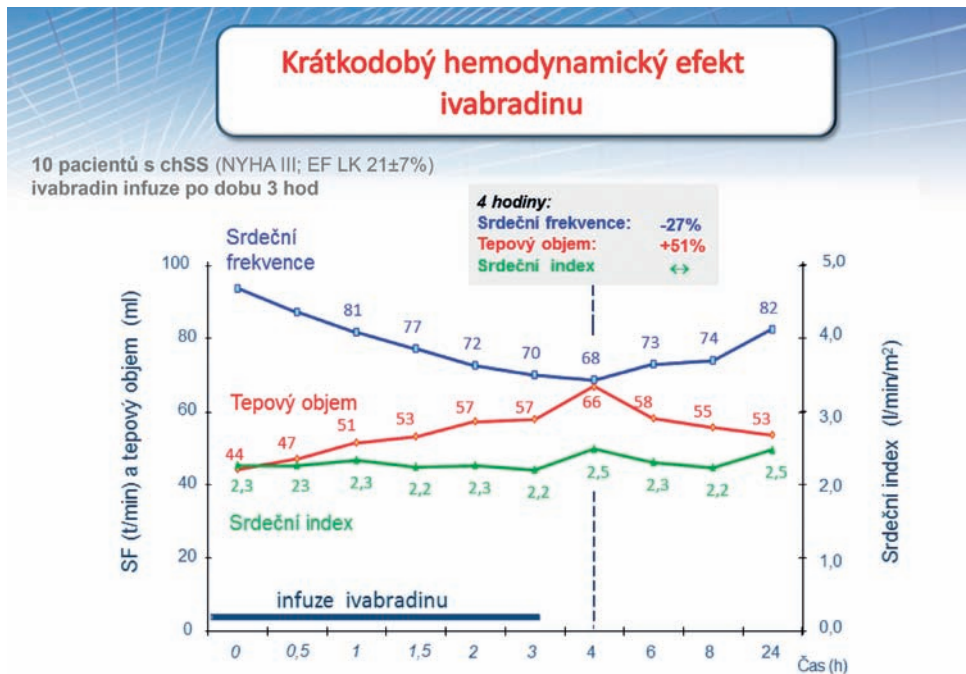
• ¼ nemocných NYHA IV zemře do roka

• téměř ½ hospital. nemocných s CHSS zemře do roka a nebo je rehospital.





## ODBORNÉ AKCE



rýsují i možnosti přístrojové podpory oběhu, které nefungují jen jako most k transplantaci, ale které se mohou uplatnit jako finální řešení tam, kde všechny jmenované možnosti nepřípadají v úvahu. Srdeční selhání je ve svém závěru onemocnění, které významně ovlivní kvalitu života i osud pacienta, a proto nesmíme zapomenout ani na nabídku paliativní péče. „Dále bych ještě chtěla připomenout, že sebelepší lék může pomoci, jen pokud ho pacient užívá, což je ovšem otázka jeho osobního rozhodnutí. Samozřejmě předpokladem je, že mu léčivo musíme naordinovat. Medicína zůstává uměním, a proto je třeba si vždy a stále uvědomovat, že každý náš pacient je individualita. Vždy byste se měli dívat na pacienta nejenom zrakem odborných doporučení, ale i jako na jedince a přemýšlet, jak můžete pomoci jeho individuálním potřebám,“ zakončila MUDr. Vysočanová své vystoupení.

### Jak zlepšit management nemocniční péče

„Srdeční slabost byla nejčastější diagnózou, s níž jsem se kdy na všech kardiologických odděleních setkal. Ve svém sdělení se zaměřím na titraci léčby srdeční slabosti, zejména sledování srdeční frekvence, a přidám praktické příklady,“ slíbil v úvodu své prezentace primář interního oddělení Nemocnice Děčín MUDr. Antonín Novák. Konstatoval, že akutní dekompenzovaná srdeční slabost je každodenní realitou na interním či kardiologickém oddělení. Jak řekl, máme velkou šanci ovlivnit tyto pacienty, aby se do nemocnice nevraceli, aby byli dobře zaléčeni v kardiolo-

gických ambulancích pro srdeční slabost. Přítomným představil názorný případ diagnózy srdeční slabosti, kdy dochází k dilataci levé komory a těžké dysfunkci, již je třeba zabránit. Zmínil nejčastější etiologické příčiny srdeční slabosti. Hlavní etiologickými faktory srdečního selhání jsou zejména ischemická choroba srdeční a kardiomyopatie. K ostatním příčinám patří levostranné chlopně vady, akutní myokarditida, emergentní hypertenzní krize či srdeční arytmie. Vyvolávajícími a zhoršujícími faktory srdečního selhání mohou být špatně korigovaná hypertenze, anemie, recentní objemové přetížení oběhu, sepeče či zatížení pacienta velkým operačním výkonem. Podotkl, že také zde bohužel hraje velkou roli nadměrná spotřeba alkoholu. Narůstá i další problém – cytostaticky léčení pacienti jsou sice úspěšně vyléčeni z nádorového onemocnění, ale umírají na toxicitou kardiomyopatií.

Primář Novák také připomněl, že při stanovení diagnózy musí být zohledněna ortopnoe v noci. „Mladí kolegové někdy na tento jednoduchý klinický signál zapomínají. Další klinickou známkou jsou otoky končetin. Echokardiografické vyšetření nebývá dostupné ihned, většinou až druhý den, a tak nám při stanovení diagnózy pomůže statim vyšetření. Pokud jsou hodnoty vysoké, můžeme pacienta umístit na jednotku intenzivní péče a druhý den ho pomocí echokardiografie dovyšetřit. Echokardiografický náález je považován za přesnější než EKG, které nemá stoprocentní senzibilitu. EKG je základní vyšetření zejména pro zjištění srdeční fre-

kvence. Všimáme si morfologie EKG křivky, je třeba věnovat pozornost známkám proběhlé nekrotózy, hypertrofie, přetížení. Musíme se také zamyslet nad tím, nejde-li o kompenzační tachykardii, kdy pacient díky ní vlastně dohání minutový objem, a měli bychom tomuto pacientovi právě zlepšit *stroke volume*,“ doplnil MUDr. Novák.

### Kazuistiky

#### Ve svém sdělení dále prim. MUDr. Antonín Novák přestavil kazuistiku ze své praxe.

„Jak řekl, záměrně pro první kazuistiku vybral případ relativně staršího data, aby jím doložil, jak se vyvíjí právě dlouhodobá léčba v kardiologické ambulanci pro srdeční slabost. Pacient, ročník 1958, přišel pro dva měsíce progresující dušnost ve funkční klasifikaci NYHA IV. U muže byl zjištěn blok levého Tawarova raménka. Pacientovi byl po stanovení diagnózy indikován dvojnásobný kardiopulmonální bypass. Funkční klasifikace se zlepšila na stupeň III, ale ještě částečně přetrvávala symptomatologie pacienta. V této fázi léčby byl implantován biventrikulární kardiostimulátor a bylo pokračováno v léčbě střední dávkou betablokátorů.

„Otázka zněla, co v této fázi dál, když už má biventrikulární kardiostimulátor,“ popsal dále autor prezentace. „Pacient měl síňové řízenou komorovou stimulaci a stále šlo o symptomatologii, která byla III. stupně NYHA. Otázkou zůstávalo, zda pacientovi stávající opatření mohou při srdeční frekvenci kolem 80 tepů za minutu pomoci. Primárně chceme do-

cílit zlepšení diastolické funkce myokardu, zlepšení *stroke volume* a tím i prokrvení srdce v diastole. Při zvýšené srdeční frekvenci nemá srdce ve fázi diastoly čas na dobrou náplň, proto byl našemu pacientovi s tachykardií ke stávající medikaci přidán ivabradin v dávce 2x 5 mg. Funkční klasifikace NYHA se zlepšila na třídu II, došlo ke zmenšení velikosti levé komory, ke zlepšení ejekční frakce, a co je nápadné, při upravené farmakoterapii došlo i ke zlepšení diastolického plnění, což je podle mě právě u selhávajících srdcí zásadní. Závěrem můžeme konstatovat zlepšení celkového klinického stavu pacienta,“ uzavřel přednášející.

● Subjektem další kazuistiky je 54letý muž, podnikatel, který žil v sympatikotonním pracovním „drivu“, jak podotkl MUDr. Novák. „Prakticky identická anamnéza jako v předchozím případě, tedy ejekční frakce 20 procent. Když jsem jej při příjmu prohlédl, říkal jsem si, že nemocný muž před sebou nemá právě světlo perspektivy, přestože byl zaléčen. Katetrizační vyšetření ukázalo nevýznamné koronární změny, etiologií byla dilatační kardiomyopatie, hůře léčená hypertenze a trošku i dlouhodobá stresová sympatikotonie. Medikace, kterou jsme pacientovi nastavili, včetně malé dávky karvedilolu, nešla dále titrovat, protože tento relativně mladý muž začal trpět určitou sexuální dysfunkcí. A když rentgenový snímek ukázal nápadné známky městnání a klasifikace byla stále kolem III. stupně NYHA, což pro bývalého podnikatele není žádný luxus, vyvstala otázka, zda mu tato medikace může dále pomoci a zda a jak můžeme ovlivnit prognózu,“ uvedl autor sdělení a znovu poukázal na data studie SHIFT. „Už jsme si promítali mortalitní a morbiditní data a tato doložili na kazuistikách. Ale co tu ještě nezažnělo, je, že podání ivabradinu může být také časné. Čím časněji přidáme ivabradin k betablokátoru, tím je to pro pacienta lepší. Při podávání ivabradinu intravenózně dojde jak k poklesu srdeční frekvence, tak i zvýšení tepového objemu a tím selepší srdeční výdej. A to je právě to, čeho chceme léčbou dosáhnout. *Stroke volume* je zde opravdu zásadní. Toho dosáhneme právě komplementárním účinkem betablokátorů a ivabradinu, kdy v podstatě na jakési spodní „vodě“ titrace betablokátorů nasazujeme ivabradin, aby optimální frekvence byla mezi 60 a 70 tepy za minutu. Čili tomuto pacientovi jsme přidali ivabradin

v dávce 2x 5 mg a titrovali do dávky 2x 7,5 mg. Pacient se zlepšil na funkční klasifikaci NYHA II a došlo k navýšení ejekční frakce levé komory na 45 procent.“

Zlepšení klinického stavu pacienta demonstroval primář Novák na echokardiogramu při jedné z posledních kontrol. Dokladem je zlepšená ejekční frakce levé komory, zlepšení echokardiografických parametrů i diastolické dysfunkce. Uvedl dále, že zde pak můžeme jednoduše měřit srdeční výdej pomocí časově rychlostního integrálu z výtokového traktu levé komory, při relativně malém poklesu srdeční frekvence a nápadného zvýšení srdečního výdeje pomocí dopplerovského signálu v LVOT, čehož bylo dosaženo právě pomocí časného přidání ivabradinu. „Dá se říct, že tím jsme prakticky doložili data ze studie SHIFT. Zásadní, čeho musíme docílit, je optimalizovat léčbu tak, aby se upravila diastolická srdeční funkce. A pak pacienta můžeme nutit, aby dodržoval režimová opatření, hlavně rehabilitaci, a začal se pohybovat ve svém optimálním režimu. Podobně jako onkologičtí pacienti jsou i tito lidé k léčbě velmi motivováni, vědí, že ‚mají smrt na jazyku‘, a proto ideálně spolupracují, což se pak velice úspěšně může odrážet v další léčbě a osudu nemocných.“

● Poslední kazuistikou primář Novák demonstroval, co se může stát, když si pacient zkusí, co se bude dít, když medikaci zcela vysadí. Pacient si při návštěvě ambulance stěžoval, že na tom není dobře, protože uplave jenom 80 metrů, zatímco předtím uplavil 1500 metrů. Vysazení kompletní medikace se samozřejmě odrazilo i na zvýšení hodnoty srdeční frekvence a zvýšené dušnosti pacienta.

Závěrem přednášející své sdělení shrnul: „V první fázi srdeční slabosti kombinujeme – titrujeme diuretikum a ACE inhibitor, abychom docílili optimální vyšší dávky ACEI. Ve druhé fázi, kdy ejekční frakce je snížena na 35 procent a přetrvává relativní tachykardie, vůči sobě titrujeme betablokátor a ivabradin tak, abychom dosáhli klidové srdeční frekvence 60 za minutu, optimalizovali srdeční výkon a hlavně *stroke volume*. Žádný z uvedených pacientů dosud nebyl rehospitalizován kvůli dekompenzaci srdečního selhání a nadále všichni zůstávají léčeni v kardiologické ambulanci. Lze konstatovat, že všichni tito pacienti se dostali do kategorie nemocných se zlepšenou ejekční frakcí, s nadějnou prognózou, a toho jsme chtěli dosáhnout.“

# Od první multiviscerální transplantace **uplynul rok**

Přesně před rokem provedl Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) vůbec první multiviscerální transplantaci v České republice, potažmo střední a východní Evropě. Tehdy šedesátiletému pacientovi transplantovali lékaři při této operaci 5 orgánů najednou, a to včetně tenkého střeva.

**Z**árok trval více než 10 hodin. Vůbec poprvé při něm navíc lékaři transplantovali tenké střevo. Dnes, rok po náročném výkonu, se pacienti daří výborně, dochází do IKEM na pravidelné kontroly a postupně se vrací do normálního života.

## V poslední chvíli

Šedesátiletému muži diagnostikovali lékaři před 6 lety cirhózu jater, kterou zapříčinilo autoimunitní onemocnění. Před 3 lety se začal jeho stav rapidně zhoršovat. Několikrát týdně musel navíc do nemocnice, kde mu vždy několik hodin odebírali z břišní dutiny tekutinu. V posledním roce se jeho zdravotní stav natolik zhoršil, že byl navr-

žen jako kandidát transplantace jater. Z následujících vyšetření ovšem vyplynulo, že ta samotná nemůže jeho stav vyřešit. Proto lékaři rozhodli o zařazení k tzv. multiviscerální transplantaci. Pacientovi tehdy zbývalo několik měsíců života.

Trvalo týdny, než se našel vhodný dárc. Náročný byl již samotný odběr orgánů od zemřelého dárc, který rovněž do té doby nebyl nikdy v Česku proveden. Následovala několikahodinová transplantace. „V první části transplantace bylo nejprve nutné odstranit všechny orgány dutiny břišní, zde jsme nakonec ponechali pouze ledviny a část tlustého střeva. V druhé části operace jsme pacientovi transplantovali žalu-

dek, slinivku s dvanáctníkem, slezinu, játra a tenké střevo. Zárok trval celkem 10 hodin, složitost výkonu vyplývala z celkově těžkého stavu pacienta. Výkon musel být proveden co nejrychleji, abychom zabránili poškození odebraných orgánů „studenou ischemií“, současně bylo nutné postupovat velmi opatrně, abychom pacienta neohrozili vykrvácením během operace. Dutinu břišní jsme následně ponechali jen provizorně uzavřenou, pacienta v umělé spánku. Dva dny po první operaci jsme tak mohli na sále zkontrolovat vitalitu všech transplantovaných orgánů,“ říká přednosta Kliniky transplantací chirurgie doc. MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., FRCS.

## Výjimečné zákroky

Dnes, rok po výkonu, může pacient slavit pomyslné „druhé narozeniny“. Jen díky tomuto, do té doby v Česku neprovedenému zákroku, žije. „Zrovna o víkend jsme měli doma oslavu, dokonce jsem měl i malý dort se svíčkou. Ještě loni bych ani nevěřil, že mi bude tak dobře. Teď se už těším na svátky s rodinou a taky na vánoční večeri, letos mám totiž od lékařů dovolený dokonce i salát s kaprem, prý si mám jen dávat pozor na kosti,“ říká se smíchem muž. Náklady na multiviscerální transplantaci jsou vzhledem k náročnosti a složitosti výkonu a také dlouhé rekonvalescenci relativně vysoké. „Institut kli-

Foto: archiv



nické a experimentální medicíny se na tento zárok a spuštění programu transplantací tenkého střeva připravoval několik let, proto se nám podařilo vyjednat s VZP spolufinancování. Prvních 5 milionů korun dávají oni, cokoliv nad tuto částku hradíme z našeho rozpočtu. V IKEM chceme i do budoucna provádět jen jednotky takovýchto transplantací ročně, pouze v případech, že nebude existovat pro daného pacienta jiné řešení. Takto jsme transplantovali tenké střevo už dalším dvěma pacientům, jeden je nyní aktuálně zařazen na čekací listině,“ uzavírá ředitel Institutu klinické a experimentální medicíny MUDr. Aleš Herman, Ph.D. (red)

## NutritionDay proběhl i v českých nemocnicích

Ve čtvrtek 19. listopadu se stovky zdravotnických pracovišť na celém světě zapojily do mezinárodního projektu NutritionDay 2015. Tento den proběhl sběr dat na lůžkových odděleních nemocnic a domovech pro seniory. Získané informace budou následně využity pro zhodnocení úrovně nutriční péče, kterou zařízení poskytují svým pacientům a klientům.

Do nutričního auditu se v letošním roce zapojilo i nejméně sto zdravotnických zařízení z České republiky. Partnerem projektu NutritionDay je Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče ČLS JEP, Asociace výrobců klinické výživy a Česká onkologická společnost ČLS JEP.

## Ohrožení základní terapie

Důvody, proč Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče ČLS JEP (SKVIMP) mobilizovala letos nemocnice k účasti v nutričním auditu, vysvětluje předseda SKVIMP doc. MUDr. Pavel Těšínský: „Známe data na evropské úrovni, ale chybí nám aktuální lokální data o výskytu podvýživy v českých nemocnicích. Můžeme je získat z tohoto nutričního auditu. Výsledky využijeme i v realizaci evropského

programu Optimální nutriční péče pro všechny (Optimal Nutrition Care for All), ke kterému se naše republika přihlásila v říjnu na konferenci v Berlíně. Jeho hlavním cílem je vytvořit podmínky pro prevenci a léčbu podvýživy v populaci a zejména podvýživy ve stáří a nemoci.“

Nedostatečná výživa je závažným problémem, který se týká všech skupin pacientů, zejména pak dlouhodobě hospitalizovaných nemocných, seniorů a pacientů s onkologickým onemocněním. U všech těchto skupin podvýživa snižuje šanci na uzdravení a vede k zvýšenému výskytu komplikací a ke ztrátě soběstačnosti. Podvýživa a nedostatečná výživová podpora výrazně snižuje, až zcela ruší, často i velmi nákladnou terapii základního onemocnění. Nedostatečnou výživou také stou-

pá procento nemocných závislých na cizí pomoci. To vše v konečném důsledku zhoršuje úroveň hospitalizační péče a neúměrně zvyšuje léčebné náklady.

NutritionDay je mezinárodní audit nutriční péče zaměřený na sledování, zhodnocení a zlepšování stavu výživy pacientů a klientů, kterého se každoročně v listopadu účastní oddělení nemocnic (bez rozdílu specializace), domovy seniorů a LDN. Umožňuje objektivní zhodnocení stavu poskytované nutriční péče a srovnání s podobnými zařízeními i jinde ve světě. Koordinační centrum sídlí ve Vídni. Cílem projektu je zlepšovat znalosti a povědomí o podvýživě v zdravotnických a pečovatelských zařízeních a celkově zvyšovat kvalitu nutriční péče.

Více informací naleznete na:

[www.nutritionday.org](http://www.nutritionday.org)

(red)

## Vliv multitaskingu na inteligenci

Neurovědec Daniel Levitin z kanadské McGillovy univerzity v článku zveřejněném v listu Guardian píše, že multitaskingem se stáváme méně výkonní a že vyčerpává mozkové funkce.

„Děláme práci deseti různých osob, přitom se snažíme udržet krok s naším životem, dětmi a rodiči, přáteli, kariérou, zálibami a oblíbenými televizními pořady,“ píše Daniel Levitin. „Přestože se domníváme, že děláme několik věcí zároveň, je to jen iluze. Když si lidé myslí, že dělají multitasking, ve skutečnosti jen velmi rychle přecházejí od jednoho úkolu ke druhému. To se však děje na úkor našich poznávacích funkcí. Když si myslíme, že plníme zároveň několik funkcí, stáváme se méně výkonnými,“ uvádí vědec. Četné studie ukázaly, že multitasking zvyšuje produkci hormonů kortizolu a adrenalinu, které mohou nadměrně stimulovat mozek a vyvolat jeho zamlžení nebo chrobné myšlenky. „Multitasking vytváří bludný kruh závislosti na dopaminu a to vede k tomu, že mozek ztrácí schopnost soustředění a hledá vnější stimuly. Oblast mozku, kterou potřebujeme k tomu, abychom se na daný úkol plně soustředili, se

snadno naruší,“ vysvětluje Daniel Levitin.

Glenn Wilson z londýnského Gresham College používá termínu infomanie. Jeho výzkum ukázal, že v situaci, kdy se člověk snaží soustředit na nějaký úkol a zároveň mu přichází e-mail, může klesnout jeho inteligenční kvocient (IQ) o 10 bodů.

Russ Poldrack z americké Stanfordovy univerzity zjistil, že při procesu učení, při němž dochází k multitaskingu, směřují nové informace do špatné části mozku. „Jestliže se student učí a zároveň se dívá na televizi, pak získané informace směřují do striata, oblasti mozku specializované na zapamatování nových procedur a schopností, nikoli však faktů a myšlenek. Při učení bez zapnuté televize směřují informace do hippokampu, kde jsou uspořádány a klasifikovány,“ uvádí. „Lidé nemohou dost dobře dělat multitasking, a jestliže to tvrdí, klamou sami sebe,“ je přesvědčen Earl Miller z Massachusettského technologického institutu. (ČTK, red)



## ODBORNÉ AKCE

# Gaucher a Fabry – častější, než si myslíte

V rámci XXII. kongresu České internistické společnosti ČLS JEP proběhlo sympozium společnosti sanofi-aventis, s. r. o., zaměřené na problematiku dvou relativně častých lyzozomálních stádavých onemocnění – Fabryho a Gaucherovy choroby. Přednášející se zaměřili na aktuální trendy v diagnostice a léčbě obou onemocnění a podtrhli význam jejich časného záchytu.

### Gaucherova nemoc

MUDr. Libor Červínek z Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno obrátil pozornost účastníků sympozia k příznakům a především důsledkům neléčené Gaucherovy nemoci. Gaucherova nemoc je autozomálně recesivní porucha způsobená nedostatečnou aktivitou lyzozomálního enzymu beta-glukosidázy, která vede k postupné akumulaci glukosylceramidů, zejména v makrofágích. Tyto makrofágy s nastřádanými lipidy (nazývané jako Gaucherovy buňky) se akumulují v kostní dřeni a slezině, což má za následek závažné viscerální, hematologické a kosterní projevy (osteoporóza, osteonekróza a patologické fraktury).

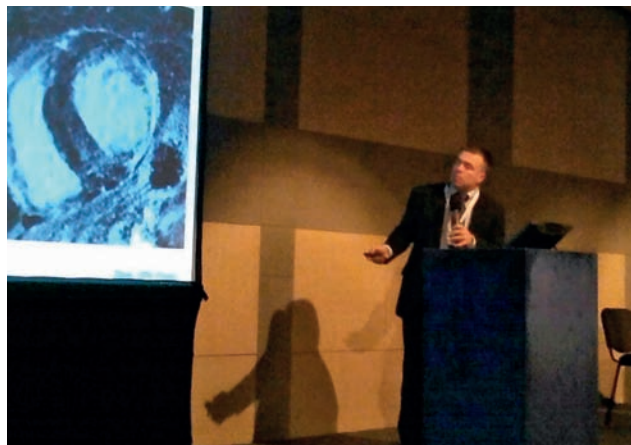
Rané příznaky Gaucherovy nemoci se obvykle projeví hematologickými poruchami, jako je splenomegalie, anemie, trombocytopenie a zvýšená krvácivost. Onemocnění provází únava, bolesti břicha, bolesti kostí, pro dětský věk je charakteristická růstová retardace a opožděný nástup puberty. „S pacientem trpícím Gaucherovou nemocí se mohou setkat internisté, gastroenterologové, gynekologové, stomatologové, revmatologové i další specialisté. Pacient si bude stěžovat na snadnou tvorbu modřin, typická je u něj také zvýšená krvácivost po extrakci

zubů, u dívek pak prolongovaná menstruace,“ uvedl MUDr. Červínek.

Onemocnění má onkohematologické aspekty, je zde riziko vyššího výskytu některých hematologických nádorů. V rámci diferenciální diagnózy je proto třeba vyloučit hematooonkologická onemocnění – lymfomy, chronickou myeloidní leukemii či primární myelofibrózu – a také jaterní postižení. Důležité je vědět, že pacienti s Gaucherovou nemocí nemají poruchu intelektu ani faciální dysmorfii.

### Myslet na tuto diagnózu

Diagnostiku onemocnění lze potvrdit identifikací Gaucherovy buňky z cytohistologického vyšetření kostní dřene nebo z krevního vyšetření pomocí enzymatického testu. Klíčovou roli v diagnostice Gaucherovy nemoci má podle průzkumů hematolog či onkolog, neboť bylo potvrzeno, že 86 % pacientů navštíví se svými potížemi právě některého z těchto specialistů. „Opožděná diagnóza u Gaucherovy nemoci je časté, mezi počátečními symptomy a stanovením správné diagnózy může uběhnout 4 až 10 let. Pacient za tuto dobu navštíví v průměru 8 specialistů, nemoc obvykle odhalí hematolog, ale i on tuto diagnózu zvažuje až na pátém místě. Na možnost Gaucherovy nemoci by



Profesor Aleš Linhart | Foto: Andrea Skálová

přítom měl pomyslet každý lékař, který u pacienta zjistí splenomegalii, nižší hemoglobin, trombocytopenii a další hematologické abnormality, eventuálně patologické fraktury,“ upozornil přednášející.

Léčebným standardem je substituční enzymatická terapie, eventuálně se využívá substrát redukční terapie, léčba chaperony, někteří pacienti mohou profitovat také z transplantace kostní dřene, symptomaticky se léčí postižení skeletu. „Důležitá je i prenatalní diagnostika v rodinách, kde se Gaucherova nemoc vyskytla,“ připomenul MUDr. Červínek.

### Fabryho nemoc

Úskalí diagnostiky vzácných genetických onemocnění, konkrétně Fabryho choroby, přiblížil v dalším příspěvku prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., z II. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Na klinickém případu jednoho ze svých pacientů ukázal, jak obtížné bývá dospět včas ke správné diagnóze tohoto, zdaleka ne tak vzácného, onemocnění. Uvedenému pacientovi byla zprvu diagnostikována hypertrofická kardiomyopatie, pro kterou byl optimálně zalečen a byl mu zaveden kardioverter-defibrilátor. Později byl pacient v důsledku pokročilého srdečního postižení opakovaně hospitalizován

závažné postižení, avšak u většiny z nich se rozvine symptomatologie Fabryho choroby, a je proto třeba na tuto diagnózu myslet,“ uvedl přednášející.

### Klíčové je léčit včas

Fabryho choroba má typickou podobu – objevuje se u chlapců v dětství, mezi její hlavní příznaky patří záchvatovitě bolestivé krize, akroparestezie, hypohidróza, zakalení rohovky a čočky, opakující se horečky a intolerance tepla a chladu, v dospívání se přidávají gastrointestinální obtíže, progredující únava a angiokeratomy. „V dospělosti se pak objevuje známé smrtící trias: hypertrofická kardiomyopatie, mikroalbuminurie a protein albuminurie, které vedou k selhání ledvin, a předčasně cévní mozkové příhody lokalizované zejména v oblasti baze lební,“ připomenul prof. Linhart a doplnil, že všichni dospělí pacienti s izolovanou hypertrofickou kardiomyopatií by měli být vyšetřeni na Fabryho chorobu. Diferenciálně diagnosticky je třeba vyloučit revmatoidní či juvenilní artritidu, revmatickou horečku, Raynaudův syndrom, roztroušenou sklerózu a systémové kolagenózy.

Nadějí pro pacienty s Fabryho chorobou je enzymatická substituční léčba. K dispozici jsou dva preparáty – agalsidáza beta a agalsidáza alfa, které se podávají 1x za 14 dní v infuzi. Zásadní však je, aby byli pacienti léčeni včas. „Pokud jsou pacienti s Fabryho chorobou léčeni pozdě, než se už nic moc dělat. Jakmile je zde přítomna srdeční fibróza či postižení ledvin, dochází k další progresi onemocnění. Stejně tak nepříznivý je stav po proběhlé mozkové příhodě,“ vyzdvihl profesor Linhart.

### Diagnostika ze suché krevní kapky

Jednou z možností jak snadno a rychle otestovat v ambulanci pacienta s příznaky, které by mohly svědčit pro diagnózu Gaucherovy nebo Fabryho nemoci, je metoda suché krevní kapky. Blíže o ní informoval Mgr. Václav Kůda ze společnosti sanofi-aventis. Více se lze o metodě dozvědět na stránkách [www.spravna-diagnoza.cz](http://www.spravna-diagnoza.cz), kde je možné objednat i diagnostický test pro potvrzení či vyloučení těchto vzácných onemocnění.

Z bezpečnostních důvodů je přístup na tyto stránky chráněn uživatelským jménem a heslem (spravna/diagnoza).

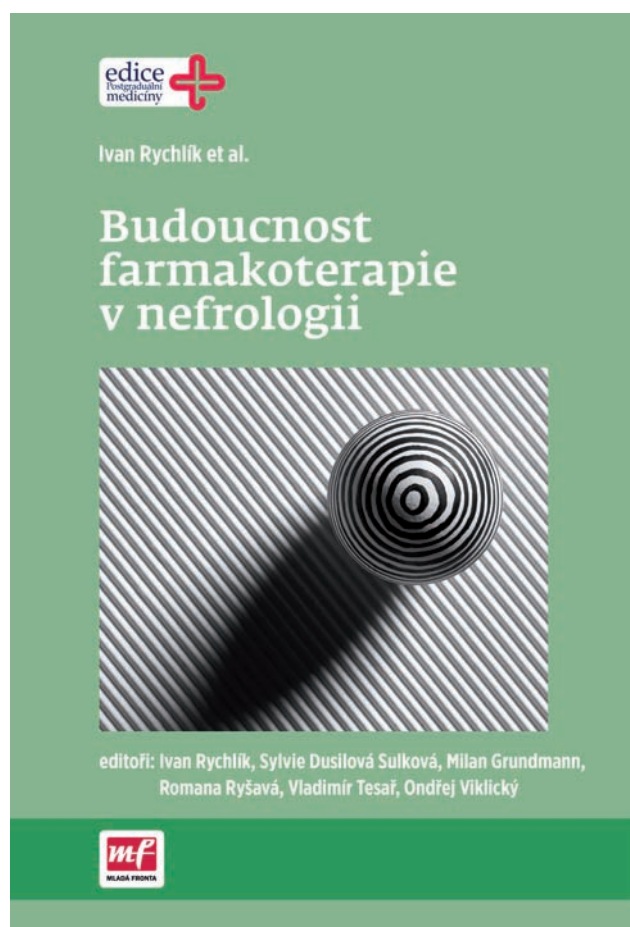
MUDr. Andrea Skálová



MUDr. Libor Červínek | Foto: Andrea Skálová

Představujeme publikaci

# Budoucnost farmakoterapie v nefrologii



Monografie vychází z přednášek Brodových dnů 2015 České nefrologické společnosti. První blok je věnován obecným principům farmakoterapie, farmakogenetiky, farmakokinetiky a farmakodynamiky. V dalších blocích se autoři zabývají specifiky léčby pacientů v pravidelném dialyzačním léčení, renální anemií z pohledu nových patofyziologických poznatků, je uvedeno využití moderních laboratorních metod v diagnostice a monitoraci renální anemie a přehled nových terapeutických možností. Dále je probrána léčba novými perorálními antidiabetiky u nefrologických nemocných. Poslední dva bloky jsou věnovány léčbě monoklonálními protilátkami u vybraných chorob jak v klinické nefrologii, tak v transplantační medicíně. Kniha je určena široké odborné obci specialistů – nefrologů, diabetologů, internistů, ale i praktických lékařů a všech, kteří se podílejí na péči o pacienty s chorobami ledvin.

**Autoři: Ivan Rychlík et al.**

**Doporučená cena 528 Kč**

Při objednání na **knihy.cz** sleva 20%

**MEDICAL SERVICES**

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

**wfp**  
MLADÁ FRONTA



## ODBORNÉ AKCE

# Lékaři diskutovali v Praze

## o významu homeopatické léčby v pediatrii

V Praze proběhl ve dnech 20.–21. listopadu 4. mezinárodní kongres CEDH, organizovaný Centrem pro vzdělávání a rozvoj homeopatie. Akce, jíž se účastnilo zhruba 400 lékařů z 16 zemí, se zaměřila na téma „Homeopatie a dítě“. Hlavním cílem kongresu bylo poukázat na místo homeopatie coby doprovodné terapie při běžných, ale i závažných dětských onemocněních. Záštitu nad kongresem udělil místopředseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny PČR MUDr. David Kasal.

Centrum pro vzdělávání a rozvoj homeopatie (CEDH) je mezinárodní škola se sídlem ve Francii, poskytuje vzdělávání v homeopatii. Od roku 1972, kdy byla založena, absolvovalo její vzdělávací program téměř milion odborníků z celého světa a jen v roce 2014 vyškolila více než 1000 lékařů ve Francii a 1000 lékařů v ostatních zemích. Škola udržuje partnerské vztahy s více než 10 lékařskými a farmaceutickými fakultami nejen ve Francii, ale i ve světě (Tunisko, Rumunsko, Španělsko, Maďarsko), v budoucnu by se součástí projektu vzdělávání měly stát i země jako Indie, Brazílie či Kolumbie.

„CEDH poskytuje odborníkům moderní a vysoce kvalitní vzdělávání, jehož součástí je osobní přístup, v poslední době umožňujeme zájemcům o homeopatickou léčbu také studium formou e-learningu. Usilujeme o to, aby se homeopatie coby léčebná metoda stala běžnou součástí terapeutických postupů současné medicíny, stejně jako psychoterapie nebo chirurgie,“ uvedl ředitel CEDH dr. Antoine Demonceaux.

Zároveň zdůraznil, že s ohledem na zachování kvality léčebné péče škola vzdělává pouze lékaře a farmaceuty.

### Homeopatie v pediatrii

Mezi lékaře nejčastěji předepisující homeopatii patří pediatrii a rodinní lékaři, největší procento pacientů užívajících homeopatické léky pak představují děti. Důvodem je zejména šetrnost a bezpečnost této komplementární léčebné metody. To je také důvodem, proč se letošní kongres zaměřil právě na oblast pediatrické homeopatické léčby. Přednášející prezentovali své zkušenosti s touto léčbou u dětí a předali poselství o tom, že homeopatii lze využít nejen při běžných dětských onemocněních, ale i podřídně u závažných a chronických patologií.

U řady patologických stavů homeopatie zlepšuje kvalitu života pacientů, zmírňuje symptomatologii, snižuje spotřebu alopatických léků, mnohdy zkracuje délku trvání nemoci a zlepšuje její průběh. „Z naší pediatrické praxe známe případy, kdy děti v zimním

období užívají i několikrát antibiotika. To není dobré ani pro dítě, ani s ohledem na nárůst preskripce antimikrobiální léčby a stoupající antibiotickou rezistenci. Homeopatie může mimo jiné redukovat potřebu preskripce antibiotik,“ uvedl dr. Demonceaux.

### I pro závažnější onemocnění

Onemocnění z ORL oblasti, pneumologie, dermatologie či alergologie patří asi k nejčastějším indikacím homeopatik, lékaři-homeopate se však snaží začlenit homeopatický přístup i do těžších patologií. Dobré zkušenosti s podpůrnou homeopatickou léčbou jsou u pacientů s bolestmi, ať už se jedná o sportovní medicínu, revmatologii či oblast onkologie. U onkologických pacientů pomáhá homeopatie zvládat vedlejší účinky chemo- a radioterapie. V rámci kongresu dále diskutovali odborníci o tom, jaké místo zaujímá homeopatie v oborech, jako je neurologie, endokrinologie, revmatologie či resuscitace, a prezentovali zajímavé kauzistiky a studie ze svých oborů. Z pestrého programu jmenujme přednášku hodnotící efekt homeo-

## Homeopatie v číslech

### V České republice:

- 2000 lékařů používá homeopatické léky ve své každodenní praxi,
- 1/3 Čechů již někdy používala homeopatické léky pro sebe či pro své příbuzné,
- 72 % Čechů sdílí názor, že je homeopatie účinná.

### Ve Francii:

- 61 % praktických lékařů používá homeopatické léky při léčbě svých pacientů,
- 56 % Francouzů používá homeopatické léky,
- 22 000 lékáren ve Francii a 400 nemocnic vydává homeopatické léky.

### Ve světě:

- 400 tisíc odborníků ve zdravotnictví předepisuje homeopatické léky,
- 53 % Poláků, 44 % Belgičanů a 32 % Španělů užívá homeopatické léky.

patie v léčbě Crohnovy nemoci (dr. Saillard, Francie), prezentovanou studií prokazující příznivý účinek homeopatie u autistických dětí (dr. Arjounová, Tunisko), představení průběhu klinických případů se závažnou patologií českými lékařkami (MUDr. Formánková, MUDr. Koželuhová, MUDr. Váňová), přednášku věnující se léčbě tiků a hyperaktivity u dětí (dr. Földi, Maďarsko) či sdělení zaměřené na zkušenosti s homeopatickým a psychoterapeutickým doprovázením dětí s onkologickým onemocněním (dr. Limam, Tunisko). Jako zásadní přítom přednášející vyzdvihli potřebu individuálního přístupu k pacientovi i multioborové spolupráce.

### Odpovědnost výrobce

Účastníci z řad médií byli seznámeni také s procesem výroby ho-

meopatických léků. O kvalitě vyráběných homeopatických léčiv ujistila přítomná generální ředitelka Laboratoří Boiron Valérie Poinsová. Tato společnost je největším výrobcem homeopatických přípravků – obchoduje s více než 200 léky v 60 zemích světa. „Náš výrobní systém umožňuje propojit tradiční výrobu homeopatických léčiv s moderními technologiemi. Velká důležitost je přikládána jak výběru původních surovin – například rostliny se sklízí v jejich přirozeném prostředí v dostupné vzdálenosti od výrobních závodů, dále dbáme na to, aby neobsahovaly pesticidy a kovy – tak jejich zpracování. Na kvalitu výroby u nás dohlíží 60 zaměstnanců a ročně provádíme 30 000 kontrol,“ řekla Valérie Poinsová.

MUDr. Andrea Skálová

## Zeptali jsme se dr. Demonceaux

Myslíte, že se podaří objasnit mechanismus účinku homeopatie v rámci medicíny založené na důkazech? A je to podle vás důležité? Podle mě není tak důležité vědět, jak to funguje,



ale že to funguje. Lékaři předepisující homeopatii tuto zkušenost mají a vědí, že funguje. Samozřejmě, že se vědecké týmy na celém světě zabývají výzkumem s cílem objasnit mechanismus účinku homeopatických léků. Pro nízká ředění už byly přineseny účinnostní důkazy. Co nám ale dělá problém, jsou ředění vysoká. V současnosti se na to díváme tak, že homeopatikum je informační lék. Můžete si to představit jako rádiový signál vaší oblíbené

rádiové stanice. Abyste si ji mohla poslechnout, potřebujete rádiový přijímač, frekvenci a naladění na tuto frekvenci. S homeopatií je to podobné. Máme informaci, kterou prostřednictvím homeopatického léku vkládáme do organismu, a on na to reaguje. A máme výsledky. Říct, že homeopatie nefunguje, je jako říct, že vám nehraje rádio – protože jste ho nenaladila. Mimořádně, profesor Montagnier, nositel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství, ve vztahu k homeopatii prohlásil, že „všichni postupně přejdou k této citlivosti a individualizaci léčby“, neboť „současná medicína používá sbíječku, aby se dostala k bleše“

## Zeptali jsme se Valérie Poinsovové

V České republice existuje mnoho odborníků, kteří se staví vůči homeopatii skepticky a jako součást léčebné péče ji odmítají. Jaká je vaše zkušenost se skeptiky? Se skeptiky se setkávám



ve všech zemích. My se je ale nesnažíme přesvědčit o účinnosti homeopatie, místo toho se zaměřujeme na lékaře, kteří nás potřebují. Samozřejmě jejich argumentům nasloucháme a stejně jako oni bychom rádi znali tajemství mechanismu účinku homeopatik. Pokud totiž budeme znát tento mechanismus, můžeme zlep-

šit kvalitu výroby i účinnost homeopatických léků. Co může zmírnit skepsi spojenou s homeopatickou léčbou, je osobní zkušenost s ní. Často je třeba trpělivě čekat. Byla jsem svědkem toho, kdy významný onkolog, vyhraněně skeptický vůči homeopatii, změnil názor na tuto léčbu. Stalo se to poté, co ho pacientka s mezoteliomem přesvědčila, že jí nezabrala žádná předemájejší argumentum nasloucháme a stejně jako oni bychom rádi znali tajemství mechanismu účinku homeopatik. Pokud totiž budeme znát tento mechanismus, můžeme zlep-

šit kvalitu výroby i účinnost homeopatických léků. Co může zmírnit skepsi spojenou s homeopatickou léčbou, je osobní zkušenost s ní. Často je třeba trpělivě čekat. Byla jsem svědkem toho, kdy významný onkolog, vyhraněně skeptický vůči homeopatii, změnil názor na tuto léčbu. Stalo se to poté, co ho pacientka s mezoteliomem přesvědčila, že jí nezabrala žádná předemájejší argumentum nasloucháme a stejně jako oni bychom rádi znali tajemství mechanismu účinku homeopatik. Pokud totiž budeme znát tento mechanismus, můžeme zlep-

v lepší světlo, a změnit úhel pohledu na tuto prozatím experimentální léčebnou metodu. Vůči odpůrcům také argumentujeme tím, že pokud můžeme pomoci homeopatie stav pacienta zlepšit, proč se této možnosti vyhýbat? Bohužel zde chybí rovnocenný přístup k alopatické a homeopatické léčbě. Zatímco v případě alopatie se předepíše jiný lék, pokud předchází nefunguje, u homeopatického léku se paušálně řekne, že nefunguje homeopatie. To by se mělo změnit. Chtěla bych také připomenout, že řadu věcí jsme používali dříve, než jsme znali mechanismus fungování. Příkladem může být aspirin nebo elektřina.

# Analýza dat z klinické praxe potvrdila **bezpečnost a účinnost přípravku dabigatran etexilátu**

Nemocnice Brigham and Women's v americkém Bostonu a společnost Boehringer Ingelheim oznámily výsledky nové prozatímní analýzy dlouhodobé studie, která zkoumá bezpečnost a účinnost dabigatran-etexilátu (Pradaxa) ve srovnání s warfarinem v běžné klinické praxi.

**D**ata z této souhrnné analýzy dat dvou velkých amerických zdravotních pojišťoven ukázala, že pacienti s nevalulární fibrilací síní (FS), kteří byli léčeni dabigatran-etexilátem, měli nižší počet CMP a závažných krvácení než pacienti, kteří byli léčeni warfarinem. Tyto výsledky byly prezentovány na listopadovém výročním setkání Americké kardiologické společnosti (American Heart Association) v Orlandu.

„Kromě dat z klinických studií existuje množství cenných informací v databázích zdravotních pojišťoven, které představují skvělou možnost jak zlepšovat naše znalosti o užívání perorálních antikoagulancií a jejich přínosu pro pacienty,“ řekl hlavní řešitel studie PharmDr. John See-

ger, PhD., z oddělení medicíny v nemocnici Brigham and Women's a přednášející na Harvard Medical School. „Tato data z reálného prostředí dodatečně potvrzují bezpečnost a účinnost dabigatranu v běžné klinické praxi a jsou v souladu s výsledky předcházející klinické studie RE-LY.“

## **26% snížení rizika závažných krvácení**

Analýza primárně sledovala dva ukazatele: CMP a závažná krvácení u pacientů užívajících dabigatran nebo warfarin. Data byla sbírána déle než 32 měsíců od 44 672 pacientů s fibrilací síní (léčbu dabigatranem či warfarinem zahájilo 22 336 pacientů, kteří byli párováni dle propenzitního skóre) v databázích dvou zdravotních pojišťoven — Truven Market-

Scan (18 276 pacientů na skupinu) a Optum Clinformatics (4060 pacientů na skupinu). Bylo zjištěno 65 CMP u pacientů léčených dabigatranem (incidence 0,73 na 100 pacientoroků) a 78 CMP u pacientů léčených warfarinem (incidence 1,08 na 100 pacientoroků). To představuje 28% snížení rizika CMP u dabigatran-etexilátu ve srovnání s warfarinem (HR 0,72; 95 % CI 0,52-1,00). Dále bylo zaznamenáno 395 závažných krvácení u pacientů léčených dabigatranem (incidence 4,47 na 100 pacientoroků) ve srovnání s 459 případy u pacientů léčených warfarinem (incidence 6,42 na 100 pacientoroků). To představuje 26% snížení rizika závažných krvácení u dabigatranu ve srovnání s warfarinem (HR 0,74; 95 % CI 0,64-0,84). U pacientů léče-

ných dabigatran-etexilátem dále zaznamenali 238 případů závažných gastrointestinálních krvácení (incidence 2,69 na 100 pacientoroků) oproti 213 případům u pacientů léčených warfarinem (incidence 2,97 na 100 pacientoroků; HR 0,95; 95 % CI 0,79-1,14). „Tímto dlouhodobým studijním programem ve spolupráci s nemocnicí Brigham and Women's se snažíme rozšířit povědomí a porozumění reálných zkušeností s novými perorálními antikoagulancií (NOACs) a jejich dopadu na snížení rizika CMP, které zůstávají závažným problémem veřejného zdravotnictví,“ řekl viceprezident terapeutické kardiologické divize oddělení medicíny společnosti Boehringer Ingelheim prof. Jörg Kreuzer a dodal: „Tato data přispívají k do-



Ilustrační foto: Shutterstock

savadním robustním celosvětovým důkazům a potvrzují kvalitu dabigatran-etexilátu v reálném prostředí, který je nejen prvním NOAC, jež prokázalo významné snížení rizika CMP versus warfarin u pacientů s FS, ale zároveň i prvním NOAC se specifickou reverzní látkou.“ (akt)

Inzerce M151000877

## **FORTES FORTUNA ADIUVAT!**

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

My máme Know-How o médiích, které čtou Vaši finančně silní pacienti v zahraničí (např. Německo, Rakousko, Švýcarsko, Holandsko, Saúdská Arábie, Rusko, atd).

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

Prosím kontaktujte nás mailem: [vienna@publicitas.com](mailto:vienna@publicitas.com).

**publicitas**

O nás: Publicitas je exkluzivní reprezentant globálně vedoucích médií v tisku a online. S námi zjednodušíte Vaše mediální plánování a nákup médií na mezinárodní úrovni účinně a efektivně. S pomocí naší sítě a našich rozsáhlých odborných znalostí, je Publicitas Austria první adresou pro inzerty a agentury po celém světě v **plánování, vyjednávání a umístění kampaně**. Pro více informací navštivte naše webové stránky [www.publicitas.at](http://www.publicitas.at).



## AKTUALITY

# Pojištění profesní odpovědnosti lékařů **nabývá na významu**

Od 1. ledna 2014 je účinný nový občanský zákoník, který posílil postavení pacienta při žádosti o náhradu škody za újmu utrpěnou při poskytování lékařské péče. Největší změnou je výše nároku na odškodnění, která se začíná přibližovat západní Evropě.

Význam a aktuálnost pojištění profesní odpovědnosti lékařů (PPOL) stoupá. PPOL funguje jako ochrana lékaře před, v některých případech i existenční, finanční újmou, přičemž vzrostl od minulého roku v souvislosti s účinností nového občanského zákoníku. Ten dává poškozenému větší možnosti při odškodnění za újmu, která mu byla způsobena.

## Pacienti uplatňují svá práva

Mezi českými pacienty nebylo do nedávna zvykem říci si o odškodnění v případech, kdy jim při poskytnutí lékařské péče byla způsobena újma, a vstoupit tak do sporu s lékařem či nemocnicí. Jiná je situace v západní Evropě, kde si pacienti častěji nárokují náhradu újmy. „Můžeme pozorovat významný nárůst míry uplatnění nároku poškozeného v ČR, a to především v posledních dvou letech v souvislosti s novým občanským zákoníkem. Nejzásadnější změnou, kterou přinesl, je

výše nároku na odškodnění. Ta se začíná přibližovat tomu, co jsme doposud viděli v západní Evropě. V některých případech dokonce náš občanský zákoník chrání pacienta více než například německá legislativa,“ říká Halina Trsková, obchodní a marketingová ředitelka Pojišťovny VZP.

Stěžejním právním předpisem je zde zákon č. 89/2012 Sb., známý jako nový občanský zákoník. Právo pacienta na lékařskou péči na úrovni odpovídající nejvyššímu dosaženému vědeckému poznání je zakotveno i v Listině základních práv a svobod nebo v zákonu o zdravotních službách. Nový občanský zákoník řeší nejenom otázku odpovědnosti za způsobenou újmu a její náhradu, ale také pojištění samotné. Trestní zákoník pak umožňuje proti žalované straně (lékaři), zahájit trestněprávní řízení. To však zpravidla náhradu újmy nezahrmuje a poškozený musí vstoupit do občanskoprávního řízení.

Co se týče vyplácení náhrady škody,

pojišťovna se vždy snaží o dohodu mezi lékařem a pacientem. Případ lze uzavřít smírem a rychleji. Většina případů však končí u soudu. Ten na základě znaleckých posudků a svědectví rozhoduje o povinnosti nahradit způsobenou újmu, zejména o její výši.

## Pojištění profesní odpovědnosti

Co by měl lékař vědět, chce-li být účinně chráněn před možnou finanční újmou? „Lékař by si měl sjednat pojištění s dostatečným limitem plnění. Mnozí lékaři jsou pojištěni na limit 1 nebo 2 miliony korun, to však nezřídka na krytí škody nestačí. My doporučujeme minimální limit 10 milionů korun a více. Další důležitou položkou je tzv. nemajetková újma při zásahu do práva na ochranu osobnosti, kterou ještě stále mnoho pojištětek neobsahuje. Při přechodu z jedné pojišťovny do druhé je důležité se zaměřit na rozsah a délku retroaktivního krytí, aby nedošlo ze strany nového pojistitele k za-

mitnutí škody, která měla příčinu v minulosti, resp. před sjednáním smlouvy u nového pojistitele,“ vysvětluje Tomáš Urban, vedoucí oddělení pojištění podnikatelských rizik Pojišťovny VZP.

PVZP, jako dceřiná společnost VZP, nabízí lékařům kvalitní pojištění doplněné o právní servis. „Úspěchy zaznamenáváme na poli pojištění ambulancí díky novému produktu Smluvní lékař, který nabízí široký rozsah krytí s dostatečnými limity při zachování příznivé ceny,“ doplňuje Halina Trsková. V oblasti PPOL již PVZP uzavřela rámcové smlouvy se Sdružením soukromých gynekologů a Grémiem majitelů lékáren, do budoucna usiluje o rámcové smlouvy se všemi sdruženími lékařů v ČR a Česko lékařskou komorou.

## Zdravotní pojištění cizinců

Aktuálně diskutovaným tématem je i zdravotní pojištění cizinců. Problémy vznikají jednak proto, že řada z nich nemá komerční pojištění, nebo to jejich nepokrývá daný zákrok. Bohužel i přes zdánlivou podobnost produktů jednotlivých pojišťoven mezi nimi existují obrovské rozdíly. Ty se projeví v momentě, kdy zdravotnické zařízení nárokuje úhradu péče za pacienta – cizince a pojišťovna ji odmítá zaplatit. Vzniká tak nepříjemná situace. Většina cizinců není schopna částky za ošetření uhradit. Vzniklý dluh tak jde většinou k tíži zdravotnickému zařízení. „PVZP se jako lídr trhu snaží být pro cizince i zdravotnická zařízení partnerem, na kterého se mohou kdykoli obrátit. O tom svědčí především dvě skutečnosti – jako jediní nabízíme produkt Exclusive, ze kterého je bez výjimky hrazena veškerá péče za našeho klienta a také fakt, že máme více než 5 000 smluvních zdravotních zařízení po celé ČR. Pro cizince to znamená jistotu péče a pro lékaře jistotu, že jim jejich výkon bude ze strany PVZP právoplatně uhrazen,“ říká Robert Karoš, MBA, Ph.D., výkonný ředitel Pojišťovny VZP. (red)



## Nové analýzy s idarucizumabem o znovuzavedení antitrombotické léčby po zvrácení účinku dabigatranu

Společnost Boehringer Ingelheim oznámila výsledky dvou nových analýz hodnotících idarucizumab, který byl nedávno schválen ve zrychleném řízení a uveden na trh ve Spojených státech amerických a je specifickým přípravkem k reverzi antikoagulačního účinku přípravku dabigatran-etexilátu.

Výsledky byly prezentovány na setkání Americké kardiologické společnosti (American Heart Association) v Orlandu.

### Důležité informace pro lékaře

Jedna z analýz prověřovala opětovné zavedení antitrombotické léčby po podání idarucizumabu, která je u pacientů s nevalvulární fibrilací síní zásadní pro snížení rizika cévní mozkové příhody. Prozatímní analýza dat z probíhající fáze III klinické studie RE-VERSE AD ukázala, že znovuzahájení alternativ-

ní antitrombotické léčby je možné kdykoli po podání idarucizumabu. Znovuzavedení alternativní antitrombotické léčby (například heparinu) po podání idarucizumabu bylo možné v průběhu 0,2–77,2 dnů u pacientů s nekontrolovaným nebo život ohrožujícím krvácením a 0–40,8 dnů u pacientů vyžadujících urgentní operaci či jiný urgentní výkon. Znovuzahájení antikoagulační léčby dabigatranem po podání idarucizumabu bylo možné za 1,3–90,6 dnů u pacientů s nekontrolovaným nebo život ohrožujícím krvácením. U pacientů vyžadujících urgentní operaci či jiný ur-

gentní výkon byla tato doba v rozmezí 1–63,31 dnů.

„Znovuzavedení antitrombotické léčby by mělo být zváženo, jakmile je to z medicínského hlediska možné, aby se předešlo zvýšení rizika cévní mozkové příhody u pacientů s nevalvulární fibrilací síní,“ uvedl hlavní řešitel studie a profesor urgentní medicíny na Univerzitě Thomase Jeffersona ve Filadelfii dr. Charles Pollack a dodal: „Výsledky prozatímní analýzy fáze III klinické studie RE-VERSE AD lékařům poskytnou informace důležité pro zvážení znovuzavedení antitrom-

botické léčby po reverzi účinku dabigatranu ve vzácných urgentních situacích, kdy je nutné podat pacientovi idarucizumab.“

### Flexibilita při vedení antitrombotické léčby

Druhá prezentace, týkající se idarucizumabu, představila výsledky ze studie *in vitro*, která zkoumala účinek idarucizumabu v přítomnosti koncentrátů koagulačního faktoru (například rekombinantního aktivovaného faktoru VII, tří- nebo čtyřfaktorové koncentráty protrombinového komplexu a aktivovaného PCC). Výsledky ukázaly,

že reverzní účinek idarucizumabu na dabigatran nebyl ovlivněn přítomností koncentrátů koagulačního faktoru. Výsledek je důležitý, protože tyto látky jsou často užívány v léčbě pacientů ohrožených akutním krvácením. Studie rovněž ukázala, že použití idarucizumabu neovlivnilo antikoagulační účinek jiných běžně dostupných přípravků na ředění krve (přímé inhibitory faktoru Xa, hepariny nebo jiné přímé inhibitory trombinu).

„Ze zjištění prozatímní analýzy fáze III studie RE-VERSE AD vyplývá, že idarucizumab dává lékařům flexibilitu při vedení antitrombotické léčby a umožňuje lepší kontrolu při rozhodování o způsobu léčby pacientů užívajících dabigatran,“ řekl viceprezident terapeutické kardiologické divize oddělení medicíny společnosti Boehringer Ingelheim prof. Jörg Kreuzer, „ačkoli bude využíván idarucizumabu v klinické praxi spíše vzácně, specifická reverzní látka poskytuje lékařům i jejich pacientům důležitou možnost volby léčby.“ (akt)

# Česká kardiologie slaví úspěchy a neustále se vyvíjí

Čeští kardiologové patří ke světové špičce především v oblasti léčby akutních stavů, jako je infarkt myokardu či léčba srdečních arytmií. Přesto nepřestávají hledat cesty vedoucí k ještě lepší péči o pacienty se srdečními chorobami. O tom, čeho již česká kardiologie dosáhla a co stojí před ní, jsme si povídali s předsedou České kardiologické společnosti **prof. MUDr. Milošem Táborským, CSc., FESC, FACC, MBA.**

**V roce 2014 získala Česká kardiologická společnost prestižní cenu WHO za přínos k veřejnému zdraví. Co toto ocenění pro české kardiology znamená, jaké výhody a výzvy oboru přineslo?**

Udělená cena je nesmírným významáním pro českou kardiologii. Česká kardiologická společnost patří mezi nejstarší odborné společnosti v Evropě i ve světě a to, že zmíněná cena byla udělena za přínosy v léčbě infarktu myokardu, je zásluhou zejména minulého předsedy naší společnosti, profesora Petra Widimského. Ten realizoval sérii studií PRAGUE, v nichž prokázal, že má smysl transportovat pacienta do specializovaného centra intervenční léčby akutního infarktu myokardu a že tato léčba přináší pacientovi okamžitý benefit a zlepšuje významně jeho prognózu. Základ tohoto postupu byl pak následně začleněn do doporučených postupů evropské i americké kardiologické společnosti. Cena Světové zdravotnické organizace byla oceněním jak pětadvacetileté práce profesora Widimského, tak celé české kardiologie. Na studiích se totiž podílely kromě kardio-centra Fakultní nemocnice Královské Vinohrady i další kardiocentra v České republice. Chtěl bych ještě uvést, že momentálně běží registr Czech III, který by měl odpovědět na otázku, jak jsou aktuálně léčeni pacienti s infarktem myokardu v českých kardiocentrech.

**Zlepšila se díky tomuto „zviditelnění“ české kardiologie spolupráce s mezinárodními odbornými společnostmi? Otevřelo vám to dveře k další spolupráci?**

Samozřejmě se tím utvrdilo dlouhodobě pozitivní vnímání české kardiologie v celosvětovém měřítku. Česká kardiocentra jsou tradičně spolehlivým partnerem pro vědu, výzkum a klinické aplikace, participují na řadě mezinárodních studií a jejich výsledky

jsou publikovány v renomovaných impaktovaných časopisech. Navíc dochází k určité obměně kardiologické populace, nastupuje generace čtyřicátníků, kteří již za sebou mají dlouhodobé zkušenosti v zahraničí a nyní se snaží aktivně uplatnit v české kardiologii. My starší se zase snažíme věnovat mladším kolegům, kteří jsou sdružení v pracovní skupině ČKS Kardio 35, sdílíme s nimi své zkušenosti a předáváme jim naše poznatky z oboru v rámci edukačních kurzů a dalších společných aktivit.

Rád bych se ještě zmínil o tom, že kromě ocenění intervenční kardiologie dosáhly výborných výsledků i další subspecializace, jako je péče o dětské pacienty s vrozenými srdečními vadami, péče o pacienty s plicní arteriální hypertenzí, dále o pacienty se vzácnými kardiologickými chorobami, velmi úspěšná je také česká arytmiologie, zaměřená na léčbu poruch srdečního rytmu.

**Hovořili jsme zatím o úspěšných kardiologii. Kde vidíte rezervy?**

Určité rezervy vidím v mezioborovém dialogu. Česká kardiologická společnost se proto snaží prohloubit dialog s nejbližšími partnery – Společností kardiologické a thorakální chirurgie, Angiologickou společností a Českou společností pro trombozu a homeostázu – s cílem dosáhnout konsenzu v důležitých otázkách diagnostiky a léčby. Výsledkem je již první mezioborový doporučený postup. Dalším úkolem, který před námi stojí, je zlepšit péči o pacienty se srdečním selháním. Pacienti s tímto problémem přibývá, paradoxně díky lepší akutní kardiologické péči, mnozí z nich jsou indikováni k transplantaci. O možnostech léčby a osudu těchto pacientů vedeme proto dialog s Českou transplantací společností. Jinou oblastí, na kterou se musíme do budoucna zaměřit, je genetika. Vznikla již první centra zabývající se komplexním pohledem na geneticky podmíněná kardiolo-

gická onemocnění, další budou přibývat. Problematickou oblastí je i diskrepance léčby. Vždy je a bude rozdíl mezi tím, co prezentují nová doporučení, nové výsledky výzkumu, a reálnou možností zdravotnických zařízení tuto léčbu poskytnout všem pacientům. Příkladem mohou být nová perorální antikoagulantia, která jsou v zemích Evropské unie předepisována všem pacientům v riziku tromboembolické nemoci, avšak v České republice máme zatím výrazné restriktce ze stran plátců zdravotní péče. Dále se to týká například PCSK9 inhibitorů, léků zcela nové koncepce na bázi protilátek, které evidentně budou též výrazně preskripčně omezeny. Aby však byl systém zdravotní péče udržitelný, je potřeba nezavádět skokově velké množství nových léčebných postupů, ale zavádět je do praxe postupně podle pravidel a doporučených postupů stanovených na podkladě dialogu odborných společností, VZP a dalších plátců zdravotní péče.

**Jaké doporučené postupy vznikly v tomto roce a co se připravuje?**

Letos jsme přijali pět doporučených postupů, všechny jsou uveřejněny na webových stránkách společnosti, další čtyři budou publikovány v příštím roce. Jedním z nejvýznamnějších bude doporučený postup pro léčbu fibrilace síní. Dokument přinese novinky v oboru a celou řadu dat a interpretací nezbytných pro léčbu tohoto závažného onemocnění.

**Pokrok v kardiologii významně ovlivňují moderní technologie. Co všechno v současnosti umožňují?**

Z oblasti léčby mohou zmínit například dynamický rozvoj v oblasti katetrizačních náhrad chlopnin vad – nahrazují se již rutinně aortální a pulmonální chlopně, začínají se katetrizačně modifikovat i chlopně mitrální. Také v oblasti arytmiologie je obrovský boom – jak co se týče

katetrizačních ablací, tak využití implantabilních přístrojů. Namátkou mohu zmínit bezelektrodotové kardiostimulátory či možnost dlouhodobého sledování EKG pomocí podkožně implantovaného záznamníku. Nové technologie samozřejmě přicházejí neustále, snažíme se je však zavádět s rozumem. Přihlížíme přitom k předchozím schválením americkou lékovou agenturou FDA a hledíme na to, aby byly nové přístroje opatřeny příslušnými certifikáty (CE) a seriálně testovány v klinické praxi. Bohužel se ukazuje, že některé technologie byly zavedeny předčasně. Příkladem může být katetrizační renální denervace u pacientů s rezistentní hypertenzí, která loni skončila negativními výsledky v klíčových studiích.

**Také vzdělávání je neodmyslitelné spjaté s digitálními technologiemi a novými médii. Česká kardiologická společnost má nové webové stránky... Využíváte také sociálních sítí – využíváte se edukaci veřejnosti?**

Momentálně se zaměřujeme především na vzdělávání odborníků, kterým jsou určeny naše stránky. Na poslední schůzi výboru společnosti však bylo odsouhlaseno, že se založí také účty na Facebooku, Twitteru a Instagramu. V dalším kroku tedy chceme vzdělávat i laickou veřejnost, vzniknou mimo jiné i pacientské stránky, jejichž součástí bude poradna a komunikace s pacienty.

**Letos proběhla řada domácích kardiologických akcí. Naposledy to byly České kardiologické dny, které se konaly koncem listopadu. Co bylo na programu?**

Jedná se o druhou nejvýznamnější českou kardiologickou konferenci. Hlavní náplní je edukace mladých kardiologů a jejich příprava na atestaci. Rovněž zde zaznívají novinky v kardiologii. Letos šlo o blok profesora Widimského zaměřený na intervenční léčbu pacientů s cévní mozkovou



Foto: archiv

příhodou, a to pohledem kardiologa, neurologa a intervenčního radiologa. Prezentovány byly také novinky v léčbě dyslipidemie, se zaměřením na zmíněnou familiární hypercholesterolemii či statinovou intoleranci. Informovali jsme i o novém léku pro léčbu tromboembolické plicní hypertenze, který v současnosti vstupuje na trh.

**Vzdělávání je spojeno i s publikační činností. V Mladé frontě v divizi Medical Services vyšly v nedávné době dvě kardiologické publikace, které vznikly pod vašim vedením a vedením profesora Kautznera a pokřtěny byly v průběhu sympozia, jež organizuje Postgraduální akademie. Jak vnímáte aktivity tohoto vzdělávacího projektu a jakou další spolupráci byste uvítal?**

Zmíněné aktivity plně zapadají do rámce vzdělávání, jaký si vytvořila Česká kardiologická společnost. S našim vydavatelstvím máme dlouhodobě pozitivní vztahy, ať se jedná o publikační činnost či edukační akce. Medical Services vnímáme jako organizaci, která má velké zkušenosti a velký dopad. Zvažujeme proto další spolupráci v oblasti vzdělávacích akcí. Symposia organizovaná Postgraduální akademií, která probíhají v Žižkovské věži, považují za přínosná pro širokou skupinu odborníků – internisty, praktické lékaře a kardiology v klinické praxi. V souvislosti s výročním kardiologickým sjezdem pak vydáváme Novinky v kardiologii, které shrnují to podstatné, co zazní na kongresu. Ve spolupráci s Mladou frontou vzniká také elektronická učebnice kardiologie, kterou máme téměř dokončenou a bude k dispozici i v angličtině. Do budoucna by se pak měl ve spolupráci s Českou lékařskou komorou a našim vydavatelstvím rozjet větší multimediální vzdělávací projekt, jehož součástí budou i webináře a živé přenosy z různých pracovišť.

MUDr. Andrea Skálová



## AKTUALITY

# V Praze proběhl první ročník konference Respiratory Forum 2015

Ve dnech 27. 11. a 28. 11. se v Praze uskutečnil první ročník konference Respiratory Forum 2015. Dvoudenní konference o respirační medicíně se zúčastnilo více než 130 lékařů z celé České republiky.

Přední čeští odborníci představili aktuální trendy a témata respirační medicíny se zaměřením na problematiku astmatu. Série workshopů pak umožnila diskusi a detailní náhled na vybrané aspekty každodenní lékařské praxe.

## Vzdělání lékařů i pacienti

Přítomní pneumologové a alergologové měli možnost vyslechnout si celkem tři přednášky a zúčastnit se tří specializovaných workshopů. „Podobný typ konferencí je pro českou odbornou společnost velmi důležitý, neboť rozšiřuje možnosti vzdělávání českých lékařů. Tí měli během dvoudenního Respiratory Fora možnost prohloubit své znalosti a prodiskutovat složitá témata, s nimiž se v běžné pra-

xi potkávají,“ uvedl odborný garant akce doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D., z Centra alergologie a klinické imunologie Nemocnice Na Homolce.

Páteční část konference nabídla třídní přednáškový cyklus pod názvem „Astma pro rok 2016“. Posluchači si mohli vyslechnout souhrnný přehled o astmatu. Mezi probíraná témata patřila diagnostika, volba vhodné léčby, monitorování a edukace jako nezbytné součásti praxe. Celá jedna přednáška byla věnována specifickým léčebným postupům včetně biologické léčby. „Stěžejní úlohou naší práce je dostat astma pod kontrolu; abychom v tom mohli být co nejúspěšnější, je třeba neustálého vzdě-



Docent Petr Čáp | Foto: archiv pořadatele

lávání jak lékařů, tak i pacientů a všech, kterých se toto téma týká,“ zdůraznil odborný garant

akce prim. MUDr. Viktor Kašák z oddělení respiračních nemocí, LERYMED, s. r. o.

## Témata z praxe

Druhý den konference byl veden formou tří workshopů, během nichž se odborníci zaměřili na dílčí témata alergologické a pneumologické praxe, jejichž důležitost je sice neopominutelná, ne vždy je jim ale věnován dostatek času a prostoru.

Odborníci se v užším kruhu posluchačů věnovali právní problematice v lékařské praxi, podrobně také projednali rozdílnost mezi alergickým a eozinofilním astmatem. Workshop „Inhalační systémy a adherence“ nabídl přítomným přehled současných inhalačních systémů a stejně tak zdůraznil stěžejní důležitost vztahu lékaře s pacientem, který má přímý vliv na úspěšnost léčby.

Konferenci Respiratory Forum 2015 zorganizovala společnost Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o., ve spolupráci s Českou společností alergologie a klinické imunologie a Českou pneumologickou a ftizeologickou společností ČLS JEP.

Prezentace z akce jsou k dispozici na: [www.respiforum.cz](http://www.respiforum.cz) (red)

# Vědci objasnili vztah mezi buňkami melanomu a okolím

Vědecký tým z Anatomického ústavu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (1. LF UK) a Dermatovenerologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze zjistil, že růst melanomu významně ovlivňují nenádorové buňky v jeho okolí.

„Pokud se nám podaří určit mechanismy, které se podílejí na výměně informací mezi nádorovými buňkami a buňkami v jejich okolí, a následně jejich působení blokovat, mohly by tyto poznatky posloužit k přípravě nových léčiv,“ uvedl jeden z řešitelů MUDr. Ondřej Kodet, Ph.D.

Při výzkumu se potvrdilo, že růst melanomu kromě vlastních nádorových buněk ovlivňují okolní nenádorové buňky – zejména fibroblasty. Navíc se podařilo objasnit, jak působí melanocyty na okolní povrchové buňky kůže (epitel). „Ukázalo se, že mikroprostředí melanomu je velmi

složitá a že je to možná i důvod, proč je melanom rezistentní vůči standardním léčebným postupům, například chemoterapii,“ vysvětlil MUDr. Kodet.

Dále se zjistilo, že fibroblasty z melanomu mají podobné biologické schopnosti jako fibroblasty z jiných nádorů a navíc



MUDr. Ondřej Kodet | Foto: 1. LF UK

jsou tyto vlastnosti obdobné jako při fázích hojení. Vědci předpokládají, že léčba založená na objevených interakcích buněk by jednou možná mohla zpomalit růst zhoubného nádoru. Vedoucí řešitelského týmu a přednosta Anatomického ústavu 1. LF UK prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., však upozornil, že cesta od vynálezu léčiva po jeho zavedení do běžné praxe je velmi dlouhá. „Vývoj nové léčby a její následné schválení trvá minimálně 10 až 15 let,“ uvedl.

rád, aby moje ocenění bylo považováno za úspěch celého našeho pracoviště a řešitelského kolektivu,“ říká MUDr. Kodet. Cena je udělována Nadací Dimi- trise N. Chorafase ve spolupráci s izraelským Weizmannovým vědeckým institutem. Je určena nejlepším absolujícími doktorandům v oborech inženýrských věd, přírodních věd a medicíny v daném roce. Oceněné výsledky vznikly i díky spolupráci s kolegy z Ústavu molekulární genetiky AV ČR, v. v. i.

Melanom se vyskytuje v České republice v 21 případech na 100 000 obyvatel/rok, z toho přibližně 5 na toto onemocnění umírá. Každý rok je u nás nově diagnostikováno více než 2000 pacientů s melanomem. (red)

## Čeští vědci získali prestižní ocenění

Tým z Ústavu přístrojové techniky AV ČR obsadil první a druhé místo v soutěži Computing in Cardiology/Physionet Challenge 2015 za algoritmy pro detekci život ohrožujících arytmií.

Vědci ze skupiny Medicínské signály obdrželi na konferenci Computing in Cardiology v Nice ocenění ve dvou souběžných kategoriích soutěže CinC/Physionet Challenge. Předmětem jejich práce byl vývoj algoritmu pro detekci život ohrožujících arytmií. Jedná se o závažný problém s vysokým klinickým dopadem. Například na jednotce inten-

zivní péče je třeba reagovat na každý alarm monitorovacího zařízení. Časté chybné alarmy zvyšují zátěž pro ošetřující personál a mohou vést ke snížení pozornosti. Klíčová je tedy redukce chybných alarmů na minimum s tím, že nesmí dojít k vynechání žádného skutečného alarmu. Tým ve složení Ing. Filip Plešinger, Ph.D., Ing. Petr Klimeš, Ing. Josef

Halámek, CSC. a Ing. Pavel Jurák, CSC., obsadil 1. místo v „Real-time“ kategorii a 2. místo v „Retrospective“ kategorii. Soutěže se zúčastnilo 43 týmů z celého světa včetně zástupců komerčních společností specializovaných na srdeční elektrofyzilogii. Úspěch týmu z ÚPT je tedy jedinečný.

(Zdroj: ÚPT AVČR)

(asa)

## PERSONÁLNÍ INZERCE

## Výběrové řízení

Praktický lékař  
pro děti a dorost

Město Broumov tímto informuje, že Krajský úřad Královéhradeckého kraje se sídlem v Hradci Králové vyhlásil, na základě návrhu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a s termínem od 1. 1. 2016, výběrové řízení na zajištění:

poskytování služeb  
ambulantní zdravotní péče  
v oboru praktické lékařství pro  
děti a dorost v území Broumov

Písemné přihlášky s nabídkou se podávají ve lhůtě do 3. 1. 2016 na adresu: Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, Pivovarské náměstí 1245, 500 03 Hradec Králové. Formulář přihlášky je k dispozici na webových stránkách KÚ KHK na adrese: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?pgid=238> Případné dotazy zodpoví Marie Šourková, odborná referentka

oddělení zdravotnictví KÚKHK, tel.: 495 817 502.

Město Broumov k tomu doplňuje, že:

- je připraveno uchazečům pomoci s výběrem prostor pro zřízení ordinace,
- má pro uchazeče připraveny byty vhodné k nastěhování,
- pro děti uchazečů má volná místa v mateřských a základních školách, v místě je i Gymnázium Broumov,
- život v Broumově a blízkém okolí lze vést kvalitně, např. díky široké nabídce kulturních a sportovních aktivit, kvalitnímu životnímu prostředí, unikátním kulturním památkám a genií loci místní krajiny.

Zároveň upozorňujeme na zvýhodněné platby od pojišťoven zejména v oblasti kapitace zhruba o jednu třetinu.

Pro navázání komunikace se zastupci města, prosím, kontaktujte starostu Ing. Jaroslava Bitnara, e-mail: bitnar@broumov-mesto.cz, tel.: 491 504 216, 739 527 537.

M151000992

## Volná místa

## Více pozic

NEMOCNICE BOSKOVICE S. R. O., přijme do pracovního poměru:

- lékaře pro ambulantní provoz rehabilitačního oddělení – lékař L3 se specializovanou způsobilostí v oboru FBLR, – případně lékař L2 s absolvovaným společným základem (interní, chirurgický nebo pediatrický kmen) se zájmem o obor rehabilitační a fyzikální medicína

Dotazy zodpoví prim. MUDr. Monika Dvořáčková, rehabilitační oddělení, tel.: 516 491 573, e-mail: monika.dvorackova@nembce.cz

- lékaře s odbornou nebo specializovanou způsobilostí v oboru chirurgie – lékař L1, L2, L3

Dotazy zodpoví prim. MUDr. Radek Bousek, chirurgické oddělení, tel.: 516 491 410, 414, e-mail: radek.bousek@nembce.cz

- lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru kardiologie
- lékaře s odbornou způsobilostí v oboru vnitřního lékařství – L2

Dotazy zodpoví prim. MUDr. Luděk Pluháček, Ph.D., interní oddělení, tel.: 516 491 304, e-mail: ludek.pluhacek@nembce.cz

- lékaře s odbornou způsobilostí v oboru ortopedie – lékař L1

Dotazy zodpoví prim. MUDr. Bedřich Kala, ml., tel.: 516 491 391, e-mail: bedkal@nembce.cz

- lékaře s odbornou nebo specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví – lékař L2, L3

Dotazy zodpoví prim. MUDr. Jan Machač, gynekologicko-porodnické oddělení, tel.: 516 491 350, e-mail: jan.machac@nembce.cz

- lékaře s odbornou nebo specializovanou způsobilostí v oboru radiologie a zobrazovací metody – lékař L2, L3

Dotazy zodpoví prim. MUDr. Liběna Čapková, RDG oddělení, tel.: 516 491 524, e-mail: libena.capkova@nembce.cz

- lékaře nebo VŠ se specializovanou způsobilostí v oboru mikrobiologie



Fakultní nemocnice Plzeň  
přijme zaměstnance na pozici:

## lékař pro Kardiochirurgické oddělení

## požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- ukončený základní chirurgický kmen
- zájem o obor, znalost AJ
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

## lékař pro Interní oddělení

## požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- ukončený základní kmen v oboru vnitřní lékařství výhodou
- praxe v interních oborech vítána
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.
- pozice vhodná i pro absolventy

## klinický logoped pro Neurologickou kliniku

## požadavky:

- kvalifikace klinického logopeda dle § 23 zákona č. 96/2004 Sb.
- praxe v oboru
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost

Písemné přihlášky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi, doklady o dosaženém vzdělání a platným výpisem z trestního rejstříku zasílejte na adresu:

Fakultní nemocnice Plzeň, oddělení personálního řízení a organizace, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň, e-mail: grubrova@fnpln.cz, tel. 377 402 223

Inzerce M151000930

Dotazy zodpoví Ing. Iva Šamšulová, mikrobiologické oddělení, tel.: 516 491 593, e-mail: iva.samšulova@nembce.cz

Požadujeme:

- občanskou a morální bezúhonnost,
  - způsobilost k výkonu povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb.
- Nabízíme:
- velmi dobré pracovní podmínky,
  - možnost ubytování.
- Individuální podmínky budou dohodnuty při osobním jednání.

K písemné přihlášce přiložte:

- životopis,
- fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání.

Přihlášky zasílejte na adresu: Nemocnice Boskovice s. r. o., Olga Slezáková, asistentka jednatele, Otakara Kubína 179, 680 21 Boskovice

M151000943

## Psychiatr

DŮM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ  
v OSTRAVĚ  
přijme:

- psychiatra s psychoterapeutickým vzděláním



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 12/2015

## Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová  
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mzf.cz

## Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mzf.cz  
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mzf.cz  
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)  
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mzf.cz  
MUDr. Andrea Skálová  
(Medicina a kongresové zpravodajství)  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mzf.cz

## Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Caban,  
Irena Soukupová, David Daniel,  
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,  
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

## Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.  
PhDr. Jana Jilková

## Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková  
tel. 225 276 455,  
e-mail: jilkovap@mzf.cz

## Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc, MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
MUDr. Ivan David, CSc.  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.  
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.  
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtišková  
Mgr. Alena Šmídová  
Ing. Bc. Irena Kouřilová  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

## OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

## Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová  
tel.: 225 276 355  
e-mail: kupcova@mzf.cz

## Personální inzerce

Vladimír Kratochvíl  
tel. 225 276 255, 602 208 624  
e-mail: kratochvil@mzf.cz,  
personalni.inzerce@mzf.cz



MLADÁ FRONTA

## Generální ředitel

David Hurta

## Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, BA (Hons)

## DTP

Retušeré: 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  
Koordínátor výroby a distribuce divize  
Medical Services  
Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mzf.cz  
Předplatné  
Monika Šnaidrová  
tel. 225 276 392, e-mail: snaidrova@mzf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.  
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4  
IČ: 01847082

Adresa redakce:  
Zdravotnictví a medicína,  
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,  
e-mail: zdn@mzf.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 17. 12. 2015

Printek a jakékoli šíření  
pouze se souhlasem vydavatele.  
Tisťený náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2015  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524  
ISSN 2336-2987



## PERSONÁLNÍ INZERCE



Oblastní nemocnice Náchod a. s.  
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení vedoucího pracovního místa:

## Primář/Primářka

interního oddělení, nemocnice Rychnov

### Kvalifikační požadavky:

- specializovaná způsobilost v interním oboru dle zákona č. 95/2004 Sb.
- primářská licence nebo prokázání předpokladů pro její získání dle pravidel ČLK
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zák. č. 95/2004 Sb.

### Dále požadujeme:

- dobré organizační a řídicí schopnosti
- orientace v ekonomice zdravotnictví

### Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí a kvalitní lékařský tým
- podporu odborného i osobního rozvoje
- nadstandardní mzdové ohodnocení odpovídající významu nabízené pozice
- náborové a zaměstnancké benefity

### Příhláška uchazeče musí obsahovat:

- životopis s přehledem odborné praxe
- ověřené doklady o dosaženém vzdělání
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců)
- písemný souhlas k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů pro účely tohoto výběrového řízení

### Nástup od 1. 2. 2016 nebo dle dohody

Uzávěrka přihlášek: 15. 1. 2016

### Příhlášky zasílejte na adresu:

Oblastní nemocnice Náchod a. s.  
Mgr. Lukáš Holub, vedoucí Oddělení personálního rozvoje a mezd  
Purkyňova 446, 547 69 Náchod

Informace: Ing. A. Beránek, mobil:  
603 702 698, e-mail: ddz@ddz.cz

M151000925

### Lékař

KLINIKA KARDIOLOGIE IKEM  
přijme:

#### sekundárního lékaře

Požadujeme:

- předpokladem je atestace I. stupně z vnitřního lékařství, nebo ukončení interního kmene (popř. výhled ukončení v nejbližších týdnech) a zařazení do specializační přípravy na atestaci z kardiologie,
- znalost angličtiny,
- nástup ihned nebo dle dohody.

Váš strukturovaný životopis zasílejte na: sekretariát personálního oddělení, Bc. Helena Černá, helena.cerna@ikem.cz, tel.: 261 364 022

M151000940

### Oftalmolog

EVROPSKÁ OČNÍ KLINIKA LEXUM  
přijme:

#### lékař/ka oftalmolog (Tábor)

Náplň práce:

- provoz oftalmologické (všeobecné/refrakční/kataraktové) ambulance,
- předoperační vyšetření,
- chirurgické oční zákroky v rozsahu daném praxí a vzděláním.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání (lékařská fakulta) s praxí min. 1 rok v oboru oftalmologie podmínkou,
- atestace v oboru oftalmologie výhodou, nikoli podmínkou.

Nabízíme:

- Práci v perspektivním oboru refrakční/kataraktové chirurgie,
- možnost pracovat na plný i zkrácený úvazek,
- možnost stáží na odborných prestižních pracovištích (v rámci mezinárodní skupiny Optegra) a další osobní a profesní růst,
- balíček firemních benefitů.

Nástup možný ihned.

Kontakt: blehova@lexum.cz

M151000988

### Diabetolog

KRAJSKÁ NEMOCNICE

LIBEREC, A. S.,

přijme lékaře/lékařku na oddělení diabetologie.

Požadavky: specializovaná způsobilost v oboru endokrinologie a diabetologie, případně specializace před ukončením.

Kontakt: stefan.nabus@nemlib.cz

M151000976

Domažlická nemocnice a.s.,  
Kozinova 292, Domažlice  
přijme:



## primáře na Akreditované interní oddělení

### Oddělení následné a dlouhodobé péče

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost dle vyhl.č. 95/2004 Sb., trestní bezúhonnost
- řídící, organizační a komunikační schopnosti, spolehlivost
- licenci ČLK pro výkon funkce primáře (není nezbytnou podmínkou, pokud uchazeč splňuje požadavky pro udělení licence)

Nabízíme:

- hlavní prac. poměr na dobu neurčitou, plný úvazek
- nadstandardní smluvní plat + hmotná zainteresovanost + další benefity dle dohody
- stabilizační příspěvek
- příspěvek na penzijní připojištění, příspěvek na stravování, dovolená 25 dní/rok, mobilní telefon)
- možnost získání městského bytu

Termín nástupu dle dohody.

K přihlášce přiložte profesní životopis, doklady o vzdělání a souhlas v souvislosti se zákonem o ochraně osobních údajů

Bližší informace:

tel.č.: 379 710 261, 379 710 299, e-mail: marcela.blazkova@donem.cz

Příhlášky zasílejte na adresu: Domažlická nemocnice a.s., osobní oddělení, Kozinova 292, 344 01 Domažlice

Inzerce M151000963

### Více pozic

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
MARIANNY ORANŽSKÉ  
V BÍLÉ VODĚ

přijme do pracovního poměru lékaře s atestací v oboru psychiatrie, lékaře jiného oboru, lékaře bez atestace, absolventa lékařské fakulty. Výhodné platové podmínky + náborový příspěvek.

Plat dle délky praxe 30 000 až 50 000 Kč s možností dalšího finančního růstu.

Nabízíme pomoc při hledání ubytování.

Pracovně-právní vztah navážeme i na kratší časové období.

Písemné nabídky zasílejte na e-mailovou adresu: micakova@olu.cz, tel.: 588 517 505.

M151000946

### Více pozic

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

přijme:

#### lékaře na interní ambulanci

#### zástupce primáře na internu

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídicí schopnosti (zást. primáře)

Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, byt k dispozici.

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

M151000952

### Revizní lékař

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA

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 tel.: 261 105 252.

M151000957

### Zástupce primáře

NOVÉ VEDENÍ NEMOCNICE  
TŘEBOTOV A. S.,  
přijme lékaře na pozici:

#### zástupce primáře

Požadavky:

- specializovaná způsobilost v základním oboru, v oboru geriatricke výhodou, nikoli podmínkou

Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení,
- příspěvek na dopravu,
- možnost ubytování v areálu nemocnice.

Kontakt: prim. MUDr. Renáta Petrová, tel.: 606 11 33 33, e-mail: primar@nemocnice.trebotov.cz

M151000985

### Lékař/ lékařka

LÉČEBNA DLOUHODOBĚ  
NEMOCNÝCH MASARYKOV  
SANATORIUM DOBŘÍŠ

hledá lékaře na lůžka následné péče. Podmínkou je atestace I. stupně z interny nebo základního klinického oboru. Nástupní plat 50 000 Kč + pravidelné odměny. Byt 2+1 o výměře 70 m<sup>2</sup> k dispozici. Kontakt: jn.mlezivova@seznam.cz, tel.: 318541253

M151000979



Oblastní nemocnice Náchod a. s.  
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení vedoucího pracovního místa:

## Primář/Primářka

Dětského oddělení, nemocnice Náchod

### Kvalifikační požadavky:

- specializovaná způsobilost v oboru Dětské lékařství dle zákona č. 95/2004 Sb.
- primářská licence nebo prokázání předpokladů pro její získání dle pravidel ČLK
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

### Dále požadujeme:

- dobré organizační a řídicí schopnosti
- orientace v ekonomice zdravotnictví

### Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí a kvalitní lékařský tým
- podporu odborného i osobního rozvoje
- nadstandardní mzdové ohodnocení odpovídající významu nabízené pozice
- náborové a zaměstnancké benefity

### Příhláška uchazeče musí obsahovat:

- životopis s přehledem odborné praxe
- ověřené doklady o dosaženém vzdělání
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců)
- písemný souhlas k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů pro účely tohoto výběrového řízení

### Nástup od 1. 2. 2016 nebo dle dohody

Uzávěrka přihlášek: 15. 1. 2016

### Příhlášky zasílejte na adresu:

Oblastní nemocnice Náchod a. s.  
Mgr. Lukáš Holub, vedoucí Oddělení personálního rozvoje a mezd  
Purkyňova 446, 547 69 Náchod

Inzerce M151000975

Inzerce M151000976



# Jak efektivně aplikovat řešení OMICS v klinickém prostředí

S ohledem na potřeby stárnoucí populace se současný systém zdravotní péče musí více soustředit na udržitelný model zaměřený na kvalitu života pacientů. Tato již probíhající "revoluce" je umožněna zejména díky uvedení nejnovějších poznatků z vědeckých laboratoří do klinické praxe, zejména implementací nového paradigma tzv. P4 medicíny (Predictive, Preventive, Personalized, Participatory). Společnost Atos v tomto procesu představuje roli systémového integrátora, prostředníka mezi technologií a praxí, který umožní realizaci P4 medicíny v příštích letech.

Vědy z oblasti řešení OMICS založené na genomice, ač z oblasti přírodních věd, z nich vyčnívají. Genomika se vyvíjí neuvěřitelnou rychlostí a to především díky dramatickému poklesu nákladů na sekvenaci DNA. Nastává doba, kdy náklady na sekvenaci genomu klesnou na hodnotu 100 USD. A tím bude vydlážděná cesta k využívání sekvenací lidských genomů jako součásti standardní zdravotnické procedury.

V následujících letech bude svět zaplaven OMICS daty. Ovšem tato lavina dat přinese podstatné výzvy, které bude možné řešit pouze prostřednictvím bioinformatiky spolu s informačními a komunikačními technologiemi.

## Výzvy spojené se zpracováváním genomů

Mezi špičkovým genomickým výzkumem a každodenní zdravotnickou péčí je patrná významná mezera. K jejímu zaplnění je nutná aktivní aplikace genomiky do zdravotnického prostředí. Naším cílem, cílem společnosti ATOS, je urychlit tento proces pomocí vybudování technologického mostu, který podpoří implementaci P4 Medicíny.

Tento most se skládá ze tří fází:

- Generování, ukládání a interpretace dat,
- Integrace dat,
- Korelace dat.

Data získaná sekvenčním během jsou enormně obsáhlá a pro praxi nepříliš použitelná. Data ze sekvenátorů, tzv. RAW data se pohybují v objemu desítek terabytů.

Sestavování milionů tzv. readů načtených dat do sekvence genomu vyžaduje extrémní výpočetní výkon. Toto sestavování zahrnuje párování sekvence oproti referenčnímu genomu a jejich mapování na správného umístění v genomu. Tento proces sestavování je velmi náročný kvůli rozdílům mezi referenčními sekvencemi a načtenými sekvencemi, vysokému počtu repetitivních sekvencí genomu a krátkým readům. To znamená, že jednotlivé ready se mohou mapovat na několik lokací.

## Co je OMICS?

Omics je anglický neologismus, neformálně odkazující na ty oblasti biologie, jejichž názvy v anglickém jazyce končí příponou -omics (v českém jazyce příponou -omika), jako genomics, proteomics nebo metabolomics. Související přípona -om se užívá k oslovení předmětu studií z těchto daných oblastí, jako je genom, proteom či metabolom. Cílem řešení OMICS je kolektivní charakterizace a kvantifikace z množství biologických molekul, které se prolínají do struktury, funkce a dynamiky organismu či organismů.

Dalším bodem, který není harmonizován v celé Evropské unii jsou pravidla (například lhůty) uchovávání zdravotnických údajů (Genomická data by mohla být v této kategorii zahrnuta).

V rámci EU závisí uchovávání dat na regulacích jednotlivých členských států, které se mohou časem obměňovat. To z pochopitelných důvodů brzdí a komplikuje spolupráci na úrovni národních států kvůli potřebě sladění požadavků jednotlivých národních legislativ. Bezpečnost, ochrana soukromí a uživatelský přístup genomických informací (genomická data obsahují velmi citlivé údaje) musí být řízeny všemi pracovními postupy. Například dle procesu stanoveného směrnicemi 95/46/EC a 2002/58/EC jednotně uplatňovaných v Evropě k ochraně fyzických osob v souvislosti s ochranou osobních údajů a o volném pohybu těchto dat.

## Atos pomáhá tyto výzvy překonat

Společnost Atos tyto výzvy již nyní v celé řadě evropských zemí řeší návrhem výkonné, škálovatelné a zabezpečené architektury přizpůsobené každému specifickému způsobu použití. Abychom vytvořili vhodné prostředí pro rozvoj v oblasti genomické analýzy a odvozených řešení, připravili jsme ve spolupráci s odbornými kapacitami České republiky řešení popsané v tomto dokumentu. Řešení jsme pojmenovali OMICS (Omics & Medical Integrated Compute System)

Řešení OMICS spojuje nejrevolučnější software pro genomickou analýzu s vysoce výkonnou infrastrukturou a bezpečnostní vrstvou ke splnění stávajících pravidel o ochraně osobních údajů pacienta. Řešení disponuje také přidáním bioinformatickými aplikacemi a službami společně s bezpečnostními řešeními, které zabezpečují genomická data dle existujících legislativních norem. Největší výhodou navrženého a připraveného řešení je jeho otevřenost novým algoritmům a v budoucnu objeveným postupům a to i řešením třetích stran. Cílem je řešení neustále zdokonalovat a neomezovat se pouze na řešení vzniklá v rámci skupiny ATOS.





# Demence v České republice

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

**19. 1. 2016**

Hotel Olšanka, Praha

**MÍSTO KONÁNÍ** Hotel Olšanka, Táborská 23/1000,  
Praha 3-Žižkov

## PROGRAM KONFERENCE

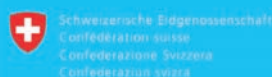
### DOPOLEDNÍ BLOK

- 9.00–9.30** **Prezence účastníků**
- 9.30–9.45** **Úvodní slovo**  
*Michaela Marksová, Svatopluk Němeček, Jiří Horecký*
- 9.45–10.10** **Stav péče o osoby s demencí**  
**Náklady na péči u nás a v Evropě**  
*Iva Holmerová*
- 10.10–10.30** **Problematika demence ve zdravotnictví**  
**Akční plán pro Alzheimerovu nemoc**  
*Josef Vymazal*
- 10.30–10.50** **Problematika demence v oblasti sociálních služeb**  
*David Pospíšil*
- 10.50–11.15** **Péče o osoby žijící s demencí ve zdravotnictví**  
*Hana Kubešová-Matějovská*
- 11.15–11.40** **Aktuální situace v péči o osoby s demencí v ČR**  
*Martina Mátlová*

- 11.40–12.00** **Radost z jídla. Praktická etika v dlouhodobé péči**  
*Dana Hradcová*
- 12.00–12.15** **Jak pečovat o osoby žijící s demencí – unikátní nabídka vzdělávání**  
*Andrea Tajanovská*
- 12.15–13.00** **Přestávka, občerstvení**

### ODPOLEDNÍ BLOK

- 13.00–15.30** **Mezinárodní kulatý stůl zaměřený na dobrou praxi a používané nástroje v péči o osoby s demencí ve Švýcarsku**



Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce  
Supported by a grant from Switzerland through the  
Swiss Contribution to the enlarged European Union

### PŘEDNÁŠEJÍCÍ:

**Mgr. Michaela Marksová**, ministryně práce a sociálních věcí ČR  
**MUDr. Svatopluk Němeček, MBA**, ministr zdravotnictví ČR  
**Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA**, prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR  
**doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.**, ředitelka Gerontologického centra, místopředsedkyně Alzheimer Europe  
**prof. MUDr. Josef Vymazal, DSc.**, náměstek pro zdravotní péči, Ministerstvo zdravotnictví ČR  
**Mgr. David Pospíšil**, ředitel odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení MPSV ČR  
**prof. MUDr. Hana Kubešová-Matějovská, CSc.**, přednostka Kliniky interní, geriatry a praktického lékařství FN Brno  
**Mgr. Martina Mátlová**, ředitelka České alzheimerovské společnosti, o. p. s.

**Mgr. Dana Hradcová, Ph.D.**, Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče, FHS UK  
**Mgr. Bc. Andrea Tajanovská, DiS.**, lektorka Institutu vzdělávání APSS ČR, expertka v sociálních službách  
**Benno Meichtry**, CURAVIVA Schweiz, odd. Péče o seniory, vedoucí sekce Gerontologie  
**Henny Messerli**, specialista péče  
**Marianne Geiser**, CURAVIVA Schweiz, odd. Vzdělávání  
**Edgar Studer**, vedoucí Centra pro osoby s demencí, Domicil Bethlehemacker

**MODERÁTOR:** Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

**TLUMOČNICE:** Mgr. Dana Šetinová

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**

Odborný partner

**a...**  
Česká  
alzheimerovská  
společnost

Hlavní partner



Vystavovatelé



Mediální partneři

