

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



15/2014

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 25. 8. 2014



TÉMA ČÍSLA

Neshoda nad možným vznikem poštovních lékáren
Proti projektu České pošty protestuje ČLnK

STRANA 4



Z HISTORIE

Slavní porodníci z Klatovska
Klatovské gymnázium kolébkou osobností české gynekologie

STRANA 14



SESTRA

Výživa
Společně s dalšími ošetrovatelskými tématy naleznete v tomto čísle

STRANA 19

Průměrný plat ve zdravotnictví vloni poklesl

Celkový průměrný plat českých zaměstnanců ve zdravotnictví poklesl v roce 2013 o 0,8 procenta. Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) to vypočetl v nedávno vydaném přehledu mezd a platů zdravotníků za loňský rok. Odbory s koalicí vyjednávají zvýšení tarifů platů o 5 procent.

Svá jednání započalo také ministerstvo zdravotnictví. S resortem financí diskutuje o změně poměru tarifní složky a peněz za přesčasy.

O 229 korun méně

Průměrný měsíční plat zaměstnanců ve zdravotnictví v ČR odměňovaných podle platných předpisů o platu tam, kde je zřizovatelem ministerstvo zdravotnictví, kraj, obec, město či ostatní centrální orgány, v roce 2013 činil 30 174 Kč. Oproti roku 2012 poklesl průměrný plat o 0,8 %, tedy o 229 korun. Podle platných předpisů o platu bylo v roce 2013 odměňováno celkem 92 611 zaměstnanců, což představuje 37 % všech pracovníků ve zdravotnictví. Průměrný měsíční plat ve zdravotnictví

byl vyšší o 5 046 Kč ve srovnání s průměrnou měsíční mzdou v národním hospodářství v České republice (25 128 Kč). Celkový plat zaměstnanců ve zdravotnictví tvoří 1,2násobek průměrné mzdy v národním hospodářství v ČR.

Lékaři mají 2,4násobek průměru

Celkový průměrný měsíční plat lékařů a zubních lékařů v roce 2013 činil 60 635 Kč. Proti roku 2012 se snížil o 0,7 %. Průměrný plat lékařů a zubních lékařů odměňovaných podle platových tarifů v roce 2013 činil 58 837 korun, z toho tarifní plat 30 031 Kč. Průměrný měsíční plat lékařů a zubních lékařů je přibližně zkrát vyšší ve srovnání s celkovým průměrným platem všeobecných ses-

ter a porodních asistentek i s celkovým průměrným platem zaměstnanců ve zdravotnictví celkem. Jak ÚZIS uvádí, celkový průměrný plat lékařů a zubních lékařů představoval 2,4násobek průměrné mzdy v národním hospodářství v ČR.

Z celkového počtu 11 635 lékařů a zubních lékařů bylo 56 % zařazeno ve 14. platové třídě s průměrným měsíčním platem 68 542 Kč a tarifním platem 33 838 korun. Ve 13. platové třídě s průměrným měsíčním platem 52 128 Kč a platovým tarifem 28 358 Kč bylo zařazeno 12,4 % lékařů a zubních lékařů a 26,6 % ve 12. platové třídě s průměrným měsíčním platem 39 451 korun a platovým tarifem 22 663 Kč.

(pokračování na straně 2)



MUDr. Jiří Běhounek:
O revizi systému financování nemocnic se hovoří roky, ale zatím není na obzoru žádný návrh nebo řešení. (více viz str. 6)

Foto: Anna Vacková / EIS

Inzerce M141000984

25LET



www.promedcs.eu



PRO.MED.CS
Praha a.s.

ČESKÁ NEZÁVISLÁ FARMACEUTICKÁ SPOLEČNOST
VLASTNÍ VÝZKUM A VÝVOJ
ŠIROKÉ PORTFOLIO
OVĚŘENÉ, ÚČINNÉ A BEZPEČNÉ PŘÍPRAVKY
VÝVOZ DO 25 ZEMÍ SVĚTA



Z DOMOVA

Průměrný plat ve zdravotnictví vloni poklesl

(pokračování ze str. 1)

V roce 2012 bylo odměněno smluvním platem celkem 4,75 % lékařů a zubních lékařů ze všech lékařů a zubních lékařů odměňovaných podle platných předpisů o platu, v roce 2013 se jejich počet zvýšil na 6,92 %. Průměrný měsíční smluvní plat činil 84 829 Kč.

Většina sester v 9. až 11. třídě

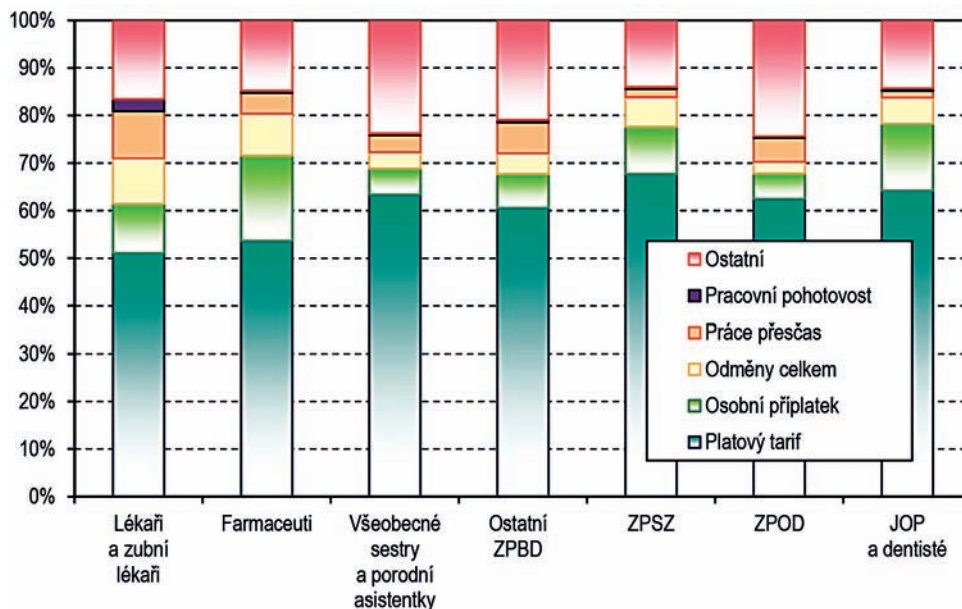
Průměrný plat všeobecných sester a porodních asistentek odměňovaných podle platových tarifů v roce 2013 činil 28 707 Kč, z toho tarifní plat 18 178 Kč. I celkový průměrný plat všeobecných sester a porodních asistentek se v roce 2013 proti roku 2012 snížil, a to o 1,5 %.

Převážná část všeobecných sester a porodních asistentek je zařazena v 9. až 11. platové třídě. Téměř 56 % všeobecných sester a porodních asistentek je zařazeno v 10. platové třídě s průměrným tarifním platem 17 507 Kč a jejich průměrný měsíční plat představuje částku 26 873 korun. V 11. platové třídě je zařazeno přes 32 % všeobecných sester a porodních asistentek s průměrným měsíčním platem 32 071 Kč a platovým tarifem 19 592 Kč. Necelých 8 % všeobecných sester a porodních asistentek bylo zařazeno v 9. platové třídě, u nich průměrný měsíční plat činil 22 644 Kč, platový tarif 15 689 Kč.

Průměrný měsíční plat zaměstnanců ve zdravotnictví celkem v ČR – členění podle kategorií

Kategorie zaměstnanců	Průměrný měsíční plat		Meziroční přírůstek	
	2012	2013	Kč	%
Lékaři a zubní lékaři	61 078	60 635	-443	-0,7
Farmaceuti	43 213	42 271	-942	-2,2
Všeobecné sestry a porodní asistentky	29 150	28 706	-444	-1,5
Ostatní zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí (ostatní ZPBD)	28 878	28 825	-53	-0,2
Zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí (ZPSZ)	29 016	28 831	-185	-0,6
Zdravotničtí pracovníci nelékaři pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)	19 510	19 281	-229	-1,2
Jiní odborní pracovníci (JOP) a dentisté	26 366	26 175	-191	-0,7
Pedagogičtí pracovníci	29 128	26 459	-2 669	-9,2
Technicko-hospodářští pracovníci	28 092	28 187	95	0,3
Dělníci a provozní pracovníci	15 694	15 577	-117	-0,7
Celkem	30 403	30 174	-229	-0,8

(odměňování podle platných předpisů o platu)



Struktura průměrného měsíčního platu u odborných pracovníků ve zdravotnictví celkem v ČR v roce 2013 (odměňování podle platných předpisů o platu) | Zdroj: ÚZIS

Podrobný přehled o výši celkového průměrného měsíčního platu u jednotlivých kategorií zaměstnanců v roce 2013 a porovnání s rokem 2012 ukazuje tabulka.

Platy klesly i podnikatelům

V privátních organizacích (zařízení ústavní péče podnikatelské sféry, ordinace praktických lékařů, ordinace lékaře-specialisty, ordinace zubního lékaře, zařízení domácí zdravotní péče, rehabilitace, zubní laboratoře, odborné labora-

toře, lékárny, výdejny zdravotnických prostředků, sdružená ambulantní zařízení a zdravotnická střediska) a ve všech lázeňských organizacích dosáhla průměrná měsíční mzda výše 25 314 Kč, u lékařů a zubních lékařů 54 863 korun, u všeobecných sester a porodních asistentek 23 647 Kč. Průměrná měsíční mzda v lázeňských zařízeních (státních i nestátních) v roce 2013 dosáhla u lékařů a zubních lékařů výše 51 184 Kč a u všeobecných sester a porodních asistentek 20 183 Kč.

Oproti roku 2012 poklesla průměrná měsíční mzda o 0,5 %. Podnikatelé (osoby samostatně výdělečně činné a podnikatelé-zaměstnavatelé) nepobírají mzdu, ale podnikatelskou odměnu, takže nejsou zahrnuti do mzdového výkaznictví. Jak ÚZIS upozorňuje, tato skutečnost se pak nepřímě odráží v celkové úrovni mezd v zařízeních odměňovaných podle platných předpisů o mzdě a podle úřadu komplikuje porovnání s údaji o úrovni platů v národním hospodářství ČR. V porovnání s průměrnou mzdou v České republice (25 128 Kč) měli tito zaměstnanci mzdu o 186 Kč vyšší.

Od roku 2012 je možné v souladu se zákoníkem práce odměňovat zaměstnance buď podle platových tarifů, nebo nově smluvním platem. Z informací ÚZIS vyplývá, že z celkového počtu zaměstnanců bylo v roce 2013 odměňováno celkem 1,09 % zaměstnanců smluvním platem. Proti roku 2012 se počet takto odměňovaných zaměstnanců v roce 2013 zvýšil o 0,34 %, tj. ze 700,48 na 1009,96 osob.

Zvýšení tarifů o 5 procent

Podíl tarifního platu na platu celkovém byl v roce 2013 nižší u lékařů a zubních lékařů

a představoval 51 % průměrného měsíčního platu. U všeobecných sester a porodních asistentek tvořil 63 %, u ostatních zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (ostatní ZPBD) 61 %. Nejvyšší podíl tarifního platu (68 %) měli zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí (ZPSZ).

O navýšení tarifní složky platů jednali počátkem srpna zástupci Českomoravské konfederace odborových svazů a vlády. Při jednání o platech ve zdravotnictví, kterému byl přítomen i šéf resortu Svatopluk Němeček (ČSSD), odbory zopakovaly svůj požadavek na výraznější nárůst v příštím roce. „Za odbory jsme sdělili, že pro příští rok bychom chtěli zvýšení tarifních platů pro zaměstnance, a to minimálně o 5 procent. Je to naprosté minimum, pod které určitě náš odborový svaz v žádném případě nepůjde,“ uvedla předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR Dagmar Žitníková. Zástupci koalice ale na tento požadavek prozatím neodpověděli, jednání by měla pokračovat v září. Odměny ve zdravotnictví jsou podle předsedkyně Žitníkové také kvůli výše zmíněnému meziročnímu poklesu platů tristní. Zaměstnanci nemocnic jsou podle jejích slov neklidní a Dagmar Žitníková vítá, že diskuse o platech s ministrem Němečkem budou po prázdninách pokračovat. Kdyby k požadovanému navýšení tarifů nedošlo, předsedkyně nevyloučila možnost nátlakové akce.

Dojde na reorganizaci platů?

Ministr financí Andrej Babiš po jednání s odbory připustil, že se sice každý rok vybere více na zdravotním pojištění, ale na platech zaměstnanců resortu se to neodráží. Chce proto věc podrobněji analyzovat. To naši redakci potvrdila také mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová. „V současné době probíhá jednání na úrovni ministrů zdravotnictví a financí o možné reorganizaci systému platů ve zdravotnictví. Nejde jen o prosté navýšení platů, ale uvažuje se i o možné změně poměru tarifní složky mzdy a práce přesčas, a to ve prospěch tarifní složky. Jednání, která by pravděpodobně vyžadovala širší legislativní změny, jsou ve svých počátcích a nelze v tuto chvíli předjímat jejich výsledek,“ uvedla mluvčí Čechová.

Platy lékařů? **Není nač si stěžovat**

„Ačkoli jsou ve srovnání se Západem zdejší platy lékařů stále výrazně nižší, na lokální české poměry jsou solidní,“ píše v komentáři Miroslav Zámečník.

Zdravotníci profesionálně byli po léta přesvědčeni o tom, že jejich platové ohodnocení neodpovídá významu a odpovědnosti jejich práce, natož pak ohodnocení jejich protějšků ve vyspělých zemích.



Ing. Miroslav Zámečník

Mezinárodní srovnání, založené nikoli na absolutní výši příjmů v přepočtu na korunu, ale na poměrových ukazatelích, srovnávajících například příjmy lékařů-specialistů s jinými kategoriemi vysokoškolsky vzdělaných zaměstnanců, jim v podstatě dávalo za pravdu. Tento trend se však v posledních několika letech obrátil a dnes jsou – podle dat ÚZIS a ČSÚ – na české poměry platy solidní. Kon-

krétně průměrný plat lékařů a zubních lékařů v roce 2012 převyšoval se 61 tisíci Kč o necelé 2 tisíce průměrný plat českých řídicích pracovníků, cokoli si o obsahu této kategorie myslíte. Plat úzké skupiny lékařů (loni 6,92 %) se smluvními

platy přesahuje svým ohodnocením průměrný plat řídicích pracovníků v Praze (v roce 2012, novější data ČSÚ neuvádí).

Dobrá příjmová perspektiva

Jakkoli jsou ve srovnání se Západem zdejší platy stále ještě výrazně nižší, v lokálních českých poměrech již relativní platové ohodnocení odpovídá. Jistě,

jde o celkové plnění po zahrnutí všech odměn a přesčasů, ale u řídicích pracovníků se na píchačky také nehledí.

Nehledě na malý meziroční pokles v loňském roce, který ovšem přišel po několika tučných letech (na rozdíl od soukromého firemního sektoru, který postihla recese a v rozpočtové sféře zase působilo zmrazení platů), navíc před sebou lékaři mají i solidní příjmovou perspektivu.

Spolu s techniky a specialisty z přírodních věd jsou to tři skupiny vysokoškolsky vzdělaných odborníků, kde lze očekávat růst příjmů i v budoucnu, zatímco například v případě ekonomů a právníků je poptávka již saturována a projeví se podstatně nižší příjmovou dynamikou, ne-li poklesem.

Dveře otevřené

Souvisí to také s potenciální mezinárodní mobilitou vysokoškolsky kvalifikované pracovní síly: zatímco „český“ právník, natož pak pedagog, sotva může praktikovat v bohatších členských zemích EU, a o ekonomech lze také pochybovat, pak lékaři, IT specialisté a další odborníci z úzkoprofilových technických a přírodovědných oborů mají dveře do zahraničí víceméně otevřené, pakliže jsou adekvátně jazykově vybaveni. Totéž platí přiměřeně i pro kvalifikované sestry a specialisty nelékaře. Často jsou ovšem s jazykovou výbavou na štíru a rovněž kontakt s pacientem je nezřídka hluboko pod západním standardem, což možnost migrace za vyšším ohodnocením dosti komplikuje.

Spočteno, zváženo

Potenciální mobilita je daná nejen zahraniční poptávkou a díky tomu reálnou uplatnitelností, ale také faktem, že lékařské fakulty v Česku mají velmi slušnou mezinárodní pověst. Díky poměru cena – výkon tak nemá problém si finančně přilepšit náborem zahraničních studentů, a to i v vyspělých zemích, kde je studium často velmi drahé nebo se praktikuje přísný *numerus clausus*.

Spočteno, zváženo, nemají si čeští zdravotníci – z hlediska příjmů – v podstatě nač stěžovat. Ještě tak odbourat papírování a zlobivé informační systémy, které i na nejlepších klinikách v Česku dovedou pěkně potrápiti, zlepšit systémem postgraduálního vzdělávání a kolegiální vztahy na pracovišti (mnohde to spíše připomíná nějaký feudální systém), a je to jedna z nejperspektivnějších profesí v Česku.

Kauza Diag Human končí. Nezapomeňte!

Spor státu s firmou Josefa Štávy je nevyčerpatelnou studnicí nejrůznějších poučení. Některá jsou i optimistická.

Bývalý mluvčí ministerstva zdravotnictví a novinář Tomáš Cíkr si stěžuje na svou zánovní knihu „Krev a peníze aneb Pravda o kauze Diag Human“ než přezkumný rozhodčí



Martin Čaban

nález vydaný na konci července. Cíkr vydal svou skutečně pozoruhodnou publikaci na začátku roku a precizní rešeršní i analytickou práci dospěl v samém závěru své práce k přesvědčení, že pozice firmy Diag Human je ve sporu s Českem už natolik slabá, že její definitivní prohra je jen otázkou času.

Když se nedaří...

Ten čas trval od vydání knihy necelých sedm měsíců. Aby byl obraz zoufalství firmy Josefa Štávy ještě barvitější, přišla před pár dny zpráva z USA, kde tamní exekuční soud zamítl žalobu Diagu, který se domáhal zabavení českého majetku na americkém území. Spojené státy ame-

rické se tak staly pátou zemí v řadě, která na snahu Diagu o exekuci českých majetků v zahraničí reagovala na chlup stejně. Když se nedaří, tak se zkrátka nedaří.

Celá ta patálie trvala dlouhých osmnáct let, je z mnoha důvodů mimořádně pozoruhodná a neměla by v žádném případě upadnout v zapomnění. Předně jako ukázka toho, co vše bylo v půlce devadesátých let možné zkusit. Celá konstrukce „arbitráže po česku“ postavená na argumentu, že se rozhodne rychle, zatímco soudy by se táhly léta, připomíná z dnešního pohledu výtvor trochu geniálního a hodně šíleného vědce. Včetně toho aspektu, že z kauzy se postupně podařilo stvořit monstrum, které děsilo občany, právníky, politiky i novináře a šířilo kolem sebe auru absolutní nepochopitelnosti a mimořádné nebezpečnosti. V tomto ohledu by doktor Jiří Oršula, hlavní architekt arbitráže na straně Diagu,

měl skutečně vstoupit do odborné historie jako doktor Frankenstein právní praxe.

Poselství, jemuž je třeba naslouchat

Kauza však v sobě nese důležitější a obecnější poselství, jemuž by měli naslouchat hlavně dnes tolik moderní političtí škarohlídi, podle nichž jde stát a jeho správa od sametu už jen od desítky k pěti. Chování státu během těch osmnácti let jasně ukazuje, že hledání solidního standardu v právním boji za státní zájem trvalo dlouho, ale bylo úspěšné. Od raných fází, v nichž si Diag Human vodil na řetízku ministerské náměstky a postoj státu se měnil snad ještě častěji než ministři zdravotnictví, až po postupné vyčlenění kauzy z výlučné působnosti ministerstva, vznik právních týmů a zrod specializovaného Úřadu pro zastupování státu ve věcech majetkových. Připomeňme, že právní obsluha kauzy Diag Human dokázala v konečné fázi fungovat léta konzistentně bez



ilustrační foto: Shutterstock

ohledu na střídání politických garnitur, což není zcela obvyklé. Při pohledu na tento posun snad lze optimisticky usuzovat, že také v jiných oblastech fungování státu dochází k podobné pozitivnímu vývoji, jakkoli to jde pomalu či podivnými cestami. Nebyla to žádná idylka. Nechybělo moc a z Josefa Štávy mohl být miliardář na účet českých daňových poplatníků. Víc než tři sta milionů dostal v roce 2002 a od ro-

ku 2008 měl v kapse papír, jenž mu nepravomocně přiřkl nějakých devět miliard. Je velmi dobře možné, že kdyby se Štáva sám nedopustil několika velkých chyb (konflikt s Jiřím Oršulou, rezignace na výběr jednoho z rozhodců), mohlo být dnes leccos jinak. Ale zásluhu na straně státu, který se za pět minut dvanáct dokázal zkonsolidovat k obraně vlastních zájmů a peněz, to zase tolik neumenšuje.

Z DOMOVA

Neshoda nad možným vznikem poštovních lékáren

Česká pošta stále připravuje projekt poštovních lékáren. Výdej volně prodejných léků na svých pobočkách zatím sice neodsouhlasilo ani vedení pošty, SÚKL či ministerstvo zdravotnictví, přesto záměr již v přípravné fázi vyvolává u odborné zdravotnické veřejnosti negativní reakce.

Po vlně odporu, který se zvedl po zveřejnění snah státního podnikatele Česká pošta (ČP) zavést na pobočkách prodej cigaret, dopadá na ČP další vlna kritiky. Tentokrát za návrh možného objednání a výdeje OTC léků na pobočkách (tzv. *pick-up model*), a to pod křídly společnosti Euroclinicum. Klienti pošty by si přímo na přepážce léky objednali a zde také vyzvedli. „Velmi jednoduše řečeno – Česká pošta chce doručovat volně prodejné léky a potravinové doplňky. Pokud si zákazník objedná jednu ze zmíněných komodit na internetu, pošta mu ji doručí. Protože je celý projekt zaměřen na vesnice a odlehlá místa, kde lékárny nejsou, chce nabídnout těm, kteří s internetem nemají dostatečné zkušenosti, možnost objednat léky přímo na poštovní pobočce. Protože se jedná zejména o naše starší spoluobčany, projekt má také silný sociální aspekt,“ uvedla v tiskové zprávě mluvčí České pošty Marta Selicharová.

O definitivním spuštění projektu zatím není rozhodnuto ani v rámci ředitelství pošty. Dosud jej neodsouhlasil generální ředitel ČP Martin Elkán. „V současné době procházejí z rozhodnutí generálního ředitele všechny projekty České pošty revizí, týká se to i projektu poštovních lékáren,“ dodala mluvčí Selicharová. Nezáleží ale jen na rozhodnutí ředitele Elkána, svou roli sehrává především Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), který poště projekt vrátil po první jednání s tím, že tento nesmí odporovat zákonu o léčivech.

Výdej poštou zákon nepřipouští

Již před dvěma lety vydal SÚKL pokyn (LEK-16), v němž po novelizaci zákona zpřesnil právě předpoklady zásilkového prodeje a výdeje. „Výdej léčivých přípravků, včetně zásilkového výdeje, jsou v lékárnách oprávněni provádět pouze farmaceuti a dále farmaceutičtí asistenti, jde-li o léčivé přípravky, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis. Výdej



léčivých přípravků jinými osobami nebo jiným způsobem než výše uvedeným zákon nepřipouští. Jedná se například o nabídky služeb spočívající ve zprostředkování dodávek léčivých přípravků formou zřizování sběrných míst pro příjem objednaných léčivých přípravků (či dokonce receptů), donášková služba provozovaná v rámci podnikatelské činnosti či služba posílčka za úplatu apod.,“ uvádí se v dokumentu SÚKL.

„Ústav při jednání s Českou poštou apeloval na to, že musí být zachována bezpečnost českých pacientů a zároveň nesmí být ohrožena role lékárníků, jakožto garantů této specializované služby pacientům. Kromě toho byly zdůrazněny veškeré požadavky zákona na zásilkový výdej léčivých přípravků a s tím související činnosti. Ústav nemůže akceptovat žádný podnikatelský záměr, který by odporoval zákonu. Ze strany České pošty stále probíhá dopracování celého projektu, který ústavem doposud nebyl finálně schválen,“ uvedl ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta pro server Apatykář.

Bezpečnost pacienta, či hazard

Česká lékárnická komora (ČLnK) dokonce považuje nakládání s léky v rámci poštovních poboček za hazard se zdravím obyvatel. „Návrh vedení České pošty na poskytování zdravotních služeb

tímto personálem však není ničím jiným než snahou o výdělek bez ohledu na následky, které mohou být doslova nedozírné. Česká lékárnická komora odmítá praktiky České pošty, která si neustále hledá uplatnění v oborech, v nichž zásadně ohrožuje zdravotní stav obyvatel, a důrazně doporučuje jejímu vedení, aby upustilo od hazardování se zdravím obyvatel a používání klamavých praktik,“ uvedl na adresu projektu poštovních lékáren prezident ČLnK Lubomír Chudoba. Proti stanovisku lékárníků se ale ČP slovy své mluvčí ohradila. „Že na poště není odborný dozor, nepovažujeme za relevantní argument. Pokud si někdo dnes na některém z již existujících internetových obchodů objedná volně prodejný lék nebo potravinový doplněk ze svého domova, odborného poradce nemá. Pošta se rozhodně nepouští na tenký led především proto, že celý projekt připravuje s renomovaným zdravotnickým zařízením, které přineslo *know-how* a je v této oblasti odborným garantem,“ popsal mluvčí Selicharová.

A právě seniori...

Záštitu společnost Euroclinicum však ČLnK nepovažuje za relevantní. Jak prezident Chudoba zdůrazňuje, právě seniori jsou v důsledku užívání jiných léků, přítomnosti některých onemocnění a metabolických změn sou-

visejících s věkem jednou z nejohroženějších skupin z hlediska správného a zejména bezpečného užívání léků. „Z pohledu vhodnosti daného léčiva pro řešení obtíží pacienta, interakcí s jinými léky a v neposlední řadě také z hlediska kontraindikací je zcela zásadní, aby pacient dostal kvalifikované poradenství v této oblasti, aby mu byly doporučeny pouze vhodné a nezbytné léky,“ uvedl Lubomír Chudoba.

Až 20 milionů pokuta

Poměrně jasné stanovisko vyjadřuje také ministerstvo zdravotnictví. „Zásilkový výdej může zajišťovat pouze provozovatel lékárny. Lékárna zajišťující zásilkový výdej přitom odpovídá za jakost léčivých přípravků, a to i v případě, že si zajistí smluvně přepravu léčivých přípravků u jiné osoby. Upozorňuji, že zacházení s léčivými přípravky jinak než v souladu se zákonem o léčivech je zakázáno. Pro zacházení s léčivými přípravky tento zákon stanoví řadu podmínek, mimo jiné právě výdej léků zásadně v lékárnách. Porušení zákona o léčivech je v nejzávažnějších případech neoprávněného zacházení s léčivými vymezeno správním deliktem se sankcí až do 20 milionů korun,“ sdělila naší redakci mluvčí ministerstva Štěpánka Čechová. Ministerstvo také připomíná, že lékárna zajišťující zásilkový výdej odpovídá za jakost léčivých pří-

pravků, kdy je provozovatel lékárny povinen garantovat balení a dopravu zásilek léků, které zajistí zachování jejich jakosti, a odpovídá za jakost léčivých přípravků, a to i v případě, že si obstará smluvně přepravu léčivých přípravků u jiné osoby. Lékárna musí také zajistit informační službu poskytovanou farmaceutem nebo farmaceutickým asistentem, musí také shromažďovat a předávat informace o podezření na nežádoucí účinky a závady v jakosti léků, které jí byly oznámeny.

Čeká nás účelová změna zákona?

„U léků vázaných na předpis současná legislativa neumožňuje, aby byly předmětem zásilkového výdeje. Ministerstvo zdravotnictví v současné době ani neuvažuje o novele, která by umožnila změnu v této oblasti,“ uvedla rovněž v této souvislosti Štěpánka Čechová. Prezident lékárníků Chudoba ovšem upozornil na fakt, že i přesto je očekáván účelový návrh novely zákona o léčivech, který podle Lubomíra Chudoby zásadně poškozujícím je léčiv. „Dostáváme se tak opět do situace, kdy je v důsledku lobbistických tlaků, jejichž cílem je především zisk bez ohledu na důsledky, připravována změna právních předpisů. Jejím cílem není ve skutečnosti sociální účel a pomoc pacientům, ale další vyvádění některých částí zdravotnictví mimo tento rezort. Česká republika se tak může stát v případě přijetí účelové novely zákona prvním státem EU, který půjde zcela proti deklarovaným zásadám zvyšujícím bezpečnost v zacházení s léčivými,“ obává se prezident ČLnK.

Jak se k problematice postaví zákonodárci, lze těžko předvídat. Jak ale uvedl například člen Výboru pro zdravotnictví PSP a poslanec za TOP 09 PharmDr. Jiří Skalický: „Nechť se Česká pošta stará o to, k čemu je podle zákona určena, a problematiku léků, jejich účinku, kombinací a rizik podávání nechá na starost zdravotníků, kteří k tomu mají vzdělání a rozumí dané oblasti. Ryze český experiment, který nemá ve světě obdoby, považuji za velmi rizikový pro zdraví českých občanů.“

Česká pošta už není pro „mladý, chudý, černý a hloupý“, je pro starý

Vypráví se, že v jednom soudním procesu proti tabákovému koncernu prohlásil jeho výkonný ředitel: „My ten hnus nekouříme, jenom ho prodáváme mladým, chudým, černým a hloupým!“ Tenhle příběh není tak úplně pravdivý. Nebylo to u soudu, řekl to Davidu Goerlitzovi,



PharmDr. Stanislav Havlíček

kteří hrál v reklamě na cigarety tabákového koncernu R. J. Reynolds. Ten od konce 80. let minulého století směřoval své marketingové aktivity právě do těchto spotřebitelských skupin, své kampaně cílil na mladé, chudé, barevné a hloupé. Když tuto marketingovou strategii o deset let později odsoudila média a následně také americká justice, zaměřil se marketing prakticky všech tabákových gigantů na extravagantní komunitu s odlišnou sexuální orientací. Tomu také přizpůsobil spektrum produktů a cigarety získaly užší profil a širší spektrum barev, vůní a příchutí. A co má tenhle tabákový úvod společného s Českou poštou? Sáзка na jistý příjem „hříšných peněz“ od mladých, hloupých, černých a chudých manažerů České pošty nevyšla a výpadek z příjmů se snaží najít v jiné cílové skupině. Protože portfolio známek obohataly místo ochuceného lepidla neolizovací známky-samolepky a navoněný dopisní papír mnoho extravagance nenabízí, zvolili na poště jinou, „náhradní“ cílovou skupinu než tabákový průmysl. Seniorsy.

Pro seniorskou populaci, která nemá na venkově přístup k internetu, prý vybudují na přepážkách venkovských pošt takzvanou „poštovní lékárnu“.

*Jede, jede, poštovský panáček,
jede, jede, poštovský pán.
Nad hlavou má laso,
vybírání inkaso.
Jede, jede, dojel až k vám.*

Není lékárna jako lékárna

Mohlo by se zdát, že jde o altruistický až charitativní počin, jenže já to vidím trochu jinak. Lékárna je především zdravotnické zařízení, a i když se mnozí snaží dokázat, že léky jsou „jenom“ zbožím a prodávat(!) je umí každý, není to pravda. Léky mají svoji cenu (pokud fungují), a dokud budou pa-

cienti, mají také svoje stále odběratele. Morální dilema tabákového průmyslu – vyrábět a prodávat, co má potenciál uživatelům škodit – je v obdobně rizikové skupině léků vyřešeno regulací. Při nesprávném použití léky nejenže mohou, ale také své uživatele poškozují. Proto je

jejich výdej omezen a nakládat s nimi mohou jen odborníci s příslušným vzděláním, farmaceuti (VŠ) nebo farmaceutičtí asistenti (SŠ, resp. VOŠ). Morální dilema bezpečí uživatelů versus vyšší obrát – vyšší zisk by mělo být řešeno vhodným nastavením odměňování této činnosti, které není závislé na objemu prodeje ani ceně vydaných léků.

Státnímu podniku Česká pošta nikdo nebrání zřídit opravdovou lékárnu. Vedle ministerstva zdravotnictví, pod které spadají lékárny ve fakultních nemocnicích, a ministerstva obrany, které má na starosti lékárny nemocnic vojenských, by mohlo svou lékárnu zřídit také ministerstvo vnitra. Kdyžby takovou lékárnu zřídilo v některé ze zrušených pošt na venkově, mohla by se klidně jmenovat „Poštovní lékárna“ nebo lékárna „Na poště“. K tomu by ale museli poštovní manažeři splnit všechna kritéria daná zákonem, zaměstnat nějakého farmaceuta a ten by byl zodpovědný za všechna rizika, jež mohou nastat.

Pošta místo toho volí jinou variantu. Nezřídí lékárnu, jen přepážku s přístupem na internetovou stránku, na které se prodávají některé vyhrazené léky (na průjem a teplotu), vitamíny a potravinové doplňky. Taková poštovní lékárna má k lékárně asi tak daleko jako vzkaz v láhvi v Indickém oceánu k poštovní schránce v Jindřichské ulici.

Vzdělání a padělky

Požadavky na vzdělání pracovníka u přepážky? Stačí ukončená základní škola a třítydenní kurs „operátor poštovního provozu“. Nad přepážkou bude honosný nápis „Poštovní lékárna“. Deset nepovinných obstaravatelských služeb (důchodová služba, kolky, dálniční kupóny, SIPO, sázkové a loteriijní služby, komisi prodej, bankovní a pojišťovací služby, roz-

hlasové a televizní poplatky, telekomunikační služby a jiné) rozšíří službu jedenáctá, které můžeme zatím říkat „asistované objednávání v e-shopu“.

Pokud nemají babičky a dědečkové na venkově (nebo kdekoli jinde) ani vnučata internet, bude třeba, aby jim obsluhu terminálu pracovník poštovní přepážky zprostředkoval. Další proces už je standardní objednání, zaplacení a doručení zásilky prostřednictvím České pošty. O ceně služby se zatím mlčí, ale určitě se skrývá někde ve výši poštovného a provizi za zprostředkování prodeje. Logicky z toho vyplývá, že se státní podnik Česká pošta pouze snaží zajistit podíl na obratu a přednostní právo na doručování zásilek objednaných jejím prostřednictvím.

Efektivita tohoto záměru je sporná. Absolutní většinu prodeje léků na internetu tvoří nelegální padělky a mnohé z nich už Česká pošta doručuje. Její manažeři se nás snaží přesvědčit, že lze problém řešit zřízením přepážky na poště. Množství nelegálních léků doručovaných prostřednictvím České pošty se tak ale nesníží. Jen se zvýší množství zásilek z legálních internetových lékáren, které Česká pošta doručuje. V absolutní většině to jsou potravinové doplňky. Na rozdíl od léků nemusí fungovat, stačí, když neškodí. Chyťte vytvořená reklama navíc může vyvolat dojem, že fungují.

Služby off-line seniorům nebo poštovní šmejdi

Sázka na „off-line seniory“ (rozuměj starší chronické pacienty s kombinovanou diagnózou a malým sociálním kontaktem) nespokojené se svou terapií může poště vyjít. Jsem v praxi 18 let a vím, že valná většina z nich si chodí k lékáři i do lékárny popovídat. Nejsou spokojeni s účinkem léčiv. Klouby pořád bolí, dámy mají potíže s udržením moči, pánové naopak s jejím vyloučením, špatně vidí, špatně tráví, špatně spí... Do lékárny chodí s vytvářenou stránkou z časopisu, kde je reklama na nějaký zážrak ze sortimentu potravinových doplňků, případně s fragmentem scénáře z reklamy v televizi, kde říkali, že jim to určitě pomůže. Často se nám povědě jim tyhle zážraky rozmluvit a neprodat. Někdy je to těžké, tahle generace našich pacientů pořád věří PRAVDĚ, kterou říkali v te-

levizi. A navíc když to pořád bolí a v televizi říkali, že to pomůže, jsou ochotni koupit cokoli. Ať na to padne půl důchodu. Na poště jim to objednájí bez povídání a asi i bez přemýšlení.

Přemýšlení je cizí asi i manažerům pošty. Populace seniorů sice roste, ale rychle klesá podíl těch, kteří nemají internet nebo s ním neumí. Ale na krátkou dobu může poště sázka na off-line seniory vyjít. Pokud vsází na ty, kteří listonošce výměnou za část doručeného důchodu rovnou předají seznam zážraků vytvořených při dopoledním sledování reprízy seriálu „Ordinance“. Pacienti, nejenom seniori, tvoří zranitelnou skupinu. Jejich nemoc je staví do nevýhodné podřízené pozice, ve které selhávají některé obranné mechanismy. Novela zákona na ochranu spotřebitele se zabývá řešením problému tzv. „šmejdu“, kteří se nátlakovými metodami snaží zlomit k nákupe právě seniory. Plán pošty se snaží o totéž. Využít k prodeji právě handicap, kterým je pro seniory jejich choroba a nespokojenost s výsledky její terapie. Za vzletnými slovy o službě pacientům totiž není nic jiného než zpřístupnění nekomplikované a mnohdy nekompromisní objednávky a doručení produktu, na který je nejagresivnější reklama a který uživatelům neškodí.

*Poštovní pán přijel právě sem.
Poštovní pán se svým nákladem.
Když lék od nás nepomůže,
tak s ním boty zalepí!
Široký je výběr, tak bez obav přístup blíž.*

Jenže ono je všechno asi jinak. Možná nejde o sázku na venkovské seniory. Oni totiž, kromě neznanosti práce s internetem a řídkých sociálních kontaktů, mají také hluboko do kapsy. Většinu z nich v lékárně cena zážračných produktů z reklamy nezajímá, horko těžko totiž z nízkého důchodu zaplatí doplatky za léky, které jim předepsal lékař. Proto se nabízí otázka, pro koho to vlastně ti poštovní myslitelé připravují a co od takového projektu očekávají?

Co očekává zvolený partner České pošty, respektive jeho stoprocentní akcionář, investiční fond se sídlem na Maltě, je nabitelní. Minimálně návratnost investice, ale pravděpodobně také nějaký zisk. Očekávat zisk rozhodně není sprosté slovo, ale pokud je



Foto: Martin Pinkas / Euro

projekt orientován na tak malou a ekonomicky spíše slabší cílovou skupinu, asi mi něco důležitého uniká. Co bude chtít maltský investor od státního podniku, pokud investice, respektive její návratnost, nenaplní očekávání? Máme očekávat další arbitráž, která pustí žilou dalšímu státnímu podniku, nebo vyšší snahu poštovních manažerů o rozšíření cílové skupiny na movitější klientelu (ti už ale internet mají) nebo na širší sortiment léčivých přípravků (tolikrát už popřené léky na recept)? Můžeme se také dočkat opakovaní provedeního scénáře (dostavba Temelína, centrální úložiště SÚKL...) když už STÁT investoval tolik peněz, pojďme to dostavět, více využít, rozvinout...

Čekání na rekomando

Rozšiřování spektra doplňkových služeb na poště je také fackou do tváře nám všem, kteří od pošty i po skončení státního monopolu očekáváme zejména její primární úkol, jímž jsou poštovní služby. Už teď je to u nás na poště katastrofa. Na té nejbližší, právě v takové vsi s necelými devíti stovkami obyvatel, mají jedinou přepážku otevřenou 3 hodiny denně, od 8:30 do 9:30 a pak ještě od 13:00 do 15:00. V té druhé nejbližší, kam mám alespoň šanci se dostat, aniž bych si na to musel brát dovolenou, je přepážek celkem šest. Když jsem tam byl naposledy, byly otevřené tři, nejvíc, kolik jsem najednou viděl. Naneštěstí na všech probíhalo poskytování některé z deseti výše vyjmenovaných obstaravatelských služeb. Zavedení asistovaného objednávání e-sortimentu čekací dobu na rekomando určitě nezkrátí. Do budoucna navíc může „poštovní lékárna“ nabobtnat o další partnerské e-shopy, na venkově totiž nejsou ani prodejny elektro, nábytku nebo zahradní techniky. Když to nevyšlo s „hříšnými“ penězi za cigarety, třeba to poště vyjde s něčím jiným, někde totiž nemají ani hospodu.

P.S.: Rád bych na tomto místě upozornil, že s členem dozorčí rady České pošty Ing. Jiřím Havlíčkem nejsem v žádném příbuzenském vztahu a jde pouze o shodu příjmení.

Z DOMOVA

Anketa: Oddlužování nemocnic. Kdy dojde na systémové kroky?

Vláda ČR schválila na konci července jednorázový finanční příspěvek ve výši 700 milionů korun pro pražskou Nemocnici Na Bulovce a brněnskou Fakultní nemocnici u sv. Anny. Finance budou poskytnuty z vládní rozpočtové rezervy. Ministr zdravotnictví ovšem sám přiznal, že šlo o nesystémový krok.

Zeptali jsme se jak a popř. zda zbavit dluhů i nemocnice, které nejsou řízeny ministerstvem, a tudíž nedosáhnou na vládní rezervy.

MUDr. Jiří Běhounek,
hejtman Kraje Vysočina, předseda správní rady VZP



Není to bohužel poprvé, co stát oddlužuje své nemocnice. Děje se tak opakovaně a kraje, bez příspěvku státu a i přes pokles příjmů z RUD (rozpočtové určení daní, pozn. red.), jsou nuceny svým jimi zřizovaným nemocnicím též pomáhat. Pokud si nepřestaneme nalhávat, že je vše únosné, nehneme se dál. O systému financování a jeho revizi a úpravě se hovoří roky, ale zatím není na obzoru žádný návrh systému nebo řešení. Bezsporu nás čeká bolestná a náročná zhodnocení rozsahu poskytované péče, provázání center a posouzení jejich smysluplnosti a výkonnosti společně s řešením zdravotní sociální oblasti a rozsahu základní péče. Rovněž bude nezbytné stanovit kvalitativní předpoklady a kontrolu jejich dodržování. Peněz nebude nikdy dostatek.

MUDr. Vlastimil Bureš, CSc.,
předseda představenstva Zdravotnického holdingu Plzeňského kraje



Za financování zdravotnických zařízení je vždy zodpovědný jeho zřizovatel, ať je to vláda, kraj nebo soukromý subjekt. A zřizovatel pak musí dofinancovat případné ztráty, které z provozu nemocnice vznikly. To, že vláda oddlužila některé z jí zřizovaných nemocnic, tedy nepovažují za nic špatného ani diskriminačního (obdobně se to snaží dělat i kraje v rámci svých finančních možnos-

ti). Pokud se zařízení ocitá ve ztrátě dlouhodobě, je nutné je buď podpořit, popř. najít jiného provozovatele, má-li zřizovatel zájem na jeho zachování, nebo zrušit. S uvedeným dotazem je ale třeba spojit ještě jednu zásadní otázku, a to otázku správného a hlavně spravedlivého nastavení financování nemocnic ze systému zdravotního pojištění. Oprávněnou zodpovědnost za hospodaření zdravotnického zařízení totiž může nést zřizovatel tehdy, pokud za stejný výkon dostává jeho nemocnice stejné peníze jako ostatní zařízení. To bohužel stále neplatí – za stejný výkon dostávají různé nemocnice různé peníze. A to už je diskriminační. V tomto směru by měla vláda vyvinout větší tlak na zákonodárce a zdravotní pojišťovny, aby k tomu nedocházelo.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL. M.,
Platforma zdravotních pojištěnců



Při dolévání peněz z veřejného rozpočtu nejde jen o to, zda je konkrétní nemocnice potřebuje či zda si je „zaslouží“. Z pohledu práva nelze vyloučit, že dotace bude vnímána jako zásah do rovné soutěže mezi poskytovateli. Kdybychom měli národní zdravotní službu, ve které by státní nemocnice svorně pečovaly o zdraví lidí, stát by si je mohl dotovat, jak by chtěl. Dle současného práva ale máme cosi jako trh zdravotních služeb (byť notně pokřivený), na kterém státní, krajské i soukromé nemocnice soutěží (alespoň teoreticky) o přízeň pacientů a peníze zdravotních pojišťoven. Pokud si jeden soutěžitel musí na opravu střechy nebo splacení dluhů vydělat, kdežto druhý soutěžitel na to dostane dotaci či jiné zvýhodnění, je to nečestné a nesporné. Sebelepší podnikatel nemůže obstát proti konkurentovi přikrmovanému daňovými penězi.

Určitý precedens máme z lékárenství. Kraje dotovaly proplácení regulačních poplatků v krajských lékárnách, což znevýhodnilo lékárny soukromé – buď čelily úbytku pacientů, nebo musely také vrátet poplatky, ale ze svých zdrojů. Výsledné nekalosoutěžní spory kraje prohrály a musely platit náhrady v mnohamilionové výši. U nemocnic se to zatím moc neřešilo, ale jak správně varují kolegové zaměřeni na soutěžní právo a veřejné podpory, pro stát mohou z nesystémových dotací vzniknout významná právní rizika.

Širší otázkou související s dotací Bulovce a FNUSA je koncepce velkých veřejných nemocnic. Největší řetězec nemocnic u nás nevlastní pan Chrenek, ale stát. „Řetězec“ přímo řízených organizací MZ zahrnuje fakultní a další nemocnice, ústavy, lázně či léčebny a jeho roční obrát se počítá v desetimiliardách. Přesto však na rozdíl od „zlého řetězce“ nemá třeba jednotnou právní službu, přičemž konkrétní výběrová řízení na právníky byla u Bulovky pěkný průšvih řešený antimonopolním úřadem. Ředitel dokonce nemá problém nasadit drahé advokáty, najaté za státní peníze, i proti ministerské kontrole s cílem ji znemožnit či zpochybnit její závěry (viz kauza Homolka-Holte). Ministerstvo dosud nebylo schopno „své“ nemocnice přimět k tak základní věci, jako je přijímání sanitek, natož k zavazování jednotného nákupu, byf poslední informace naznačují, že se o něco takového alespoň pokouší. Na MZ chybí data, co a za kolik která jeho organizace nakupuje a jaké má skutečné náklady na péči, takže úhradová vyhláška se „vaří z vody“. Ministři své organizace neřídí, pouze neustále dluhy sanují penězi daňových poplatníků. Nejsem si jist, že je to tak správně.

Ing. Jaroslava Kunová,
předsedkyně Asociace Českých nemocnic a bývalá ředitelka Fakultní nemocnice Plzeň



Poskytování provozních dotací nemocnicím je zcela běžné u nemocnic řízených kraji a v některých případech i u ostatních zřizovatelů. U zdravotnických zařízení řízených ministerstvem zdravotnictví také někdy nastává situace, že je nutno zasáhnout a poskytnout finanční výpomoc. MZ ovšem tyto prostředky nemá, takže je nutno řešit tyto dotace přes vládu. Je však třeba analyzovat problémy a provést taková opatření, aby se situace neopakovala, což není jednoduché. Některé nemocnice za sebou táhnou závaží minulých chyb řízení nebo chybných investic, ze kterých je v některých případech nemožné se vlastními silami vymanit.

Dr. Stanislav Fiala,
výkonný ředitel Asociace českých a moravských nemocnic



Oddlužení ze státního rozpočtu má smysl v případech, kdy je již přímo ohrožena existence nemocnice. O to by u nestátních nemocnic musely usilovat kraje, které do svých nemocnic již vložily nemalé prostředky, případně města jako zřizovatelé dalších zařízení. Oddlužení však neřeší problémy financování zdravotnických zařízení jako celku. Nemocnice jsou zatíženy nedostatečnými úhradami poskytnuté péče z veřejného zdravotního pojištění a zejména neodůvodněnými rozdíly v těchto úhradách. Katastrofální úhradová vyhláška pro rok 2013 způsobila, že zůstatky na účtech zdravotních pojišťoven vzrostly z 15,2 mld. Kč v polovině roku 2013 na 23 mld. v polovině letošního roku. Oproti tomu závazky po lhůtě splatnosti

státních nemocnic ke konci roku 2013 činily 2,3 mld. Kč a nestátních 2,8 mld. Kč. Z toho je zřejmé, že zdravotní pojišťovny přenášejí veškerou tíži nedostatku zdrojů na nemocnice, dluhy nemocnic činí čtvrtinu přebytků pojišťoven.

Úhradová vyhláška pro rok 2013 drtivě působí ještě v roce letošním. Podle posledních informací z nemocnic zdravotní pojišťovny při vyúčtování roku 2013 požadují vrátit další stamiliony z bídných úhrad roku 2013.

Stát by měl místo oddlužování nemocnic udělat pořádek v hospodaření zdravotních pojišťoven. Také pojišťovny věst k tomu, aby se podílely na řešení vzniklého deficitu nemocnic. A především udělat pořádek v úhradách od zdravotních pojišťoven, zásadně změnit podobu složitých a nepřehledných úhradových vyhlášek, jejichž dopady na nemocnice nelze předem ani spočítat.

PharmDr. Jiří Skalický, Ph.D.,
poslanec Parlamentu ČR



Opravdu jde o nesystémový krok. Systémové řešení je zejména pro nemocnice této velikosti komplikované. Zcela určitě musí jít o úzkou spolupráci vlastníků, plátců zdravotního pojištění nebo zdravotních pojišťoven, managementu těchto nemocnic a ministerstva zdravotnictví. Plátců zdravotního pojištění a MZ by měli dát jasné zadání pro tyto nemocnice („co se od nich chce“), např. rozsah péče, specializace, dostupnost. Chci upozornit, že úhradová vyhláška MZ na letošní rok byla zcela jednoznačně nastavena ve prospěch nemocnic, a pokud si management těchto zařízení nedokáže s takto výhodně nastavenou situací poradit, je to opravdu na jednání výše uvedených subjektů/stran. Tato situace je naprosto typická pro pražské a brněnské zdravotnictví, kdy v této problematice do dneška nikdo nedokázal udělat pořádek.

Připravila Petra Klusáková

Oddlužení Bulovky a sv. Anny – konečně máme jistotu

U dotací státu a krajů ve prospěch nemocnic se často objevují pochybnosti a kontroverze a není jasné, zda jsou v souladu s právem. Nejsou si tím jisti příjemci, poskytovatelé a ostatně často ani zúčastnění právníci.

Při oddlužení Nemocnice Na Bulovce a FN u sv. Anny se ministerstvu zdravotnictví podařilo tento začarovaný kruh prolomit a dát nám konečně jistotu – **vládou schválené oddlužení je totiž zcela jasně protiprávní.**

Zakázaná veřejná podpora

V České republice máme systém zdravotních pojišťoven, kdy si pojištěnci platí zdravotní pojištění a pojišťovny posléze hradí jejich zdravotní péči. V českém systému jsou nemocnice považovány za soutěžitele a vztahují se na ně pravidla hospodářské soutěže a veřejných podpor. Tím se, zjednodušeně řečeno, lišíme například od Velké Británie nebo Španělska, kde mají národní zdravotní službu, zdravotní péče se hradí z daní a kde se na nemocnice pravidla hospodářské soutěže a veřejných podpor nevztahují. Přistoupením k EU se Česká republika zavázala neposkytovat zakáza-

nou veřejnou podporu, kterou by zvýhodnila jednu nemocnici oproti jiné. Konkrétně je tento zákaz vyjádřen v článku 107 (1) Smlouvy o založení EU. A aby nikdo nezůstal na pochybách, zavedli jsme si obdobné ustanovení – konkrétně § 19a – do našeho českého zákona o ochraně hospodářské soutěže. Tato pravidla, zjednodušeně řečeno, ministerstvu zdravotnictví a krajům zakazují vůči nemocnicím postupovat jako myšička, která rozdává kašičku systémem „tomu málo, tomu víc, tomu všechno, tomu nic“ a zvýhodňovat některé nemocnice na úkor druhých, například prostřednictvím přímé dotace, jako je tomu v současném případě. Pokud ministerstvo nebo kraj takovou dotaci hodlají poskytnout, musí nejdříve požádat o schválení Evropskou komisí, jinak se jedná o zakázanou veřejnou podporu se závažnými důsledky.

Nejhorší druh podpory

Z tohoto pravidla existuje důležitá výjimka v podobě doktríny služeb obecného hospodářského zájmu (SOHZ). SOHZ jsou takové služby, které jsou poskytovány všem nebo většině občanů a které by bez finanční intervence státu nebo krajů nebylo možné poskytovat. Kompenzace SOHZ ve zdravotnictví je považována za automaticky slučitelnou veřejnou podporu a není třeba schválení ze strany Evropské komise.

Ale dotace pro Bulovku a sv. Annu kritéria kompenzace SOHZ nenačiní, protože se jimi hradí ztráty z minulých let způsobené špatným hospodařením, není z nich zřejmé, které konkrétní SOHZ by měly být kompenzovány, a zcela chybí možnost kontroly přiměřenosti kompenzace a zajištění navrácení v případě nadměrné kompenzace. „Nepomáhají“ ani deklarace ministra o jejich nesystémovosti. V případě Bulovky a sv. Anny se jedná o tzv. operativ-

ní veřejnou podporu soutěžitelům v potížích, která je považována za nejhorší možný druh nezákonné veřejné podpory, protože se při ní peníze poskytují nejméně efektivním nemocnicím bez dostatečných záruk účinné změny a nenarušení hospodářské soutěže mezi nemocnicemi.

Odvaha hájit svá práva

Je jen otázkou času, kdy se proti takovým krokům začnou poškození – typicky ostatní soutěžící nemocnice, které podporu neobdržely a jsou tak znevýhodněny – bránit. Mají řadu možností – obrátit se na soud s nekalosoutěžní žalobou žádající kompenzaci vzniklé újmy a/nebo s žalobou požadující zákaz poskytnutí veřejné podpory, mohou se také obrátit na Evropskou komisii nebo Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) a žádat o prošetření podpory a její navrácení.

Při navrácení veřejné podpory musí příjemce zaplatit sankční úrok, který se vypočte jako bazický úrok plus 10 % *per annum*. Žádný z těchto kroků není pro stěžovatele nijak zvláště finančně náročný, jde jen o odvahu postavit se ministerstvu či kraji a hájit svá práva. Zkušenost s takovým postupem je například z Německa, kde zakázanou veřejnou podporu ve prospěch státních nemocnic napadala soukromá společnost Asklepon Kliniken.

Otázka za milion

V České republice cestu nemocnicím prošlapaly soukromé lékárny, které zažalovaly kraje nezákonně proplácející regulační poplatky, u soudů uspěly a domohly se jak zákazu proplacení poplatků, tak značného finančního odškodnění. Mimochodem, proplácení regulačních poplatků v krajských lékárnách bylo v roce 2010 ukončeno proto, že se o proplácení začala váženě zajímat Evropská komise, která dopisem ÚOHS důrazně upozornila na to, že se jedná o nepovolenou veřejnou podporu.

Je nějaký podstatný rozdíl mezi krajem, který přes krajské lékárny proplácí regulační poplatky a poškozují tak ostatní lékárny, a ministerstvem, které poskytuje nesystémové prostředky neefektivním nemocnicím a poškozují tak ostatní nemocnice, které takové prostředky neobdrží a se zvýhodněnými musí o pacienty soutěžit? Otázka za milion, možná za víc. Já žádný podstatný rozdíl nevidím. Odpověď se můžeme dozvědět záhy, stačí jedna odvážnější poškozená nemocnice, která se bude domáhat svých práv. Vysvětlit situaci srozumitelně soudci, Evropské komisi nebo ÚOHS není až tak složité.

JUDr. Martin Abraham, advokát,

Abraham & Partneři, advokátní kancelář, s. r. o.

Inzerce M141001141



Vážená paní doktorko, vážený pane doktore

dovolte mi Vás jménem Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) informovat o vzniku iniciativy **Transparentní spolupráce**, jež významně ovlivní některé aspekty **spolupráce mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem v Evropě**.

Iniciativa vznikla na základě přijetí kodexu Disclosure Evropskou federací farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA) v roce 2013. **Kodex Disclosure** byl **1. ledna 2014** přijat také v České republice a je nyní závazný pro všechny členské společnosti EFPIA, v ČR tedy především, nikoliv však výhradně, pro členy Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP).

Iniciativa Transparentní spolupráce reaguje na sílící tlak veřejnosti, politiků

i médií na zprůhlednění a objasnění principů spolupráce mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem a také na situace, kdy je opakovaně napadána integrita zdravotnických odborníků při předepisování léčiv. EFPIA si tyto tlaky uvědomuje a po diskusi s odbornými i průmyslovými kapacitami přistoupila k realizaci iniciativy.

Cílem této celoevropské iniciativy je **objasnit rozsah i povahu spolupráce mezi zdravotnickými odborníky, zařízeními a farmaceutickými společnostmi a ozřejmit výši souvisejících plateb**. Její podstatou je zveřejnění individuálních či souhrnných informací dle konkrétního obsahu spolupráce mezi farmaceutickým průmyslem, zdravotnickými odborníky a zařízeními. Data budou poprvé zveřejněna nejpozději 30. června 2016, a to zpětně za období jednoho roku. První

zveřejněná data se tak budou vztahovat k roku 2015.

AIFP i její členské společnosti si **váží spolupráce s Vámi. Jsme plně připraveni zodpovědět veškeré Vaše dotazy k iniciativě Transparentní spolupráce**. Více informací naleznete na webových stránkách www.aifp.cz a www.transparentni-spoluprace.cz.

S pozdravem

Mgr. Jakub Dvořáček

Výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu

Z DOMOVA

Dobré nákupy léků do nemocnic

– jisté dodávky a dlouhodobé vztahy

Výkonný ředitel/jednatel společnosti ViaPharma a předseda Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) PharmDr. Michal Krejsta, MBA, hovoří o vztazích mezi distributory a nemocnicemi.

Segment nemocnic je z ekonomického hlediska stále nestabilní, úhradová vyhláška (ÚV) se jej snaží stabilizovat. Jaký ekonomický potenciál má z hlediska distributorů? Podle ÚV půjde nejvíce prostředků do krajských nemocnic, odraží se to u těchto zařízení i vyšším nákupem léků?

Klíčovým faktorem úspěšné spolupráce s nemocnicemi je dlouhodobě jejich platební morálka. Všeobecně lze konstatovat, že segment nemocnic generuje dluhy, protože většina z nich hospodaří se záporným výsledkem v řádu miliard korun. Nemocnice stále častěji neplatí včas a tento problém se kumuluje.

Nemocnice se do této tíživé situace dostaly především tzv. pilovitým financováním, kdy se střídají roky s pozitivním a negativním nárůstem úhrad. Zásadním problémem je nerovnost v hrazení srovnatelných služeb kvůli nejednotným základním sazbám pro jednotlivé zdravotní pojišťovny v každé nemocnici. Aktuálně se odraží také zrušení regulačního poplatku za den hospitalizace, jehož propad se odhaduje ročně na více než 2 miliardy korun. Tuto ztrátu deklaruje MZ plně navrátit, a to rovnou a transparentní cestou.

Podle modelace dopadů úhradové vyhlášky na rok 2014 vytěží dle zřizovatele z růstu plateb za pojištění nejvíce nemocnice krajské (včetně krajských s. r. o. a a. s.), a to v predikované výši 1,8 miliardy korun, což je o víc než 7 procent. V těsném závěsu dostanou přidáno nemocnice přímo řízené MZ ČR, a to ve výši 1,5 miliardy (téměř 5% relativní nárůst). Tyto dva segmenty tak dohromady odčerpají plných 80 procent z čistého nárůstu prostředků určených pro nemocnice v letošním roce. Osobně si myslím, že část z této mimořádné finanční injekce se jistě odraží i ve vyšším nákupu léků, ale primárně těch dražších, vysoce inovativních a specifických. Vzdle toho snižování cen a úhrad dlouhodobě vede k odloučení většího množství převážně chro-

nických pacientů za stejných či nižších nákladů.

Nakupují nemocnice v systému DRG více než centrová zařízení, která hospodaří s globálním paušálem?

DRG systém je princip platby/úhrady za produkci účtovaným mechanismem případového paušálu, který je dnes páteřním mechanismem úhrady hospitalizační složky akutní lůžkové péče. Minimálním limitem risko-koridoru pro tento rok je 97% úhrady roku 2012 vynásobený koeficientem Kpp (koeficient přechodu pojištěnců) a krácený v případě poklesu skutečné výkonnosti. Naopak maximálním limitem je 150% úhrady.

Centrová léčba má jinou metodiku úhrady, jejíž výpočet se zakládá na unikátních pacientech, kdy referenčním rokem je rok předcházející. Ano, nemocnice nakupují násobně více v systému DRG (dnes jen ALFA) než v centrové péči, jejíž modelace pro rok 2014 činí 7,4 miliardy korun.

Lze vyčíslit, jaký podíl ze všech rozpočtů nemocnic na nákup léků vynakládají? Na čem toto číslo závisí?

Odhadem je to asi 13 procent. V případě nemocnic přímo řízených MZ ČR je podíl vyšší – asi 18 procent, což je dáno především existencí nákladné centrové péče. Stejný podíl výdajů jako léčiva pak představují zdravotnické prostředky.

Největší zátěží a zároveň brzdou optimalizace jsou ale osobní náklady, které tvoří asi polovinu celkových výdajů nemocnic.

Jaký je ideální vztah mezi distributorem a nemocnicí?

Ideálním vztahem mezi distributorem a nemocnicí je partnerství, které umožňuje reálně plnit očekávání obou stran v dlouhodobém horizontu. Takže jde o jistotu dodávek na jedné straně a jejich úhradu ve lhůtě splatnosti na straně druhé. Tento vztah je páteřní. Nad jeho rámec je tady samozřejmě ještě schopnost spolupracovat a roz-

víjet dodatečný servis se skutečnými přidanými hodnotami. Například aktivně se podílet na řízení variabilních nákladů v podobě řízení nákupních (pořizovacích) cen formou tendrování, poptávání speciálních cen a balíčků, vytvářením konsignací, komisí či řízených distribučních kanálů atd.

Proč vůbec tendrovat? Jaké výhody a rizika tendrování přináší a komu?

Tendr je pro dodavatele šancí na získání vyšších tržeb na úkor konkurence a na růst jeho tržního podílu. Tento ofenzivní přístup bývá korunován zařazením vítězného produktu na pozitivní list a jeho významné klinické užití, čímž získáte odbornou zkušenost a referenci a preskripční/dispenzační preferenci. Odběratelům umožňuje významně snížit náklady a odléct tak větší počet pacientů za srovnatelných či nižších nákladů. Zároveň cenové soutěže pomáhají uspořít podstatné částky pro jejich vrácení do nákladné, inovativní a specifické léčby.

Pokud však dodavatel zvítězí v cenové soutěži, čelí mnoha rizikům. Mezi ta největší patří nízká míra dodržování výsledků soutěží a pozitivního listu, dále slabší zachyt receptů v nemocniční lékárně. Významnou a aktuální hrozbou je demaskování ceny pro vnější referencování či interní mezi nemocnicemi v ČR, což se nepříznivě promítá do míry vlastní konkurenceschopnosti. V současné době jsou ceny srazeny tak nízko, že je výrobce jen velmi zřídka schopen kompenzovat sníženou cenu dostatečným množstvím nových krabiček tak, aby v konečném důsledku rostl v absolutní hodnotě. Největším rizikem pro odběratele je výpadek vybraného produktu či silná rezistence lékařů vůči jeho užití či preskripci. Mezi další úskalí patří vzájemné ovlivnění soutěžení nemocnic a pozitivní listy zdravotních pojišťoven nebo národní slevové soutěže v budoucnu.

Pro koho je výhodný bonusový systém a jak by měla vypadat efektivní forma bonusování v lůžkové části a v ambulancích nemocnic?

Cílem každé veřejné nemocnice je, aby v rámci soutěžení absolutně sladila povinnosti veřejného zadavatele, maximální profitabilitu centrálního nákupu a optimální strukturu cen pro úhradu dalšího referenčního období.

S ohledem na tyto cíle je pro efektivní bonusování nutno od sebe oddělit lůžkovou a ambulantní část nemocnice. Pro ambulantní segment se jednoznačně vyplatí využívat nepřímého bonusu, který je neadresný (nesnižuje tedy cenu nakoupeného produktu) a zachovává tím stanovenou výši úhrady. Pro lůžkovou část se vyplatí využít bonus přímý, který je adresný (sníží cenu nakoupeného produktu na skutečně uplatněnou cenu), a umožní tak odléct větší počet pacientů a zvýšit tím produkci a výkonnost.

V případě, že produkt nemá přímou konkurenci a je spotřebováván na lůžkách, má význam vytvořit konsignaci distributora na úrovni nemocniční lékárny a snížit tak náklady na pracovní kapitál deponovaný do skladových zásob. V případě ambulancí se na takový exkluzivní produkt běžně využívá nepřímý bonus pro možnost jeho expanze, tedy odloučení více potřebných pacientů a tvorbu celé jeho nové kategorie.

V čem distributoři a lékárny chybují oproti „dobré praxi“?

Přesným opakem „dobré praxe“ jsou jednostranné a časté změny v dodavatelském řetězci a nestálost dodávek. Do reality se to promítá častou změnou dodavatele nebo podmínek, které si klade. Když zásadně kolísá objem zboží, kde potom na straně dodavatele vzít motivaci pro budování a rozvoj dodatečného servisu? Fenomémem současné doby je významný pokles hodnoty i průměrné velikosti veřejných zakázek, což je dáno zadáváním relativně většího počtu menších zakázek. V důsledku toho se zvy-



Foto: archiv PharmDr. Krejsta

šuje pracnost zpracování nabídek a snižuje jejich efektivitu. Takový přístup nevede k vysoutěžení nižší ceny, naopak – provází jej časté rušení zakázek a prodloužování tendrů. Kombinace častých změn dodavatele nebo podmínek dodávání se změnami cen a sortimentu dodávek sice může přinést dočasné menší úspory, dlouhodobý efekt je ale sporný.

Jakou roli hraje v tomto ohledu nemocniční lékárná?

Nemocniční lékárná je klíčovým partnerem pro všechny dodavatele, kteří chtějí budovat a posilovat obchodní partnerství s nemocnicí. Právě ona nakupuje jak pro pacienty na lůžkách, tak pro pokrytí receptů z ambulancí. Vedoucí lékárník je většinou členem managementu nemocnice a má na starosti efektivitu a řízení nákupů léků a zdravotnického materiálu.

V praxi je kritickým faktorem efektivity nákupu a cenových soutěží právě spolupráce mezi lékárnou a lůžky či ambulancemi tak, aby se vysoutěžený či vybraný produkt reálně dostal k pacientovi a byl klinicky využit. Proto je úzká a intenzivní spolupráce základním předpokladem úspěšného lékového managementu a tvorby jakýchkoli pozitivních listů. Nejhorším výsledkem každé soutěže je vítězství a zařazení do pozitivního listu, aniž by byl většinou předepisujících respektován. Bez toho totiž nedochází k úspěšnému protiplnění.

Krátce z domova

• Dvojnásobek velkých nemocnic oddlužil stát

Jednorázovou podporu 500 milionů korun pro brněnskou Fakultní nemocnici u sv. Anny a 200 milionů korun pro pražskou Nemocnici Na Bulovce vymohl z vládní rozpočtové rezervy ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD). Podle jeho slov by bez státní dotace hrozilo, že nemocnice přestanou fungovat a bude ohrožena péče pro pacienty. Krizovou ekonomickou situaci obou nemocnic přičítá ministr špatnému hospodaření v uplynulých letech. Dodal, že oddlužení se nebude opakovat a od současného vedení očekává vyrovnané hospodaření. Nemocnice u sv. Anny skončila loni se ztrátou 367 milionů korun, Bulovka byla se ztrátou 308 milionů druhá nejhorší.

• Vyšší platba za státní pojištění

Vláda v červenci schválila zvýšení plateb za státní pojištění zdravotním pojišťovnám. Do zdravotnictví by toto opat-

ření mělo letos přinést 2,1 miliardy korun. Peníze dostanou nemocnice jako náhradu za zrušené stokorunové poplatky za den hospitalizace. Návrh vlády předložilo ministerstvo financí. Vychází z novely zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, kterou podepsal počátkem června prezident Miloš Zeman. Měsíční platba za děti, důchodce nebo nezaměstnané, celkem zhruba za šest milionů lidí, vzroste podle novely ze 787 na 845 korun. Pojišťovny budou muset navýšit nemocnicím platbu za obsazené lůžko za den o 100 korun jako kompenzaci zrušeného poplatku.

• MZ chce u MF vyjednat navýšení rozpočtu o 1,4 mld.

Na investice do nemocnic a zlepšení dohledu nad zdravotními pojišťovnami chce vyjednat ministerstvo zdravotnictví pro příští rok navýšení ze státního rozpočtu o 1,4 miliardy korun. O požadavku se průběžně jedná, náměstci

financí (Jan Gregor) a zdravotnictví (David Kotris) chystají podklady pro ministry Andreje Babiše (ANO) a Svatopluka Němečka (ČSSD), kteří by se měli sejít koncem srpna či počátkem září. Jejich dohoda pak bude zveřejněna. Dosavadní návrh ministerstva financí přiděluje na rok 2015 zdravotnictví 5,735 miliardy korun, tedy o 636 milionů méně, než má resort letos. Zdravotnictví spotřebuje za rok 292 miliard, z nichž přes 230 miliard hradí zdravotní pojišťovny.

• Bývalý hygienik dostal pětiletou podmínku

Obvodní soud pro Prahu 2 bývalému hlavnímu hygienikovi Michaelu Vítovi uložil tříletý trest podmíněně odložený na pět let. Podle nepravomocného verdiktu uzavřel v roce 2007 tři nadbytečné smlouvy na poradenství pro ministerstvo zdravotnictví, kde byl náměstkem. Podstatou kauzy bylo vyvádění státních prostředků v celkové vý-



Nemocnice Na Bulovce | Foto: Jan Hrouda / Euro

ši zhruba dvou milionů korun do rukou soukromého podnikatele. Poradenství pro ministerstvo a Státní zdravotní ústav v Ostravě totiž poskytoval manžel Vítovy podřízené a bývalý poslanec Otakar Vychodil. Podle soudu se tím dopustil porušení pravomoci úřední osoby a porušování povinnosti při správě cizího majetku. Michael Vít musí podle soudu zaplatit 1,7 milionu korun, což je škoda způsobená MZ. Bývalý hlavní hygienik při své závěrečné řeči prohlásil, že se cítí nevinný.

• Němeček jmenoval nového ekonomického náměstka

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) jmenoval ekonomickým náměstkem zodpovědným za chod nemocnic Davida Kotrise. Nahradil Petra Saláka, který před několika dny odešel na vlastní žádost. David Kortis na MZ doposud působil jako ředitel právního oddělení, kde řešil především spor s Diag Human. Hlavním úkolem nového náměstka bude nyní připravovat změnu přímo řízených nemocnic na veřejné neziskové nemocnice. (klu)

Inzerce M141001132



Exploring Life



Fulfilling Dreams

150 Years
Science For A Better Life

Na naší planetě žije již téměř sedm miliard lidí a tento počet narůstá každý den průměrně o číslo 220 000. Jak můžeme zajistit dostatek jídla pro více a více lidí aniž bychom nezatížili životní prostředí? Jak dokážeme zlepšit péči o zdraví lidí a předcházet nemocem? Dokážeme vyvíjet nové materiály, abychom mohli chránit vyčerpatelné zdroje? K poskytnutí lepších odpovědí na tyto otázky, neustále směřujeme své úsilí do výzkumu ve všech našich podskupinách: HealthCare, CropScience a MaterialScience. V oblastech, ve kterých je Bayer v současnosti již celosvětovým lídrem. V oblastech, jejichž význam pro budoucnost lidstva narůstá každým dnem.

www.bayer.com
www.facebook.com/Bayer


Bayer: HealthCare CropScience MaterialScience

Z REGIONŮ

Náchod hledá nového ředitele

Zdravotnický holding, který řídí nemocnice v Královéhradeckém kraji, vyhlásil výběrové řízení na předsedu představenstva Oblastní nemocnice Náchod. Podle mluvčího kraje Michala Frička se mohou zájemci přihlásit do konce září.

V současné době je dočasným předsedou představenstva Zbyněk Chotěborský. Nemocnice je nyní uprostřed miliardové přestavby. Zaměstnanci už v červnu vydali výjádření, ve kterém uvedli, že další provoz nemocnice může být vzhledem k prodloužené přestavbě ohrožen. „Nejsme přesvědčeni, že si zástupci kraje uvědomují vážnost situace. Místo konkrétních návrhů na řešení palčivých problémů se provádějí pouze náhlé personální změny ve vedení nemocnice, které mohou vést k její další destabilizaci,“ uvedli zaměstnanci ve svém prohlášení. Obávali se také rozhodnutí zdravotního výboru kraje, který původně zavrhl dofinancování ztrátového provozu nemocnice z minulých let.

Vyrovňavacích 50 milionů

Jak naši redakci informoval mluvčí kraje, zástupitelé o měsíc poz-

ději schválili dofinancování ztráty náchodské nemocnice z minulosti a navíc uvolnili 18 milionů korun na pořízení a obnovu přístrojového vybavení. Mimořádná platba za ztráty v letech 2010 a 2011 dosahuje 50 milionů korun. „Cílem navýšení je, aby poskytování zdravotnické péče nebylo oddálením stavby nijak limitováno,“ uvedl hejtman Lubomír Franc na tiskové konferenci. Příčin zpoždění stavebních prací je podle něj několik. „Nejprve to bylo šetření Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže, mezitím se změnil zákon o zadávání veřejných zakázek. Ten nařizuje nejdříve vypsát výběrové řízení na zhotovitele prováděcí dokumentace. Situaci nám neulehčil ani přístup některých dodavatelů,“ uvedl hejtman. Podle mluvčího kraje by zemní práce měly být zahájeny ještě v roce 2015. Projekt by pak měl být dokončen v horizontu 30 měsíců.

(ISO)

Krátce z regionů

• Karlovarská nemocnice zlepšila hospodaření

Karlovarská krajská nemocnice (KKN) získala od pojišťoven za první polovinu letošního roku vyšší úhrady a od pátého měsíce vykazuje kladný hospodářský výsledek. „Absolvovali jsme sérii jednání se zdravotními pojišťovnami. Hejtman Karlovarského kraje Josef Novotný upozorňoval na znevýhodnění našich nemocnic, které například už před časem přezvaly pacienti mariánskolázeňské nemocnice, zvýšil se také počet výkonů karlovarského kardiocentra,“ uvedl náměstek hejtmana Miloslav Čermák. Kraj by měl dostat od pojišťoven více peněz i ve druhém pololetí. Další finance získá nemocnice od kraje v podobě úhrad péče veřejné služby ve výši zhruba 38 milionů korun. „Doufáme, že by hospodářský výsledek KKN na konci roku mohl být příznivější než v roce předchozím,“ dodal Miloslav Čermák. V polovině září pak bude expertní skupina kraje rozhodovat o optimální skladbě oborů v nemocnicích regionu.

• Nemocnice TGM Hodonín má díky sbírce peníze na nová lůžka

V současné době nemocnice pořádá třetí kolo sbírky na obměnu nemocničních lůžek. Začátkem srpna se jí podařilo překročit hranici půl milionu vybraných korun. Třetí kolo je zatím nejuspěšnější ze všech pořádaných. Kromě od soukromých osob získává nemocnice podstatnou částku také z rozpočtů patnácti obcí, jejichž obyvatelé její služby využívají. Ty přispěly dohromady částkou 382 tisíc korun. V řádech desetitisíců přispěly i soukromé firmy nebo hodonínský sportovní klub. „V nejbližších dnech se vedení nemocnice chystá oslovit s žádostí o podporu sbírky další potenciální dárcy z řad významných hodonínských firem a také další obce,“ uvedla ředitelka nemocnice Věra Dostálová. Zařízení se díky penězům podařilo obměnit už většinu z 200 lůžek.

• VZP přislíbila jihočeským zařízením více peněz

Zástupci Jihočeského kraje a Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) se domluvili na další spolupráci. Nyní budou pokračovat jednání především o dorovnání úhrad za lékařskou péči poskytnutou v loňském

roce a o úhradách péče v lůžkových sociálních zařízeních na území kraje. VZP se také údajně bude snažit motivovat mladé lékaře, aby pracovali i v odlehlých oblastech kraje, kde je velký úbytek praktických lékařů. Ředitel VZP i zástupci kraje přislíbili vypracování analýzy, na jejímž základě budou zmapována místa, kde nedostatek praktických lékařů hrozí.

• Novým ředitelem FN Plzeň se stane Václav Šimánek

Náměstek hejtmana Plzeňského kraje pro zdravotnictví, lékař Václav Šimánek (ČSSD) vyhrál výběrové řízení na post ředitele Fakultní nemocnice Plzeň. Do funkce byl jmenován 20. srpna. „Do výběrového řízení se přihlásili dva kandidáti, přičemž jeden z nich nespĺňoval kritérium požadované úrovně vysokoškolského vzdělání. Komise proto hodnotila jediného účastníka,“ uvedla mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová pro ČTK. Šimánek nahradí Jaroslava Kunovou, která se rozhodla po šestnácti letech funkci opustit. Václav Šimánek současně kandiduje ve volbách do Senátu za obvod Plzeň-město.

(ISO)

Inzerce M141001126

Mobily se stanou nedílnou součástí zdravotnictví

Navzdory masivnímu rozšiřování elektronické komunikace do nejrůznějších sfér české populace zůstávaly oblasti, které byly tímto trendem poměrně dlouho nepostížené. Příkladem bylo donedávna i veřejné zdravotní pojištění. „Situace se ale velmi rychle mění a v zavádění moderních informačních technologií spatřujeme jednu ze svých priorit,“ říká v rozhovoru generální ředitel Oborové zdravotní pojišťovny (OZP) Ladislav Friedrich.

Jak se díváte na elektronickou komunikaci ve zdravotnictví?

Jedná se o oblast, která je velmi perspektivní. Elektronizace zdravotnictví se bude nadále dynamicky vyvíjet. Snaha o informační propojení pojišťoven, občanů a zdravotnických zařízení nejlépe pomocí nějakého přímého on-line kontaktu je naprosto správná. Podobně jako lidem dnes už nepříjde neobvyklé nakupovat či platit po internetu, stejně běžné se stává komunikovat po internetu se zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami – ať již z počítače nebo prostřednictvím chytrých telefonů.

Podobně jako jiné společnosti v různých sektorech, i zdravotní pojišťovny rozšiřují základnu internetových služeb a aplikací určených pro mobilní telefony. U mobilních telefonů je navíc velkou výhodou, že je lidé mohou využívat přímo v ordinaci lékaře, například kvůli zdravotnické dokumentaci, zjištění údajů o předešlé léčbě a mnoha dalším věcem.



Data, která má klient u nás uložena, má neustále k dispozici a může je používat podle svého uvážení, a to okamžitě, kdykoli a kdekoli. V případě naší zdravotní pojišťovny všechny tyto možnosti nabízí mobilní aplikace mVITAKARTA.

Jaký zaznamenáváte zájem o tuto mobilní aplikaci?

V současné době využívá tento elektronický komunikační kanál již třetina našich klientů. Je třeba říci, že se jedná o plnohodnotnou elektronickou přepážku, kde lidé získají srovnatelné množství služeb jako na kamenné pobočce. Do této aplikace je tak zakomponován například

i systém našich benefitů a v neposlední řadě i celá naše asistenční služba. Klientům je dostupná 24 hodin denně. Zájem o ni je nemalý, protože zdaleka ne všichni lidé dobře znají systém zdravotní péče. Lidé, kteří potřebují pomoci, poradit, se mohou obrátit právě na tuto službu. Operátor jim nejen doporučí optimální řešení jejich problému, ale rovnou může klienty nasměrovat do nejbližšího vhodného zdravotnického zařízení.

Kde tedy vidíte budoucnost v elektronizaci zdravotnictví?

Jednoznačně v čím dál větším využívání chytrých mobilních telefonů. Ty se postupně stanou jakýmiisi koncentratory mnoha údajů o zdravotním stavu pacientů. Naším cílem je, aby naši pojištěnci brali mobilní telefon za zcela samozřejmou věc, do které budeme postupně doplňovat další funkce. A to se také skutečně děje. Díky tomu pak přibývá lidí, kteří si příslušnou aplikaci nainstalují, a hlavně přibývá těch, kteří ji i využívají. Již dnes máme přes tisíc přístupů denně.

Elektronizace zdravotnictví ale není výhodná jen pro klienty. Co přináší elektronická forma přepážky za výhody vám jako pojišťovně?

Masivnější elektronizace je pro nás efektivní způsob, jak dosáhnout zajímavých úspor. Pojišťovna naší velikosti nemůže mít kamenné pobočky v každém městě republiky, ale díky elektronickému kontaktu mohou být lidé s námi neustále ve spojení. Na druhou stranu budeme nadále provozovat i kamenné pobočky ve vybraných lokalitách, protože stále budou lidé, kteří preferují osobní kontakt. Přepážkové pracoviště nijak neomezujeme, ale naší hlavní prioritou je rozšiřování služeb poskytovaných prostřednictvím elektronické komunikace. Je to podobné jako u bank. Bankovní domy také provozují pobočky, ale už jen pro část své klientely. A tento podíl neustále klesá s tím, jak lidé většinu svých bankovních operací využívají elektronicky. V případě zdravotnictví je to podobné.

Pavel Nebeský

Bez punčoch to nejde

Úspěšná léčba chronické venózní insuficience a lymfedému se neobejde bez kompresivní terapie a ta zase bez kvalitních kompresivních punčoch. V doložené nejvyšší kvalitě je vyrábí i prodává česká společnost MAXIS, a. s., jeden z nejspěšnějších hráčů na tomto trhu.

Kompresivní punčochy tvoří standard dlouhodobé kompresivní léčby dolních končetin. Kompresie posiluje činnost svalově-žilní pumpy a podporuje funkci chlopní, působí tedy na oba základní mechanismy zajišťující správný odtok krve z dolních končetin. Nejvyšším tlakem působí na oblast hlezna, směrem ke stehnum tlaku postupně ubývá. Tím napomáhá k lepšímu toku krve zpět k srdci. Kompresivní terapie zčásti kompenzuje působení gravitace a je jedinou osvědčenou prevencí vzniku a rozvoje křečových žil.

Výroba, obchod i edukace

Významným výrobcem těchto punčoch i dalšího širokého sortimentu zdravotního kompresivního zboží je firma MAXIS, a. s., ve Valašském Meziříčí. V hlavním produktovému portfoliu má tři kvality zdravotních kompresivních punčoch – Maxis Micro, Maxis Brilliant a Maxis Cotton. Doplněkem kolekce jsou luxusní preventivní podpůrné punčochy RELAX. Společnost MAXIS se specializuje rovněž na výrobu pažních návleků a ortopedických bandáží a návleků S-Line. Vedle výroby se MAXIS věnuje i obchodu. Od roku 2006 úz-

ce spolupracuje s německou společností medi GmbH & Co. KG z Bayreuthu, firmou se šedesátiletou tradicí, která si MAXIS právě na základě kvality vybrala jako svého partnera pro trhy nejen v Evropě, ale i pro globální trh. Sortimentem se s MAXIS vzájemně doplňují. Česká firma na našem a slovenském trhu exkluzivně distribuuje i část portfolia medi s prestižní značkou CEP, která odborníkům na sportovní kompresi zná jako Porsche automobilům. Důležité je i to, že punčochy v MAXIS pletou z nebarevných vláken – až po upletení, sešití,



Foto: archiv MAXIS, a. s.

u některých druhů i přišití krajk, jdou punčochy do barevné. Tam se totiž z bílé stane punčocha nejen barevná, ale přidáním různých přísad v průběhu mokrého procesu získá i benefity, jakými je pokročilá antibakteriální úprava nebo větší odvod vlhkosti od těla. Výrobky jsou schopni vyrobít i „na míru“ přímo pro konkrétního spotřebitele. Na punčochy od druhé kompresivní třídy výše, tedy při chronické žilní nedostatečnosti, pacientům na základě preskripce lékaře přispívá úhrada zdravotní pojišťovny, na niž mají nárok každých půl ro-

ku. To je při denním nošení i doba plného účinku výrobků. Více a nejen o tom je na www.maxis-medica.cz. MAXIS kompresivní výrobky nejen vyrábí a prodává, ale zabývá se i edukací o zdravotním kompresivním zboží směrem k odborné i laické veřejnosti. Pomáhá tak odstraňovat psychologickou bariéru, protože na rozdíl od kdysi smutně proslulých neprodyšných „gumových punčoch“ v těch jejich nohy nejen nebolí a nenatečou, ale vypadají „šik“ už proto, že kompresivní punčochy na nich jsou módní a krásné. (1)

Garantovat deklarovanou kompresi

Několik otázek jsme položili řediteli společnosti MAXIS, a. s., Mgr. Michalu Jurovi.

Žilní onemocnění jsou velkým tématem pro farmakoterapii a jak známo, není nic pohodlnějšího než jen polykat tabletky. Opravdu jsou punčochy tak nutné?

Kompresivní terapie je i z pohledu řady lékařů základem léčby žilních onemocnění. S výrobcem venofarmak máme stejného pacienta, řešíme podobné problémy – doplňujeme se. Teď spouštíme kampaň se sloganem, který říká, že nižší komprese je lepší než žádná. Je lépe vzít si i v teplém počasí podpůrnou punčochu s nízkou kompresí, ale s parametry zdravotní kompresivní punčochy.

Nemohou být protiargumentem možné dermatologické problémy, které třeba způsobí? Ne. Jde o to, jaký je to produkt, jak náročnými prošel testy. Naše výrobky nesou certifikát Oeko-Tex Standard. Zaručuje, že výrobek je pro pokožku zcela nezávadný. Testuje se nejen materiál, ale i všechna barviva a veškeré použité látky. Získání Oeko-Tex Standard před-

chází detailní audit ve společnosti včetně detailního rozboru všech materiálů. Ten standard nemáme jen na výsledný výrobek, ale mají ho i všichni naši dodavatelé surovin. Certifikát nám pomáhá i k tomu, že se velmi úspěšně uplatňujeme na trhu v zemích, které mají přísnější a kontrolovanější podmínky, než nastavené v České republice. Přitom my stejný produkt ve stejné kvalitě dodáváme na český i ten nejnáročnější trh, kterým je v Evropě Německo. Existují samozřejmě výjimky a případy, kdy uživatel má velmi citlivou pokožku a mohou se u něj vyskytnout nějaké dermatologické problémy (např. alergická reakce na samodržící silikonové zakončení punčoch), které je potřeba konzultovat s lékařem.

Jste jednou z mála českých firem, které si nenařikají na odbyty. Máte vůbec nějaké problémy?

Problémem je absence a nedotaženost technických norem v České republice a jejich nesoulad s normami Evropské unie. Česká republika nemá vlastní závaznou technickou normu, která by popisovala kompresivní punčochy, přesně definovala kompresivní třídy a k nim příslušné tlaky a stala by se závaznou pro producenty. Na to poukážeme již deset let.

V rámci EU vím nejméně o třech technických normách, my se řídíme německou normou RAL GZ 387, která definuje kompresivní

tlaky, typy zdravotních punčoch a definuje závazný postup pro technologii i materiály tak, aby produkt vyhovoval požadavkům

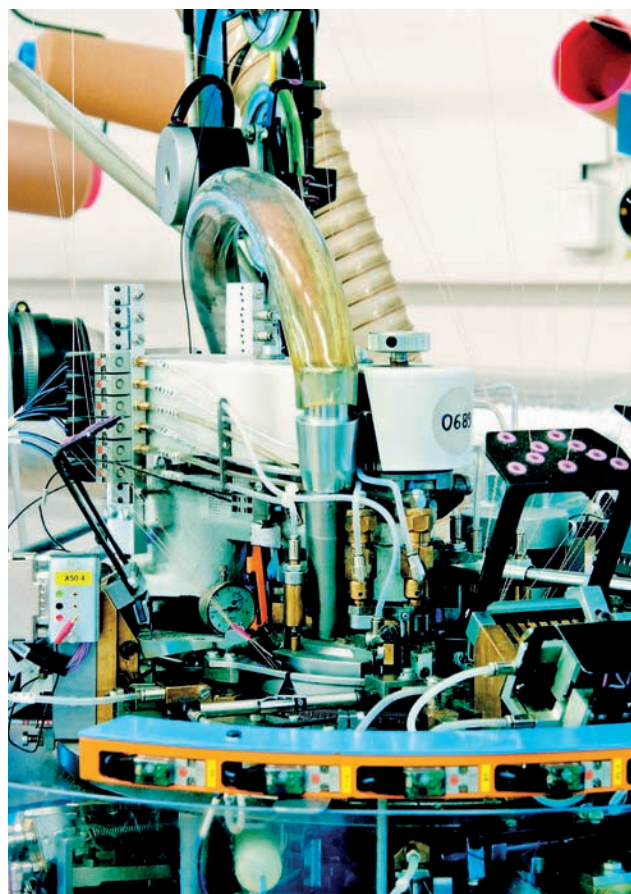


Foto: archiv MAXIS, a. s.

zdravotních pojišťoven. Výrobek má garantovanou kompresi, kterou deklarujeme, minimálně po dobu 6 měsíců užívání. Tady je nesoulad v rámci celé EU, různé země mají rozdílné normy. To je kámen úrazu nejen z hlediska exportéra, ale i pro komunikaci odborné veřejnosti. V rámci mezinárodního srovnávání vlastně není jasné, o čem kdo hovoří.

Jak se pozná taková „normopunčocha“?

Musí mít na sobě příslušnou známku. My jsme jediný český výrobce certifikovaný pro používání kolektivní ochranné známky jakosti i Medical Compression Hosiery. Norma RAL GZ 387 definuje nejen technické parametry, ale mimo jiné i minimální síly pružných vláken, aby bylo možné docílit předepsané komprese po celou dobu garance. Určuje i zařízení, kterými je možné to otestovat. Ten certifikát je v Německu sám o sobě zárukou, že výrobek je možné zařadit do systému veřejného zdravotního pojištění. Zákazníky i odbornou veřejnost u nás se snažíme naučit trvat na kvalitě a zejména na dodržení kompresivních parametrů. A kouzlo pro lékaře je i v tom, že výrobek označen touto známkou odpovídá přesně kompresivním tlakům, které vyžaduje pro úspěšnou léčbu pacienta.

ZE ZAHRANIČÍ

Bělošská klinika pro 30 tisíc Ugand'anů

Jak funguje klinika v odlehlé ugandské vesnici, kde syfilis, malárii i podvýživu léčí jednatřicetiletá slovenská neuroložka.

Z malé místnosti vymalované syté žlutou barvou se ozývá dětský křik. Na dřevěném lůžku s matrací pokrytou igelitem leží matka v náručí asi osmiletý chlapec. Snaží se ho konejšit, ale řev neutichá. Zmítá se v horečce. Vedle něj sedí drobná blondýnka a dívá se do mikroskopu. Soustředěně počítá plasmodia v kape krve, jako by dětský pláč vůbec neslyšela. Přitom přehlušuje i dost hlasitý generátor, nahrazující elektrickou síť. Po chvíli vstane a oznamuje rodičům: „Testy potvrdily, že váš syn má malárii. Není příliš silná, v krvi není velké množství parazitů. Nepotřebuje tedy infuzi, ale stačí, když bude brát tyhle léky,“ vysvětluje angličtinou s ugandským přízvukem a podává matce krabičku s nápisem Coartem. „Sice hodně fve, ale není to tak hrozné. Zítřka už bude dobrý,“ dodává slovensky mladá lékařka a usmívá se na mě.

Bělošská klinika v kopcích

Jmenuje se Veronika Jakubčiaková a je jí 31 let. Pochází z Lúčků u Ružomberoku a medicínu vystudovala v Olomouci. Chvilku pracovala na neurologii, ale tahle práce jí přišla příliš monotónní. V roce 2012 proto odjela do Ugandy, kde vede malou neziskovou organizaci Shalom for Uganda. Žije a pracuje ve vesnici Nyakera na jihozápadě země. Široko daleko jsou jen zelené kopce, po kterých se prohání krávy. A 30 tisíc potenciálních pacientů, kteří nemají mnoho možností jak řešit svoje zdravotní problémy. „Nedaleko je státní zdravotní centrum, jenže kvalita péče je tady opravdu mizivá. Léky jsou rozkradené a zdravotnický personál nestojí za moc. U nás sice také lidé neošetřujeme úplně zadarmo, ale máme nižší ceny a dobrou pověst. Za vyšetření, laboratorní testy a léky pacienti platí, aby bylo možné po-

krýt náklady na léky a část provozu ordinace,“ vysvětluje Veronika Jakubčiaková. Stojí před malým domkem o dvou místnostech, před kterým na lavičce čeká několik pacientů. Na vývěsním štítu stojí nápis „Bělošská klinika“.

Chinin, nebo smrt?

Mladá lékařka měří teplotu další pacientce. Desetiletá Anita ani nedutá, i když jí je na první pohled hodně špatně. Veronika pověřuje svou zdravotní sestru Shalon, aby děvčátku odebrala krev. „To bude taky malárie,“ říká zkušně. Pod mikroskopem pak počítá parazity v krvi. V porovnání s tím, jak řval první dnešní pacient s malárií, je tahle dívka úplně zdravá. Lékařka ale kroučí hlavou a vysvětluje



rodičům, že jejich dítě má velmi silnou formu. Sestra Shalon pro jistotu ještě překládá angličtinu do místního jazyka *runyankore*, aby rodiče dobře rozuměli. „Musí hned dostat infuzi, je jí moc špatně. Má v krvi příliš velké množství parazitů,“ zvyšuje hlas Slovenka. Čím víc rodiče váhají, tím je Veronika naléhavější. „Pokud nezaplatíte léčbu, vaše dítě může umřít,“ vysvětluje. Blíží se Velikonoce a rodiče možná uvažují, jakou hostinu by za peníze za infuzi s chininem mohli pořádit. Radí se venku, zatímco holčička tiše leží a na čele jí

vyskakuje studený pot. Nakonec kývnou. Je jasné, že rozhodl otec. Zdravotnice se snaží malé Anitě správně napíchnout kanylu do žíly. Po chvíli chinin začne kapat. Až infuze vykape, udělá se malé pacientce líp. Veronika Jakubčiaková jí možná právě zachránila život.

Kdo stanoví diagnózu?

Malárie je nejčastější nemocí, kterou Veronika Jakubčiaková léčí. Od ledna do dubna 2014 ošetřila 587 pacientů, přičemž 279 z nich mělo malárii. V období dešťů se počty nakažených rapidně zvyšují. Největší nebezpečí nemoc představuje pro děti do 5 let věku. Obecně je ale pro místní malárie něco jako pro nás chřipka. Prodělají ji i několikrát do roka.

Další velmi častou nemocí je kromě infekcí dýchacích cest i břišní tyfus, který se přenáší hlavně jídelm a kontaminovanou vodou. Mladá lékařka za 4 měsíce léčila 52 případů. „Poznat břišní tyfus je snadné. Stačí jeden test a pár minut,“ popisuje, zatímco kape odstředěnou krev na testovací proužek. Za chvíli vidí, zda diagnostikovala správně. „Pak stačí nasadit antibiotika,“ dodává. Myslí si, že břišní tyfus má i muž ve středním věku, který jí v místním jazyce popisuje příznaky. Nevolenost, průjem, bolest hlavy a břicha. Následuje odběr krve. Jenže pacient diagnózu tyfu odmítá. „Prý rozhodně nemá tyfus, tvrdí, že je to syfilis. Nechce se nechat na tyfus otestovat,“ překládá mladá lékařka jeho slova. Chvilku ho přemlouvá. Pak odchází bez výsledku. „Myslím, že se vrátí,“ říká Veronika Jakubčiaková. Za 4 měsíce eviduje 43 případů syfilisu a dalších pohlavních chorob. Nežádka se projevují až po mnoha letech, často je diagnostikována v pokročilém stadiu. Tenhle případ to ale podle ní není.



3x foto: archiv autorky

Pro léky na motorce

Léky jsou na klinice zamčené v dřevěné skříni, morfin a další jsou v trezoru. Jeden ze „zdravotních bratrů“ v minulosti zmizel i s celou lékárnou, což byla pro tak malou organizaci, jako je Shalom for Uganda, velká finanční ztráta. Témeř všechny testy, medikamenty a další potřebné věci sem do Nyakery vozí sama lékařka. V praxi to znamená, že nasedne na mototaxi, kterému se tu říká *boda-boda*, to ji dovezde do hodinu jízdy vzdáleného městečka, odkud jede veřejným minibusem do Mbarary, o něco většího centra. Kromě syry v supermarketu se tu dají v indických lékárnách sehnat léky za slušné ceny. „Zdravotnický materiál jako stříkačky, jehly a obvazy získáváme od dárců z Česka a dováží ho dobrovolníci, kteří letí do Ugandy, nebo ho posílají poštou,“ vysvětluje Veronika Jakubčiaková. Do města jezdí i kvůli tomu, aby vybrala z banky peníze od českých dárců. Z těch platí stavbu nového centra, které postupně roste na kopci nad Nyakery. Tady už bude kromě čekárny, laboratoře a na místní poměry luxusních ordinací i prostor, kde budou bydlet dobrovolníci. Mladí lékaři z Česka sem přijíždí většinou na léto, kdy mají pauzu mezi semestry. Největší „stálíci“ je právě Veronika Jakubčiaková, která tu jako dobrovolnice pracuje celoročně. „Nemám žádný plat. Žiji hlavně z toho, co si sami vypěstujeme na pozemku, který organizace koupila,“ říká. Na poličku kolem nové budovy kliniky roste mango, maniok, fazole, kukuřice a další plodiny. „Kromě toho pěstujeme i kávu, kterou pak prodáváme na trhu, a něco si tak přivyděláme. Dokupujeme pak třeba rýži nebo špagety,“ popisuje. Její jídelníček se od toho místních příliš neliší. Arašídová omáčka, rýže, dušená zelenina, občas vajíčka nebo mléko, které dosta-

ne od pacientů. „Tohle mi vyhovuje. Konzumní styl života, který máme v Evropě, se mi nelíbí,“ podotýká mladá lékařka.

Ugandská paliativa

Kromě touhy změnit život a pomáhat s běžnými nemocemi na malé klinice mladou lékařku do Ugandy přivedla ještě jedna idea. Jako jediná v celé oblasti poskytuje paliativní péči. Lidé s vážnými chorobami většinou umírají v rodinném kruhu, ale nikdo jim odchod neulehčuje. Ti, kteří nemají příbuzné, končí opuštění. Veronika a její dobrovolníci vyrážejí za pacienty s rakovinou a dalšími smrtelnými diagnózami do odlehlých oblastí na motorce nebo pěšky, s morfinem v batohu. „Snažíme se jim ulehčit odchod ze života, prostě jen být s nimi. Obvyčejný zájem a lidský kontakt hodně pomáhá,“ říká a sahá po telefonu. Chce mě představit jednomu svému pacientovi a volá ho na kliniku. „Je HIV-pozitivní, a když jsem ho viděla poprvé, vypadal velmi špatně. Byl vyhublý, nekomunikoval, léky mu nezabíraly. Po změně antiretrovirové léčby a zlepšení výživy dneska nikdo na první pohled nepozná, že má AIDS,“ vypráví vzrušeně. To už do ordinace vchází upravený muž, 43letý Mugisha Fred. Vítá se s lékařkou a nechává si změřit tlak a tep. Jediné, co ho trápí, je kašel. „Pacientů v domácí paliativní péči ubývá, protože bohužel nejsou o možnosti informování. Zaměstnává nás ordinace a stavba nového centra, takže nemáme čas chodit do vesnic a dělat osvětu o paliativní péči. To chceme zlepšit,“ popisuje plány Veronika Jakubčiaková. Ona sama chce v Ugandě zůstat. „Teď budu určitě tady, protože moje práce dává smysl. I kdybych v budoucnu odjela zpět do Evropy, budu do Ugandy často jezdit. Přece jen tu mám hodně závažků.“

Tereza Hronová



S Ebolou je spojena i řada etických aspektů

Expertní panel Světové zdravotnické organizace (WHO) schválil použití experimentálního léčiva Zmapp při terapii nakažených Ebolou. Jak pro BBC připomíná britský odborník na lékařskou etiku Daniel Sokol, není to jediná oblast spojená s touto nemocí, jež se dotýká etických aspektů.

Zatímco například malárie nebo tuberkulóza každoročně zabijí několik milionů lidí, virus Ebola si od svého objevení v roce 1976 vyžádal „jen“ několik tisíc životů. Přesto vzbuzuje mnohem větší strach – není jasné, kdo je původcem nákazy, takže je těžké nemoc dostat pod kontrolu, manifestace Eboly je dramatická a je spojena s vysokou úmrtností.

Stigmatizace přeživších i zdravotníků

Lékaři pomáhající v afrických zemích zvládat epidemie Eboly se musejí potýkat nejen se samotnou nemocí, ale také s nedůvěrou obyvatel a řadou mýtů a předsudků. Nemocní a poté i přeživší pacienti jsou často odmítáni svou komunitou –

opouští je partner, nesmějí se vrátit do svých domovů, neseženou práci. Během vypuknutí Eboly v Ugandě mezi lety 2000 a 2001 byly zaznamenány případy, kdy byl všechn majetek a domy těch, kteří nemoc přežili, spálen. Nemocnice, které často nejsou na Ebolu připraveny, jsou rovněž cílem nepřátelství obyvatel. Řada obětí nemoci jsou totiž sami zdravotníci. To například v roce 1995 během epidemie v Demokratické republice Kongo zavrželo příčinu k šeptandě, že lékaři v tamní nemocnici vraždí své kolegy, kteří pašují diamanty z nedalekých dolů, a vydávají je za oběti viru.

Nedůvěra a tradice

Často hraje roli rasová otázka – místní věří, že virus do země za-

Počet nakažených a zemřelých v západoafrických zemích*

	Guinea	Sierra Leone	Libérie	Nigérie	Celkem
Počet případů	543	848	834	15	2240
Počet zemřelých	394	365	466	4	1229

* Údaje platné k 21. 8. 2014



Foto: Sydelie Willow Smith / H&F

Srpnové zprávy ze světa

- Na popud **maďarského** premiéra Viktora Orbána budou muset tamní školáci mezi 10 a 18 lety věku absolvovat každým rokem povinný národní test fyzické zdatnosti, v jehož rámci jim kromě jiného bude měřeno i množství tělesného tuku. Děti, jež v testu dopadnou špatně, dostanou speciální kartu s doporučeními pro řešení problému. Ta mají být vodítkem nejen pro školáky, ale i jejich učitele a především rodiče. Testy zajišťuje Maďarský studentský sportovní svaz a mají působit jako prevence a boj proti obezitě. Podle údajů svazu je v některých věkových skupinách obézních až 20 % školáků, nevhodná strava a málo pohybu se navíc podepisuje na zdraví až 60 % dětí.

- Nemocnice v **australském** Melbourne se musela omluvit kvůli chybě „lidského faktoru“, v jejímž důsledku odeslala zprávu o úmrtí 200 svých pacientů jejich praktickým lékařům. Ve skutečnosti však byli dotyční pacienti ze zdravotnického zařízení propuštěni, pracovník nemocnice pouze odfaxoval jinou zprávu. „Upřímně jsme se postiženým zdravotnickým zařízením omluvili. Ve většině případů přijala

naši chybu s pochopením,“ napsala nemocnice ve vyjádření. Jak ale uvedla tamní média, jeden z praktických lékařů zatelefonoval rodinně domněle zemřelého pacienta, aby jí kondoloval. Australská lékařská asociace zdůraznila, že takováto chyba je nepřijatelná a ukazuje nedostatek přetíženého zdravotnického systému.

- **Dánské** úřady uzavřely masokombinát, z něhož pocházely výrobky obsahující bakterie rodu *Listeria*, které si v minulých týdnech v zemi vyžádaly 12 lidských životů. Nakaženo bylo nejméně 20 lidí, další případy zdravotníci teprve prověřují. Podle dánských médií se kontaminované uzeniny dostaly i na pulty v německém Šlesvicku-Holštýnsku. Žádné úmrtí v důsledku jejich konzumace však nebylo zaznamenáno.

- V reakci na klesající porodnost a ve shodě s výzvou duchovního vůdce ajatolláha Alího Chameneho odhlasoval **iránský** parlament zákon zakazující antikoncepční metody definitivně bránící početí (podvázání vejcovodů, vasektomie apod.). Kvůli předchozí politice omezová-

ní porodnosti připadá v současnosti na jeden pár 1,6 dítěte, země má 75 milionů obyvatel. Poslanec Mohammad Sále Džokar během projednávání legislativy uvedl, že při současném trendu porodnosti by měl Írán do roku 2094 jenom 31 milionů obyvatel a 47 % z nich by byli lidé starší 60 let. Odborníci však varují, že v zemi stoupne množství nelegálních interrupcí. Od března 2012 do března následujícího roku jich bylo provedeno 12 tisíc, což představuje více než polovinu legálních interrupcí. Ty jsou v Íránu povoleny, je-li ohrožen život matky nebo trpí-li plod závažnou vrozenou vadou.

- **Italská** policie zadržela nedaleko hranic s Rakouskem dva Čechy, u kterých našla kradené léky v hodnotě 28 tisíc eur (asi 780 tisíc Kč). Na základě identifikačních znaků následně zjistila, že léky byly v březnu odcizeny ze skladu nedaleko Florencie. Policie dva české občany údajně odhalila při rutinní kontrole u Brennerského průmysku. Hlídky bylo podezřelé, že 25letý řidič a jeho 72letý spolujezdec, kteří si prý do Itálie vyjeli na dovolenou, u sebe neměli žádná zavazadla. Kromě léků

u nich policisté zabavili také skoro 35 tisíc eur (asi 975 tisíc korun) v hotovosti. Policie Čechy zadržela a obvinila z přechovávání kradeného zboží a nelegálního dovozu léčiv.

- **Britský** premiér David Cameron představil výzkumný projekt Národní zdravotní služby (NHS), který se zaměří na čtení DNA vážně nemocných pacientů. Informace získané pomocí sekvenování genomu by měly lékařům pomoci s určením správné diagnózy nebo vytvářet skupiny pacientů, u kterých je vhodné vyzkoušet nové metody léčby. Projekt by měl běžet do roku 2018 a vláda do něho hodlá investovat 300 milionů liber (více než 10 miliard korun).

- **Soud v čínském** Pekingu poprvé v historii země otevřel případ žaloby gaye proti zdravotnickému zařízení, jehož zaměstnanci se u muže snažili „vyléčit“ jeho homosexualitu. Muž kliniku v Čchung-čchingu žaluje kvůli traumatu, které mu měly způsobit především elektrošoky, jež musel podstoupit poté, co přiznal, že se jeho sexuální fantazie točí kolem mužů. Právní kroky podniká

nesli běloši, při vypuknutí Eboly v Ugandě byli tamní obyvatelé přesvědčeni, že bělošští zdravotníci rozprodávají těla obětí kvůli zisku.

Lékaři nezřídka čelí výhrůžkám a násilí, v lednu 2002 musel personál nemocnice v jedné z gabonských vesnic uprchnout.

Zdravotníci a humanitární pracovníci rovněž často narážejí na tradice, jichž se místní obyvatelé jen neradi vzdávají. Velkým problémem je například přesvědčit je, že není možné oběti viru Ebola pohřbívat tak jako ostatní zemřelé. Rovněž zákaz lovu a konzumace zvířat, u nichž se spekuluje jako o původcích viru, není vždy dodržován.

Některé komunity lékaře vůbec nevyhledávají a raději spoléhají na svého léčitele – ten ale nejrozumnější „léčbou“ a obřady může naopak výrazně přispět k posílení epidemie.

Nedůvěru v „západní“ medicínu ostatně ilustruje i případ z minulého týdne, k němuž došlo v liberijské Monrovií – s pomocí rodinných příslušníků, kteří vyplnili zdejší nemocnici, ze zdravotnického zařízení uprchlo 29 pacientů infikovaných Ebolou, kteří zde byli v karanténě.

(Zdroj: BBC)

(kha)

také proti hlavnímu čínskému internetovému vyhledávači Baidu za to, že jsou na něm reklamy propagující toto „léčebné“ zařízení. Rozsudek by měl být znám začátkem září. Homosexualita byla v Číně ze seznamu duševních chorob vyřazena teprve v roce 2001 a silná netolerance vůči gayům a lesbám v zemi stále přetrvává. „Terapii“ podstupuje na nátlak rodiny stále řada homosexuálů, kteří poté své sexuální orientaci raději popírají a tvrdí, že „léčba zabra-la“, aby nemuseli podstupovat další procedury.

- V **jihovýchodní Asii** se šíří kmeny malárie, které jsou rezistentní vůči používaným léčivým přípravkům. Řada případů infekce se objevila v Thajsku, Kambodži, Vietnamu a Barmě. Odborníci varují, že je zapotřebí situaci urychleně řešit, než se tyto kmeny malárie přenesou dál na západ do lidnatých států, jako je Bangladéš nebo Indie, a následně do Afriky, kde zatím nebyl tento typ rezistence prokázán. Další šíření by totiž mohlo zvrátit úspěchy ve snížení úmrtnosti na tuto nemoc.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Z HISTORIE

Slavní porodníci a gynekologové z Klatovska – absolventi klatovského gymnázia

Je zajímavé, že prakticky od roku 1850 do roku 1930 všichni přednostové gynekologických a porodnických klinik v Praze (a to jak na Karlově univerzitě, tak na Karlo-Ferdinandově univerzitě a posléze na Karlově univerzitě a Německé lékařské fakultě v Praze) pocházeli z Klatovska a studovali na zdejším gymnáziu.

Klatovské gymnázium (respektive jeho česká část) bylo založeno v roce 1812, ale již předtím jezuitský řád v roce 1636 založil v Klatovech gymnázium s výukou v latinském a německém jazyce. V roce 1776 jej ovšem zrušila Marie Terezie. Na tomto gymnáziu se pohybovali významní čeští vlastenci jako Bohuslav Balbín, Josef Dobrovský a další. Na českém gymnáziu pak studovalo mnoho významných lékařů různých oborů (např. slavný internista Josef Thomayer z Trhanova). Zcela mimořádný je ovšem výskyt významných gynekologů a porodníků, kteří na klatovském gymnáziu studovali a maturovali. V následujícím textu uvádíme pouze přehled předností pražských klinik, další absolventi pak byli předností i v jiných městech (např. doc. Chmelík na Kladně).

Hlávkova zemská porodnice u Apolináře

Významným počinem pro českou gynekologii a porodnictví byl vznik Královské české zemské porodnice a nalezinice v Apolinářské ulici. V 1875 zde byla slavnostně otevřena nová budova projektovaná architektem Hlávkou v novogotickém anglickém romantickém slohu. Josef Hlávka, rodák z Přeštic a absolvent klatovského gymnázia, při plánování stavby nejprve navštívil nemocnice v Paříži, Vídni a v Bruselu.

Zemská porodnice je význačná po stránce architektonické i jako objekt zdravotnický. Jednalo se o první moderní budovu svého druhu v Čechách a patrně největší porodnici v Evropě. Stavba je navržena jako monoblok se šesti lůžkovými pavilony obklopujícími parkové nádvoří. Ve vstupní budově je kaple sv. Kříže s kůrem pro varhany. Malířská výzdoba kaple se podobá výzdobě kaple na zámku v Lužanech. Porodnice u Apolináře je i po 140 letech provozu stále funkční a svým uspořádáním dodnes vyhovuje svému účelu.

V roce 1882 byla Karlo-Ferdinandova univerzita rozdělena na českou a německou, v letech 1883–1884 byla rozdělena i lékařská fakulta. Na české univerzitě působil prof. Karel Pawlik a na německé prof. August Breisky (oba viz níže). Německá porodnicko-gynekologická klinika se stala II. porodnicko-gynekologickou klinikou.

Slavní klatovští gynekologové a porodníci

František Augustin Kiwisch



Narozen v roce 1814 v Klatovech, zemřel v roce 1851 v Praze na tuberkulózu. Přednosta porodnické kliniky pro lékaře. Zakladatel kliniky gynekologické, první v Evropě (1842). Napsal monografii o komplikacích v šestinedělí, učebnici o patologii a terapii ženských chorob (první vědecké dílo v moderní gynekologii). Sestrojil pelvimetr a perforatorium (dříve se užívalo i pojmenování po něm). Hmat pro porod hlavičky u konce pánevního – „pražský hmat“. Operace vaječnickových cyst a mimoděložního těhotenství. Světový zakladatel gynekologie jako samostatného oboru.

August Breisky

Narozen v roce 1832 v Klatovech, zemřel v roce 1889 ve Vídni na zhoubný nádor. V roce 1865 habilitace (na téma „vliv kyfózy na tvar pánve“) na pražské lékař-

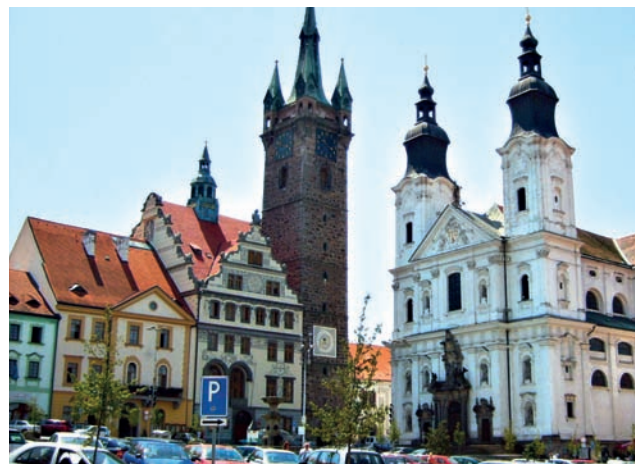
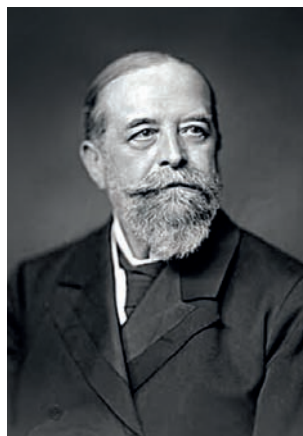


ské fakultě. Pracoval v Salcburku a Bernu jako profesor. Od roku 1874 profesor a přednosta II. porodnické kliniky pro lékaře v Praze. Přednášel gynekologii i porodnictví. Výborný operátor, propagátor aseptiky a antiseptiky, publikace o krvácení a horečce v šestinedělí, o čelní poloze, o patologiích pánve, o děložních myomech. Uznávaná osobnost evropského formátu.

Karel Pawlik

Narozen v roce 1849 v Klatovech, zemřel v roce 1914, je pohřben v Klatovech. Studoval a habilitoval se ve Vídni. Profesorem a přednostou I. porodnické kliniky v Praze jmenován v roce 1887. Porodnictví: Zevní vyšetření těhotných a rodiček = „Pawlikův hmat“. Výborný operátor – císařské řezy.

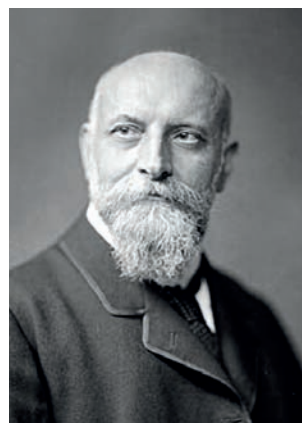
Gynekologie: První radikální operace pro rakovinu děložního hrdla poševní cestou, katetrizace močovodů z volné ruky. Jako



Klatovy | Foto: Wikimedia

jeden z prvních sestrojil cystoskop. Operoval nádory močového měchýře a ledvin, implantoval močovody do pochvy a prováděl operace pro inkontinenci moči. Zakladatel světové urogynekologie, výborný pedagog. Jedna z nejvýznamnějších postav českého porodnictví a gynekologie.

Václav Rubeška

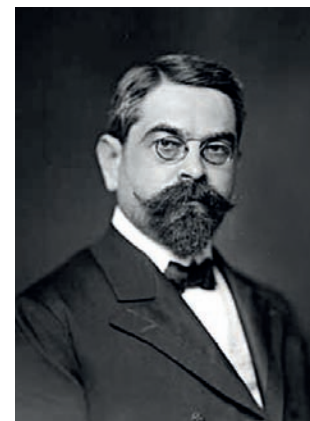


Narozen v roce 1854 v Chudenicích, zemřel v roce 1933 v Praze. V roce 1886 habilitován z porodnictví a gynekologie, přednosta kliniky pro výuku babiček. 1892 profesor c. k. školy babické v Praze – tři čtyřměsíční kurzy v češtině a němčině. Zakladatel moderního babického školství.

Učebnice „Porodnictví pro babičky“ a „Porodnictví pro lékaře“. Výborný operátor, propagoval nové operační postupy. Zevrubně zpracoval vývoj gynekologie a porodnictví v Čechách. Vychoval na 5 tisíc porodních babiček. V roce 1922 jmenován přednostou II. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze a uzavřela se i historie babické školy. V roce 1928

vyšel zákon o reformě výuky porodních babiček a zřízeny státní ústavy pro jejich vzdělávání v Pardubicích a Liberci.

Václav Piha



Narozen v roce 1865 v Poleni, zemřel v roce 1922 v Praze. Pawlikův žák, pracoval s ním od roku 1893, v roce 1913 po něm převzal kliniku. Jazykově dobře vybavený, písemně zpracoval mnohé Pawlikovy názory a obhajoval jeho priority v operativě. Osvojil si i urogynekologii, založil histopatologické laboratoře. Ve světě byly uznávané jeho publikace o patologiích placenty.

Učebnice: „Nauka o porodnických operacích“ byla první českou učebnicí o tomto oboru, druhá byla učebnice „Gynekologie“. Spolu s chirurgy založil odbornou společnost chirurgů a gynekologů a časopis *Rozhledy v chirurgii a gynekologii*. V roce 1921 byl jeho zásluhou vystavěn nový gynekologický pavilon, jedno z nejmodernějších zařízení v Evropě.

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA
doc. MUDr. Věra Rokytová, CSc.



PORADNA Všeobecné
zdravotní pojišťovny ČR

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

Zdravotnické prostředky pro běžný život v domácnosti

Tento díl poradny se věnuje preskripci pomůcek nezbytných pro běžný život v domácnosti, jako jsou například berle, hole, chodítka, sedačky na vanu a do vany či do sprchy, nástavce na WC, klozetová křesla, polohovací lůžka a matrace apod.

Jak o ně požádat

Pomůcky, jejichž předepisování je podmíněno nejen odborností indikujícího lékaře, ale i souhlasem revizního lékaře, jsou indikovány prostřednictvím **Žádanky o schválení/povolení**. Její nezbytnou součástí je medicínské zdůvodnění požadavku, tedy zejména popis aktuálního zdravotního stavu s podrobným popisem hybnosti a pohybových schopností. **Zcela nedostačující je častý pouhý výčet diagnóz.**

Indikující lékař požádá revizního lékaře o souhlas s úhradou a poté vystaví **Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku**.

Kdo je předepisuje

Chodítka předepisuje lékař odbornosti rehabilitace, ortopedická protetika či neurologie. Indikována jsou klientům s funkčními horními končetinami, omezeným

pohybem dolních končetin a při snížené stabilitě. Ze zdravotního pojištění je hrazen maximálně 1 kus za 5 let.

Lůžka polohovací s možností mechanického nebo elektrického nastavení předepisuje lékař odbornosti rehabilitace, ortopedie či neurologie, a to pacientům bez schopnosti aktivního pohybu zcela odkázaným na pomoc druhé osoby nebo pacientům trvale upoutaným na lůžko se zbytkovou schopností aktivní hybnosti a zároveň s onemocněním výrazně zhoršujícím trofiku kůže a podkoží (jako například transverzální léze míšni, postižení centrálního či periferního motoneuronu nebo polyneuropatie metabolického původu).

Zapůjčení a úhradu polohovacího lůžka revizní lékař schválí pouze za předpokladu dlouhodobého ošetřování pacienta v domácím prostředí.



Ing. Martin Jelínek, Ph.D.

Co jde i bez revizního lékaře

Mezi pomůcky, jejichž indikace a úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění **nepodléhá** schválení revizním lékařem, patří berle, hole, sedačky na vanu, do vany, pod sprchu, nástavce na WC, klozetová křesla. U těchto pomůcek vystaví indikující lékař

pouze **Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku** a na základě poukazu je pak pomůcka vydána výdejnou zdravotnických potřeb.

Berle a hole předepisuje smluvní lékař zdravotní pojišťovny odbornosti chirurgie, rehabilitace, ortopedie, neurologie nebo praktický lékař. Ze zdravotního pojištění je hrazen maximálně 1 pár berlí podpažních za 2 roky, 1 pár nebo 1 kus berlí předloketních za 2 roky nebo maximálně 1 hůl za 3 roky.

Sedačku na vanu a do vany, pod sprchu, nástavce na WC nebo křesla klozetová předepisuje smluvní

lékař zdravotní pojišťovny odbornosti geriatric, rehabilitace, ortopedie, neurologie nebo praktický lékař. Ze zdravotního pojištění je hrazen maximálně 1 kus za 5 let, u nástavce na WC je to max. 1 kus za 3 roky.

Ing. Martin Jelínek, Ph.D.
Ředitel Odboru léčiv a zdravotnických prostředků VZP ČR

VZP nabízí poprvé v historii ambulantním specialistům smlouvu na dobu neurčitou.

S námi máte jistotu!

VZP
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

PRÁVNÍ PORADNA

Převzetí novorozence narozeného doma do péče PLDD

Jsem jako praktická lékařka pro děti a dorost oprávněna odmítnout převzít do své péče novorozence, který se narodil v domácím prostředí a neabsolvoval obvyklý novorozenecký screening v nemocnici? Se zdůvodněním, že nemám ve své ordinaci potřebné vybavení na ultrazvukový screening ledvin?

V souladu s ustanoveními zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), může poskytovatel, kterého si pacient zvolí,

odmítnout přijetí pacienta do péče pouze z důvodů stanovených zákonem. Výčet zákonných důvodů je následující:

- přijetím dalšího pacienta by bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo přijetí pacienta brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení; překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb



odpovídá
Mgr. Sylva Zborovská

tomuto pacientovi došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým,

- vzdálenost místa pobytu pacienta by neumožňovala výkon návštěvní služby v případě poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, nebo
- pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má

lékař nebo zdravotnické zařízení uzavřeno smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Z Vašeho dotazu je zřejmé, že v daném případě by nešlo o žádný ze zákonných důvodů, pro něž je možné pacienta odmítnout. Důvodem odmítnutí pacienta tedy nemůže být skutečnost, že nemáte ve své ordinaci vybavení na ultrazvukový screening. Pokud jde konkrétně o ultrazvukový screening ledvin, tak toto vyšetření se neprovádí plošně, ale pouze na některých pracovištích. Pro úplnost je třeba uvést, že v případě odmítnutí pacienta z jiných než



Foto: Shutterstock

zákonem stanovených důvodů by došlo k naplnění skutkové podstaty správního deliktu a mohla by Vám být uložena pokuta až do výše 300 000 Kč a dále by Vám též mohla hrozit žaloba za zásah do práva dítěte na zdraví a práva na zdravotní péči.

Neplánované odvolání z práce a povolání do služby

Může zaměstnavatel (nemocnice) posílat sestry z gynekologicko-porodnického oddělení uprostřed ranní služby domů s tím, že pro ně není dost práce, protože se k příjmu dostavilo málo pacientek? Jak se v tomto případě bude počítat odměna? Může hlavní sestra své podřízené před nástupem na směnu telefonovat, aby do práce vůbec nechočila, popřípadě naopak – může ji neplánovaně pár hodin dopředu do práce povolat?



odpovídá
Mgr. Libor Štajer

je, je zaměstnavatel oprávněn zaměstnance ze služby, při které se tato překážka vyskytla, odeslat domů, resp. ho do práce vůbec nepovolávat.

Ohledně výpočtu odměny je důležitým kritériem skutečnost, jestli je zaměstnavatelem stát, územní samosprávný celek, státní fond apod., stručně řečeno takový zaměstnavatel, který poskytuje zaměstnanci za jím vykonanou závislou práci plat, a nikoli mzdu. Pokud se tedy jedná o zaměstnavatele vymezeného v předchozí větě, tak i za dobu, kdy zaměstnanec nevykonává pro zaměstnavatele práci, z důvodu výše uvedené překážky, náleží zaměstnanci náhrada platu obecně ve výši jeho průměrného výdělku. Avšak jednalo-li se o zaměstnavatele v soukromém sektoru, jenž

poskytuje zaměstnanci za práci mzdu, náleží zaměstnanci po dobu trvání této překážky v práci náhrada mzdy ve výši jeho průměrného výdělku pouze tehdy, pokud odměňování pro tyto případy neřeší dohoda zaměstnavatele s odborovou organizací, nebo pokud nebyla výše náhrady mzdy stanovena interním předpisem zaměstnavatele (v situaci, kdy neexistují odbory). Dodávám, že v takovém případě nesmí být náhrada mzdy nižší než 60 % průměrného výdělku zaměstnance. Naopak neplánované povolání do práce je možné pouze v případě, že je mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem uzavřena dohoda o pracovní pohotovosti, a to pouze v rozsahu takové dohody. Dále je možné zaměstnance neplánovaně povolat do práce ve výjimečných případech dle § 91 odst. 3 a 4 zákóníku práce. To se týká zejména nutných prací, které nemohou být provedeny v pracovních dnech (např. práce konané v nepřetržitém provozu za zaměstnance, který se nedostavil na směnu, práce nutné se zřetelem k uspokojování životních, zdravotních, vzdělávacích, kulturních, tělovýchovných a sportovních potřeb obyvatelstva, při živelných událostech a v jiných obdobných mimořádných případech); v těchto případech lze zaměstnance do práce mimořádně povolat maximálně dvakrát během 4 po sobě jdoucích týdnů.

poskytuje zaměstnanci za práci mzdu, náleží zaměstnanci po dobu trvání této překážky v práci náhrada mzdy ve výši jeho průměrného výdělku pouze tehdy, pokud odměňování pro tyto případy neřeší dohoda zaměstnavatele s odborovou organizací, nebo pokud nebyla výše náhrady mzdy stanovena interním předpisem zaměstnavatele (v situaci, kdy neexistují odbory). Dodávám, že v takovém případě nesmí být náhrada mzdy nižší než 60 % průměrného výdělku zaměstnance.

Naopak neplánované povolání do práce je možné pouze v případě, že je mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem uzavřena dohoda o pracovní pohotovosti, a to pouze v rozsahu takové dohody. Dále je možné zaměstnance neplánovaně povolat do práce ve výjimečných případech dle § 91 odst. 3 a 4 zákóníku práce. To se týká zejména nutných prací, které nemohou být provedeny v pracovních dnech (např. práce konané v nepřetržitém provozu za zaměstnance, který se nedostavil na směnu, práce nutné se zřetelem k uspokojování životních, zdravotních, vzdělávacích, kulturních, tělovýchovných a sportovních potřeb obyvatelstva, při živelných událostech a v jiných obdobných mimořádných případech); v těchto případech lze zaměstnance do práce mimořádně povolat maximálně dvakrát během 4 po sobě jdoucích týdnů.

Převoz do zdravotnického zařízení

Za jakých okolností může pacient požadovat sanitku požadovat převoz do konkrétního zdravotnického zařízení a kdy jsme povinni mu vyhovět?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Nová právní úprava v oblasti poskytování

zdravotních služeb, účinná od 1. 4. 2012, klade zvýšený důraz na svobodnou vůli pacienta při poskytování zdravotních služeb a na tomu odpovídající povinnost poskytovatele tuto vůli pacientů respektovat. Zákon o zdravotních službách mj. stanovuje, že pacient si má právo zvolit takového poskytovatele zdravotních služeb, který odpovídá zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud zákon nebo jiný právní předpis nestanovuje jinak.

Zákon o zdravotních službách však dále výslovně (a zcela logicky) stanovuje, že možnost volby poskytovatele a zdravotnického zařízení se nevztahuje na zdravotnickou záchranou službu a poskytovatele, ke kterému poskytovatel zdravotnické záchrané služby pacienta převáží.

Kdy si pacient nemůže vybrat

Podrobnosti a bližší podmínky poskytování zdravotnické záchrané služby, jakož i práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchrané služby a povinnosti poskytovatele akutní lůžkové péče

k zajištění návaznosti jimi poskytovaných zdravotních služeb na zdravotnickou záchranou službu upravuje zákon o zdravotnické záchrané službě.

Tento zákon mimo jiného uvádí, že zdravotnická záchraná

služba zahrnuje také spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče, jímž se rozumí nejbližší dostupný poskytovatel lůžkové péče, který je způsobilý odborně zajistit pokračování poskytování zdravotní péče pacientovi, odpovídající závažnosti postižení zdraví nebo přímému ohrožení života. Poskytovatel akutní lůžkové péče je současně povinen k zabezpečení plynulé návaznosti zdravotních služeb na zdravotnickou záchranou službu zajistit nepřetržitě předávání informací o počtu volných akutních lůžek. Cílový poskytovatel akutní lůžkové péče je poté povinen převzít pacienta do své péče, pokud potvrdil možnost přijetí pacienta zdravotnické záchrané službě.

Z výše uvedeného je zřejmé, že v případě převozu pacienta vozem zdravotnické záchrané služby je možnost volby poskytovatele zdravotních služeb pacientovi odepřena a je plně na odpovědnosti zdravotnické záchrané služby ve spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče, aby zvolili nejhodnějšího poskytovatele akutní lůžkové péče pro pacienta.



Foto: Shutterstock

Kalendář akcí odborných lékařských společností – říjen 2014 – 1. část

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail: miksova@mf.cz

Protonová terapie vybraných nádorů hlavy a krku

1. 10. 2014/Praha
Místo konání: Proton Therapy Center, Budínova 2437
Pořadatel: Proton Therapy Center
Kontakt: www.ptc.cz

Terapeutický potenciál askorbátu v onkologii

1. 10. 2014/Brno
 2. 10. 2014/Praha
Místo konání: Hotel Voroněž I (Brno), Kongresové centrum IKEM (Praha)
Pořadatel: Edukafarm, ve spolupráci s ČLK
Kontakt: www.edukafarm.cz

Laboratorní vyšetření pro diabetologii

1. 10. 2014/Ostrava
Pořadatel: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP
Kontakt: www.cskb.cz

6. psychiatrické sympozium

2. 10. 2014/Kosmonosy
Místo konání: Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
Pořadatel: PN Kosmonosy
Kontakt: www.plkosmonosy.cz

4. sympozium ČSCP

2. 10. 2014/Olomouc
Místo konání: Regionální centrum Olomouc
Pořadatel: Česká společnost pro cévní přístup (ČSCP), Aesculap Akademie
Kontakt: www.aesculap-akademie.cz

16. pražský podzimní pracovní gastroenterologický den

2. 10. 2014/Praha
Místo konání: Modrá posluchárna UK
Pořadatel: 4. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: lekari.cgs-cls.cz

25. Izakovičov memoriál

2.-3. 10. 2014/Trenčianske Teplice, Slovensko
Místo konání: Kursalón
Pořadatel: Slovenská spoločnosť lekárskej genetiky SLS, oddelenie lekárskej genetiky FN Trenčín
Kontakt: www.slg.cz

10. slovenský kongres chirurgie ruky

2.-3. 10. 2014/Tále, Slovensko
Místo konání: Hotel Partizán
Pořadatel: Slovenská spoločnosť chirurgie ruky, 2. ortopedicko-traumatologická klinika UN Bratislava, Hippokrates, o. z.
Kontakt: www.ortopedia.sk, www.csr.r.cz

10. hradecké vakcinologické dny

2.-4. 10. 2014/Hradec Králové
Místo konání: Kongresové centrum ALDIS
Pořadatel: Česká vakcinologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.vakcidny.cz

31. konference České společnosti pro hypertenzi

23. konference PS preventivní kardiologie ČKS

19. konference PS srdeční selhání ČKS
 2.-4. 10. 2014/Mariánské Lázně
Místo konání: Společenský dům Casino
Pořadatel: Česká společnost pro hypertenzi, pracovní skupiny preventivní kardiologie a srdečního selhání České kardiologické společnosti
Kontakt: www.hypertension.cz

15. mezioborové sympozium: DM a oční komplikace

3. 10. 2014/Praha
Místo konání: Autoklub Praha, Opletalova
Pořadatel: Centrum diabetologie IKEM, ve spolupráci s Českou oftalmologickou společností ČLS JEP a Českou vitreoretinální společností
Kontakt: www.diab.cz

35. konference sekce UZ diagnostiky ČGPS

3.-5. 10. 2014/Brno
Místo konání: Hotel Voroněž I
Pořadatel: Sekce ultrazvukové diagnostiky České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP
Kontakt: www.cgps.cz

Léčba diabetika v praxi

6. 10. 2014/Ostrava
Místo konání: Hotel Imperial

Pořadatel: 3. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: diasympozia.com

Skřivanův večer

6. 10. 2014/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Praha
Kontakt: www.cls.cz

15th World Congress on Pain

6.-11. 10. 2014/Buenos Aires, Argentina
Kontakt: eventegg.com/wcp-2014

Infekce u nemocných cystickou fibrózou

7. 10. 2014/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.infekce.cz

Konference o diabetu mellitu

8. 10. 2014/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Sekce biochemických laborantů České společnosti klinické biochemie ČLS JEP
Kontakt: www.cskb.cz

39. český radiologický kongres

8.-10. 10. 2014/Praha
Místo konání: Hotel Diplomat
Pořadatel: Česká radiologická společnost ČLS JEP, Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN Praha, Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol v Praze
Kontakt: www.crs.cz

12. ostravské traumatologické dny

Kongres České společnosti pro úrazovou chirurgii
 8.-10. 10. 2014/Rožnov pod Radhoštěm
Místo konání: Beskydský hotel Relax
Pořadatel: Česká společnost pro úrazovou chirurgii ČLS JEP, POUZP Čech, Moravy a Slezska při FN Ostrava, Traumatologické centrum FN Ostrava, Ústav medicíny katastrof LF OU
Kontakt: www.rcog.org.uk

16th World Meeting on Sexual Medicine

8.-12. 10. 2014/Sao Paulo, Brazílie
Kontakt: www.issmslams2014.org

Pražský hematologický den

9. 10. 2014/Praha
Místo konání: Karolinum
Pořadatel: Česká hematologická společnost ČLS JEP, ve spolupráci s 1. LF UK, VFN a ÚHKT v Praze
Kontakt: www.hematology.cz

6. česko-slovenská konference paliativní medicíny

9.-10. 10. 2014/Brno
Místo konání: Kancelář ombudsmana
Pořadatel: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, sekcia paliativnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
Kontakt: www.paliativnimedicina.cz

37. endokrinologické dny 18. kongres SLS

9.-11. 10. 2014/Žilina, Slovensko
Místo konání: Hotel Holiday Inn
Pořadatel: Slovenská lekárska spoločnosť, Slovenská endokrinologická spoločnosť SLS, Česká endokrinologická společnost ČLS JEP, Národní endokrinologický a diabetologický ústav Ľubochňa
Kontakt: www.endo2014.sk

5. dny fyzioterapie

Zdraví a pohybová aktivita
 10.-11. 10. 2014/Mikulov
Místo konání: Hotel Eliška
Pořadatel: Klinika tělovýchovného lékařství a rehabilitace LF MU a FN u sv. Anny v Brně, katedra fyzioterapie LF MU
Kontakt: www.fyzioterapeuticke-dny.cz

Sándor Ferenzci a vztahová psychoanalýza Konference

10.-11. 10. 2014/Praha
Místo konání: Školící středisko Marianum
Pořadatel: Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii
Kontakt: www.psychoanaliza.cz

41. Šerclovy dny

10.-11. 10. 2014/Hradec Králové
Místo konání: Hotel Nové Adalbertinum
Pořadatel: Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové, ČAS
Kontakt: hanzo.cz/sd

9. slovensko-český kongres pediatrickej anesteziológie a intenzívnej medicíny

10.-12. 10. 2014/Liptovský Mikuláš - Jasná
Místo konání: Hotel Grand
Pořadatel: DFNSP Banská Bystrica, sekcia pediatrickej intenzívnej starostlivosti SPS, sekcia pediatrickej anesteziológie SSAIM, sekce intenzivní medicíny České pediatrické společnosti ČLS JEP
Kontakt: www.samedí.sk

24. konference dětské hematologie

10.-12. 10. 2014/Olomouc
Místo konání: Hotel Clarion
Pořadatel: PS dětské hematologie České hematologické společnosti ČLS JEP a České pediatrické společnosti ČLS JEP a další pořadatelé
Kontakt: www.hematology.cz

Protonová terapie nádorů CNS

15. 10. 2014/Praha
Místo konání: Proton Therapy Center, Budínova 2437
Pořadatel: Proton Therapy Center
Kontakt: www.ptc.cz

18. ostravské gerontologické dny

15.-17. 10. 2014/Ostrava
Místo konání: Dům kultury města Ostravy
Kontakt: www.dtocz.cz

21. kongres České internistické společnosti

15.-18. 10. 2014/Brno
Místo konání: Pavilon E Výstaviště
Pořadatel: Česká internistická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.interna-cz.eu

22. západočeské pneumoonkologické dny

16.-18. 10. 2014/Plzeň - Darová
Pořadatel: Klinika TBC a respiračních nemocí LF UK a FN Plzeň
Kontakt: www.linkos.cz (sta)

SERVIS

**Miroslav Zeman,
Zdeněk Krška a kolektiv
Speciální chirurgie**
3., doplněná a přepracovaná
vydání



Rozsah:
511 stran
Cena: 1500 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-128-5
Vydavatel:
Galén

Třetí vydání učebnice pro pregraduální i postgraduální výuku chirurgie s mnoha ilustracemi je dílem autorského kolektivu složeného ze zástupců lékařských fakult a pracovišť z Prahy, Olomouce, Brna, Plzně a Ostravy.

**Pavel Dostál a kolektiv
Základy umělé plicní ventilace**

3., rozšířené vydání



Rozsah:
396 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-397-8
Vydavatel:
Maxdorf

Od prvního vydání této publikace z edice Intenzivní medicína uplynulo téměř 10 let. Co vše se za tu dobu změnilo? Současná intenzivní medicína jednoznačně akcentuje naplnění tří základních obecných principů jako předpokladu dosažení co možná nejlepšího klinického výsledku – 1. včasná identifikace „problému“, 2. jeho včasná korekce a 3. volba intervence, při jejímž použití bude v každém okamžiku pečlivě balancován poměr přínosu a rizik.

**Jan Chlumský
Plicní funkce
pro klinickou praxi**



Rozsah:
228 stran
Cena: 595 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-392-3
Vydavatel:
Maxdorf

Funkční vyšetření plic získalo v průběhu posledních 20 let výsadní postavení v pneumologické diagnostice. Je rovněž základem většiny farmakoterapeutických indikací včetně léčby bronchiálního astmatu či CHOPN. Kniha srozumitelným a klinicky zaměřeným přístupem vysvětluje základní funkce respiračního systému a mechanismus jeho postižení za různých klinických situací.

**Jana Brunová, Josef Bruna
Clinical Endocrinology
and Diagnostic Imaging**



Rozsah:
372 stran
Cena: 400 Kč
ISBN: 978-80-
-246-2058-9
Vydavatel:
Karolinum

Monografie vychází z mnohaletých zkušeností autorů v klinické endokrinologii i zobrazovací diagnostice, z jejich vlastní klinicko-výzkumné práce a z podnětů získaných při výuce studentů a lékařů u nás i v zahraničí. Jednotlivé kapitoly obsahují embryologicko-anatomické poznámky, klinickou charakteristiku jednotlivých endokrinních, laboratorní a funkční testy včetně

NOVÉ KNIHY

referenčních hodnot, indikace a algoritmus zobrazovacích metod a zásady racionální moderní terapie jednotlivých patologií včetně dalšího klinického sledování pacientů. Texty rovněž přináší praktické rady jak přistupovat k endokrinologickým pacientům, upozornění na některé možné špatné interpretace výsledků jednotlivých vyšetření a jsou doplněny četnými obrazy patologických stavů, a to téměř výhradně z vlastního archivu autorů. V kapitole o diabetu mellitu je pozornost zaměřena na diagnostiku komplikací diabetu a na vzájemné vztahy mezi diabetem a ostatními endokrinními patologiemi. Dílo je zaměřeno na klinickou praxi, nezabývá se podrobněji patofyziologií, ale zahrnuje relevantní vybrané nejnovější poznatky z odborné literatury.

**Jaroslav Kos a kolektiv
Přehled topografické
anatomie**



Rozsah:
140 stran
Cena: 190 Kč
ISBN: 978-80-
-246-2324-5
Vydavatel:
Karolinum

Studium topografické anatomie má význam pro syntézu znalostí získaných studiem soustavné anatomie, a dokonale zvládnutí systematické anatomie je tedy předpokladem pro studium anatomie topografické. Topografická anatomie je pak rovněž dobrým opakováním při přípravě na dílčí zkoušky. Při dokumentaci byly použity původní schémata a řezy, které autoři navrhli, vypracovali a kreslili při výuce na tabuli. Jako předlohy je překreslil kreslíř Lékařské fakulty UK v Plzni V. Kacerovský a R. Smetanová.

**Zdeněk Štembera a kolektiv
Perinatální
neuropsychická
morbidity dítěte**



Rozsah:
660 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-
-246-2168-5
Vydavatel:
Karolinum

Přestože hypotéza o vlivu porodnických komplikací na neuropsychický vývoj dětí byla poprvé vyslovena již před 170 lety, teprve v průběhu 20. století došlo k významnému nárůstu studií věnovaných této problematice. Zájem odborníků byl nejprve zaměřen na snižování vysoké mateřské, kojenecké a perinatální úmrtnosti, od druhé poloviny 20. století se soustřeďuje též na další vývoj dětí s perinatální zátěží, zejména na předčasně narozené děti a asfyktické novorozence. Publikace přináší přehled současného stavu výzkumu a klinické praxe i výhledy do dalších let ve vztahu k perinatální neuropsychické morbiditě na pozadí historického vývoje jak v zahraničí, tak v naší republice. Obsahuje systematicky seřazená fakta ohledně vývoje plodu a dítěte i zdravotní péče v porodnictví, perinatologii a dětské psychologii.

**Josef Vilášek, Miloš Fiala,
David Vondrášek
Integrovaný záchranný
systém ČR na počátku
21. století**

Rozsah: 190 stran
Cena: 210 Kč
ISBN: 978-80-246-2477-8
Vydavatel: Karolinum



Historické souvislosti vzniku jednotlivých složek integrovaného záchranného systému v ČR a současný stav legislativy

v této oblasti představují základ monografie, která vychází z potřeby přípravy obyvatelstva České republiky na mimořádné události, z potřeby provádění záchranných a likvidačních prací a z požadavku ochrany obyvatelstva v době před vyhlášením a během trvání krizových stavů.

**Richard Jedlička (ed.)
Teorie výchovy
– tradice, současnost,
perspektivy**



Rozsah:
276 stran
Cena: 300 Kč
ISBN: 978-80-
-246-2412-9
Vydavatel:
Karolinum

Monografie má sloužit vysokoškolským pedagogům i širší odborné veřejnosti jako opora při vědeckém bádání, výuce a dalším vzdělávání v jedné ze základních pedagogických disciplín. Kniha je společným dílem několika generací vysokoškolských učitelů. Autoři se zamýšlejí nad historií oboru, jeho přítomným stavem i novými možnostmi cílevědomého působení na děti, žáky a studenty. Výchova a její teoretické koncepty jsou autory nahlíženy z pozic srovnávací pedagogiky, filozofie, náboženství, umění, vývojové, sociální i pedagogické psychologie a hlubinně orientované psychoterapie.

Inzerce M141001162

X. HRADECKÉ VAKCINOLOGICKÉ DNY
2. - 4. 10. 2014, KONGRESOVÉ CENTRUM ALDIS, HRADEC KRÁLOVÉ

ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP

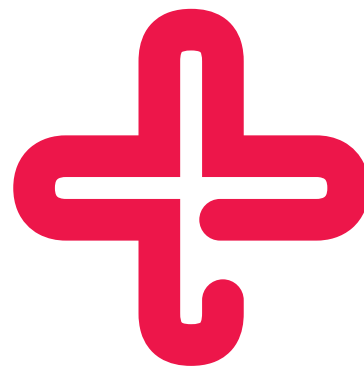
WWW.VAKCIONY.CZ

Se samostatnou sekcí věnovanou **VŠEOBECNÝM PRAKTICKÝM LÉKAŘŮM**

Sestra

www.sestra.cz

odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



24 / Téma

Změny ve stravovacím režimu při gestačním diabetu

29 / Onkologie

Povědomí o prevenci kolorektálního karcinomu

32 / Ortopedie

Artroskopie zápěstí

Kvalita a bezpečí v nemocnici

Zdravotní služby by měly být bezpečné a kvalitní, což jsou úzce související kategorie. K dosažení maximálně možné bezpečnosti nemocnice pro pacienta vede dodržování bezpečnostních cílů, jak je stanovila WHO. Ve spolupráci s Nemocnicí Na Homolce (NNH) vznikl seriál, jehož první čtyři části jsme věnovali jednotlivým cílům. Na závěr přinášíme rozhovory se dvěma zdravotnicemi, které se managementem kvality a bezpečí v nemocnici zabývají.

Rízení kvality je managementem změny

Mgr. Barbora Vaculíková, MBA,
vedoucí oddělení řízení kvality v Nemocnici Na Homolce

Proč se vůbec speciálně zabývat kvalitou a bezpečím v nemocnicích, když je přece jasné, že to je to elementární požadavek kohokoli, kdo řídí zdravotnické zařízení?

Jako elementární předpoklad se to opravdu jeví. Hodně se hovoří o tom, že kvalita je pro pacienty to nejdůležitější. Všechno přece chceme dělat kvalitně, každý od politiků přes vedení nemocnic až po zdravotníka u lůžka vám řekne, že kvalita je jeho prioritou. Obtížné se ale definuje, co ta kvalita vlastně je. Problém je už v tom, jak změřit výsledky. Pokud chceme cokoli dělat kvalitně, musíme vědět, jak jsme na tom a kam se chceme posunout. Nezbytné je objektivně a nejlépe v datech si popsat současný stav a jeho problémy, ať už se to týká průchodu pacienta nemocnicí či třeba jeho přípravy k operaci, zotavení po narkóze... Až pak je možné stanovit si dlouhodobé cíle a nastavit podle nich postupy, které výsledky zlepšují, ať už v jednotlivých procesech jako celá nemocnice nebo i zdravotnickém systému jako celku. U toho se pojmeme zastavit – my fakticky víme velmi málo o tom, jak kvalitně nebo nekvalitně funguje zdravotnický systém v ČR jako celek. Některá makrodata jsou sice publikována, například nedávno byly zveřejněny výsledky studie Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), jak jsme na tom celkově mizerně s léčbou pacientů diabetu 2. typu a naopak dobře v morbiditě na kardiiovaskulární onemocnění, ale to jsou obecné výsledky. Nemáme ty dílčí, a to mnohdy ani uvnitř samotných nemocnic. Hodnotit a porovnávat se jde pak

velmi těžko. Jsou vyspělé země, kde i dílčí výsledky zdravotníci znají. A v řízení kvality ve zdravotnictví jde o zlepšování výsledků. A výsledky by měly zajímat nejen nemocnice samotné, ale i plátce péče a především pacienti. Jak ale chcete zlepšovat výsledky, které neznáte? V tom je podle mého názoru nyní největší systémový problém řízení a nejen kvality – nemáme nebo nevyužíváme data o výsledcích a nemáme na národní úrovni definované cíle, ke kterým se máme dostat. Zadání pro nemocnice jsou převážně ekonomického charakteru.

Jak to? Vždyť každý ve zdravotnictví neustále vykazuje cokoli, co se dá vůbec kvantifikovat... Zveřejněné výsledky vám nepřinášejí i relevantní možnost srovnání, jak na tom jste?
No jistě, výkaznictví je denním chlebem každého zdravotníka. Ale z těchto statistik přece nevyčtete, k jakým cílům se má nemocnice dostat a jestli jsou naše výsledky dobré nebo podprůměrné a jestli se v čase zlepšují, nebo naopak zhoršují. Vytvoření systému a infrastruktury pro práci s daty je věc řízení na úrovni resortu. Na úrovni nás „kvalitářů“ v nemocnicích je problém čeho se chytit, když není krytí na makroúrovni. Co zbývá, je řízení kvality na základě zvolené psané normy, kdy nemocnice svoje procesy přizpůsobí požadavkům akreditačních standardů. Pak jde o to, aby si nemocnice vybraly optimální standardy. Podle mého názoru jsou zdražené právě standardy Joint Commission International, zkráceně JCI, i když jejich naplnění je extrémně náročné. Některé národní vlády, například belgická a izraelská, uložily všem svým nemocnicím, aby právě tuto akreditační získaly a držely. Dopusťte, že nikdo nevymyslel lépe, jak řídit nemocnici. Certifikaci JCI má u nás Nemocnice

Na Homolce, Ústav hematologie a krevní transfuze, Masarykův onkologický ústav a Fakultní nemocnice Ostrava. U nás není státem daný výběr akreditační agentury, je na nemocnici, kterou si zvolí a také jestli si vůbec nějakou zvolí. V současné době systém spoléhá na povinné zajištění minimální úrovně kvality, které je dané vyhláškou MZ. Vyhláška je zaměřená jen na základem zajištění bezpečí pacientů, ale například daty o výsledcích péče se nezabývá vůbec. Nároky na kvalitu a na systém řízení nemocnice se požadavkům JCI blíží standardy Spojené akreditační komise ČR, jejíž certifikát drží přes osmdesát nemocnic.

Získat a pak obhajovat nejnáročnější možnou akreditaci je tedy rozhodnutím vedení nemocnice. Nicméně kvalita je drahá záležitost. Jak si certifikátu JCI cení zdravotní pojišťovny?

Možná by někdo očekával, že práci v souladu s nejvyšší možnou normou ocení ve svých platbách, ale to se zatím nestalo. Plátcí ji tedy zatím nezhledňují. Kdo ji zohledňuje, jsou pacienti a opravdu jich nemáme nedostatek. Signifikantní je i to, že v průzkumech spokojenosti pacientů se umísťujeme vždy velmi dobře a nemocnice, které nás předběhnou, jsou často ty dlouhodobě akreditované podle kvalitních standardů. Pacienti opakovaně oceňují nejvíce komunikaci a dostatek informací, léčbu pooperační bolesti a některé další projekty, které jsme tu nastavovali na základě mezinárodních standardů.

Co přivedlo NNH k rozhodnutí ucházet se o tak vysokou akreditaci?

Rozhodnuto o tom bylo v letech 2002-2003. Tehdejší management chtěl navázat spolupráci s jedním zdravotnickým zaříze-



Ilustrační foto: Shutterstock

ním v USA a bylo nutné sjednotit procesy. A zmíněné americké zařízení tu akreditaci mělo. Základní problém nás všech tehdy bylo vůbec porozumět, co se po nás chce. Dnes už je situace lepší, ale uvědomte si, že tenkrát bylo celé zdravotnictví nastaveno na platby za výkon. Z tohoto aspektu je například požadavek na snížení preventabilních komplikací u pacienta paradoxně nevýhodný, najednou vykazujete všeho méně... Navíc tu přetrvával patriarchální vztah vůči pacientovi a my jsme náhle po zdravotnicích chtěli, aby pacienta brali jako partnera. Bylo velmi obtížné prosadit, že standardy jsou dobrá věc. Za ta léta se to povedlo, mnoho lidí, kteří podle standardů pracují, je vzali do určité míry za své. A také naše legislativa se od té doby velmi změnila a přizpůsobila vyspělým zemím.

Jste původně anesteziologicko-resuscitační sestra. Vyčerpala vás víc ta léta na ARO, nebo posledních 12, kdy pracujete v oblasti řízení kvality?

Práce „kvalitářů“ v nemocnicích je nesmírně náročná a úspěch v ní velice závisí na jejich osobnosti, entuziasmu a víře v to, že prosazují správnou věc. Řízení kvality je vlastně managementem změny. Neustále přesvědčujete, lékaře, sestry, vedení nemocnice. Nabouráváte běžnou rutinu. „Kvalitáři“ jsou ve všech

oborech snad ještě víc ohrožení syndromem vyhoření než hasiči. Jsou na tom hůř než samotní zdravotníci, nemají zpětnou vazbu o uzdraveném pacientovi, nevidí konkrétního zachráněného. Ale práce „kvalitáře“ je velmi různorodá, zajímavá a za určitých podmínek i obohacující.

I co není na sestřích, je na sestřích...

Mgr. Simona Brixiová,
náměstkyně pro akreditace a kvalitu v Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHKT), Praha

V první nemocnici, která se u nás rozhodla pro získání mezinárodního certifikátu JCI, byla jednou z pohnutek k tomuto kroku nutnost sjednotit procesy se zahraničním pracovištěm, které ho mělo. Kdy a proč se pro nejnáročnější akreditaci rozhodlo i vedení ÚHKT?

První idea byla u nás obdobná jako v NNH, také nám šlo o nadnárodní spolupráci. Kostní dřev pro transplantaci program získáváme i z mezinárodních dárcovských registrů a měli jsme obavu, že bychom ji nemuseli dostávat bez akreditace odpovídající jejich požadavkům. Nevíme, zda by se tato obava naplnila, v dalším období vznikly v ČR organizace zabývající se hodnocením kvality poskytované péče,

ale my jsme již byli rozhodnuti. O získání akreditace od JCI jsme začali diskutovat na podzim 2004, v roce 2005 jsme začali s přípravami. Začínali jsme úplně od nuly a trvalo dva a půl roku, než jsme certifikát získali.

Vy jste u těch začátků stála. Jaké byly?

Právě ve chvíli, kdy se o zahájení akreditačního procesu rozhodovalo, došlo k personálním a organizačním změnám ve vedení ústavu. Přednostou se stal náš současný ředitel profesor Petr Cetkovský a ten toto rozhodnutí velmi podporoval, chtěl do toho jít. Já jsem tu v té době byla staniční sestrou na jednotce intenzivní péče a on mi nabídl nově vzniklou pozici. Měla jsem se starat především o vzdělávání ošetrovatelského personálu, ale mé původní zadání se značně rozšířilo právě směrem ke standardizaci postupů a jejich zavádění. V tom smyslu to byly docela pionýrské doby, neměli jsme pro postupy vlastní vnitř-

ní předpisy, a tak jsme začali úplně prakticky tím, že si uděláme pořádek. Českou legislativu jsme samozřejmě dodržovali už před tím, naše postupy s ní byly v souladu, ale vadila ta roztržitost. Popravdě – roztržitost byla sama česká legislativa a v této oblasti se to podle mého názoru jenom pomalu mění k lepšímu. V tom, abychom si sami udělali pořádek, nám akreditační standardy pomohly, přizpůsobili jsme se jim, stabilizovali jsme postupy. My jsme tenkrát začali tím, že jsme detailně prošli všechna naše pracoviště. Zjistili jsme přitom i úplně bazální nedostatky, například hygienické a podobně. V průběhu přípravy na akreditaci JCI jsme většinu zjištěných závad odstranili. Zároveň jsme vytvářeli a zaváděli vnitřní směrnice, což zpočátku budilo u pracovníků odpor, brali to jako činnost navíc, které jim jen přidělávají práci. Postupně ale zjišťovali, že se hodně věcí zlepšilo i pro ně, převládala pozitivní motiva-

ce. Nepřibýlo totiž jen „papírování“, ale zlepšilo se i vybavení pracovišť a začalo se myslet i na další věci, jako je organizace dalšího vzdělávání a podobně. Převážil pozitivní náboj, a když jsme tu měli další akreditační šetření JCI, což bylo v roce 2010 a 2013, už se tu příprava na ně brala jako normální věc. V ÚHKT máme rozsáhlou výzkumnou základnu, 35 lůžek, laboratoře a transfuzní stanici, čili nejsme kapacitně nijak velké zařízení. Auditovat nás přijeli vždy dva inspektoři JCI, a to na tři dny, celkem jde vždy o šest auditů, čili je to opravdu důkladná prověrka. Hodně nám pomáhají i naše vlastní vnitřní audity.

Co z požadavků JCI bývá největším kamenem úrazu?

Na začátku motivovat lidi, aby do toho šli. Asi nejtěžší bylo nastavit a dodržovat pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace, pravidla stanovená JCI byla v této oblasti hodně přísná. My jsme je zaváděli za situace,

kdy českou legislativou nebyla pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace přesně stanovena. Za téhle situace jsme se pokoušeli přesvědčit zaměstnance o tom, že vše musí být řádně a průkazně dokumentováno (kdo je zodpovědný za pacienta, ordinace léčiv, sjednocení dokumentace mezi jednotlivými pracovišti, ošetrovatelská péče). V současné době už v rámci vnitřních auditů nacházíme pouze drobná pochybení.

Kvalita a bezpečnost v nemocnici do značné míry závisí na ošetrovatelském personálu. Stojí z hlediska sester vůbec za to „jít do toho“?

My jsme tenkrát hodně argumentovali tím, že si uděláme pořádek. Naší mantrou bylo, že konečně docílíme toho, že jednotlivé profese budou skutečně dělat to, co dělat mají, a bude to přesně dané. A dokumentace procesů že je vlastně pro nás, sestry tím prokazují, co dělají. Se sestrami jsme rozebíraly obecně

známé příklady pochybení v ošetrovatelské péči, i to byl silný argument, proč se pečlivě věnovat dokumentaci vlastní práce. Vždy hodně záleží na staničních sestřích, to jsou stěžejní osoby v rámci akreditace celé nemocnice. To mohu potvrdit i jako auditorka Spojené akreditační komise (SAK). Tam, kde v nemocnici vidíte orientovanou, chytrou, inteligentní a příjemnou staniční sestru, je i dobře motivovaný personál. Ono obecně platí, že valná část přípravy k akreditaci je na sestřích, a to, co není na sestřích, je na nich stejně, protože v rámci svých činností stále hlídají všechno a všechny. Přináší to ale i paradox: při auditech se nejvíce závad najde v činnostech, za které jsou zodpovědné sestry, protože rozsah jejich povinností je velmi široký a zahrnuje všechny oblasti poskytované péče. Toto cítím trochu jako nespravedlnost vůči sestřím a možnost dalších motivačních personálu pro ošetrovatelský management.

Jana Jílková

Kulatý stůl MZ se zaměřil na dětské sestry

Koncem června se na ministerstvu zdravotnictví (MZ) uskutečnil kulatý stůl na téma „Vzdělávání dětských sester v ČR“.

Spoléhání na společného jednání se zúčastnili zástupci MZ, univerzit, středních zdravotnických škol a VOŠ, České asociace sester (ČAS), České pediatrické společnosti ČLS JEP, poskytovatelů zdravotních služeb a NCO NZO.

Nedostatečná výuka

Účastníci schůzky prodiskutovali klady a zápory současného systému vzdělávání v oboru ošetrovatelské péče v pediatrii, dotkli se také srovnání současného systému vzdělávání v ČR se systémy v ostatních zemích Evropské unie i návrhu nové strategie vzdělávání a dopadu na uznávání kvalifikace v rámci volného pohybu osob v zemích EU. Diskutovalo se rovněž o úloze a uplatnění dětských sester v současnosti a budoucnosti.

Jak podotýká tisková zpráva MZ, výuka znalostí a dovedností z pediatrie a péče o děti a mladistvé v kvalifikačním studiu všeobecné sestry je v současné době nedostatečná a nevyhovující pro odbornou způsobilost dětské sestry. Všeobecné sestry nejsou dostatečně připraveny pro výkon péče o děti ve všech věkových kategoriích. Po dosažení kvalifikace všeobecné sestry mají zájemci nyní možnost zahájit specializační vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii v rozsahu 560 hodin a délce trvání 18-24 měsíců. „Mezi systémem vzdělávání v různých zemích Evropské unie panují značné rozdíly a jiné jsou i kompetence dětské sestry,“ říká hlavní sestra ČR Alena Šmídová. „Naším cílem je upravit vzdělání v souladu s potřebami praxe v ČR, zajistit dostatek dětských

sester v současnosti i do budoucna. Z diskuse vyplynulo, že některé nemocnice nemají dostatek dětských sester a jejich věkový průměr je všeobecně vysoký. Proto je nutné přistoupit k rychlým opatřením,“ dodává Alena Šmídová.

Závěry jednání

Účastníci kulatého stolu došli k závěru, že je třeba přijmout následující opatření:

- Úprava současného specializačního vzdělávání dětské sestry v oblasti praxe, obsahu a počtu hodin. Uznávat dříve absolvované vzdělání, pokud odpovídá obsahu specializačního vzdělávání v pediatrii.
- Možnost navýšení počtu rezidenčních míst specializačního vzdělávání v oboru.
- Nabídnout studentům bakalářského studia všeobecná



Ilustrace: foto: Shutterstock

sestra možnost volitelných předmětů v oblasti pediatrie a péče o děti s jejich následným započtením do specializačního vzdělávání, a tím umožnit jeho zkrácení.

- V rámci legislativních úprav zdravotnických předpisů provést změny v obsahu vzdělávání pro přípravu všeobecné sestry ve smyslu navýšení počtu předmětů a hodin pediatrie a péče o děti, aby všeobecná sestra mohla vykonávat

péči o pacienty všech věkových kategorií kvalitně a bezpečně, zároveň novelizovat standard (metodický pokyn) vzdělávání všeobecné sestry a případně zvážit prodloužení délky studia na 3,5 roku.

- Pro výkon specializovaných činností preferovat certifikované kurzy, kterými sestry získají zvláštní odbornou způsobilost (např. v neonatologii).

(Zdroj: MZ ČR)

(red)

Jak s legislativou ke zlepšení podmínek sester

V listopadu loňského roku byla znovuobnovena funkce hlavní sestry České republiky. Získala ji osobnost sestrám již dlouho dobře známá – současná ředitelka odboru ošetřovatelství a nelékařských povolání ministerstva zdravotnictví **Mgr. Alena Šmídová**.

Tato novinka byla uskutečněna v souvislosti s realizací změn dalších,“ řekla nám v té době novopečená hlavní sestra. „Tehdejší ministr zdravotnictví Martin Holcát rozhodl o změně organizačního řádu na ministerstvu. Odbor vzdělávání a vědy se rozdělil na odbor vědy a lékařských povolání a odbor ošetřovatelství a nelékařských povolání. Zůstala jsem ředitelkou odboru a zároveň jsem byla jmenována hlavní sestrou České republiky.“

Cíle a plány pro tento rok

Rozsáhlá anketa mezi sestrami v terénu, kterou realizovala Česká asociace sester (ČAS), i další zdroje ukázaly, že sestry nejsou s danými podmínkami pro výkon profese spokojeny. Vadí jim snižování stavu ošetřovatelského personálu na odděleních, přemíra administrativy, nejasnosti ve vzdělávacím systému pro nelékařské zdravotníky, kvůli ekonomickým důvodům pak nedostatek kvalitních ošetřovatelských pomůcek i neuspokojivé odměňování. „Zmíněné stesky se mezi sestrami opakují nejčastěji. Je potřebné upozornit na tyto nedostatky a uskutečnit změny, které

by pomohly ke zlepšení podmínek práce sester i ostatních zdravotníků. Z těchto důvodů je nutné spolupracovat s lidmi z praxe, širokým ošetřovatelským terénem, s profesními a odborovými organizacemi zdravotníků-nelékařů a dalšími zainteresovanými skupinami,“ uvádí Mgr. Šmídová.

Co se stalo se zákonem č. 96/2004, který měl platit již od letošního roku?

Dotvořit návrh zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, který měl nahradit zákon č. 96/2004 Sb., bylo jednou z našich priorit. Příprava a projednávání tohoto nového zákona bylo totiž bývalým vedením ministerstva zastaveno. V současné době se znovu pokračuje s legislativní úpravou. Odesláni návrhu zákona do vlády je plánováno na březen 2015. Vzhledem k tomu, že je nutné do zákona zapracovat i novelizaci evropské směrnice, je nutné, aby tento zákon nabyl účinnosti v lednu 2016.

A další priority pro tento rok?

Budeme pracovat na realizaci následujících dokumentů a opatření:

- objektivní analýza ošetřovatel-

ské zátěže se stanovením metodiky výpočtu ošetřovatelské zátěže – revize a ukotvení v legislativě,

- revize personální vyhlášky,
- revize a metodika k vedení zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace,
- problematika přesčasové práce a úpravy tarifních platů,
- následná a dlouhodobá péče – zdravotně sociální problematika,
- kultivace ošetřovatelských výkonů – 913, 918, 923, včetně vyjednávání se zdravotní pojišťovnou,
- vzdělávání sester manažerek – příklady dobré praxe.

Do nové legislativy asi hodně promluví směrnice o uznávání odborných kvalifikací. Připomeňte, prosím, o jakou směrnici se jedná.

Hovoříme o modernizaci směrnice 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací, která byla přijata Evropským parlamentem a Evropskou radou 7. 9. 2005 a je novelizována směrnicí 2013/55/EU. Česká republika byla mimochodem mezi prvními zeměmi EU, která směrnicí v roce 2008 implementovala do svých zákonů. Byl to zejména zákon č. 18/2004 Sb. a jeho nove-

la v zákoně č. 189/2008 Sb. Ten řeší obecné postupy uznávání a případy, na které se nevztahuje zákon č. 96/2004 Sb. Zákon č. 96/2004 Sb. řeší principy uznávání pro všeobecné sestry a porodní asistentky.

Jak se směrnice promítne do profese všeobecné sestry a porodní asistentky?

Ve směrnici je nově upraveno vzdělávání všeobecné sestry a porodní asistentky. U všeobecné sestry to je předcházející všeobecné školní vzdělání: po 12 letech všeobecné školní docházky (případ ČR, která má 8-9 let ZŠ a 4 roky SŠ) nebo po 10 letech všeobecné školní docházky (případ Německa). Délka studia u všeobecné sestry a též porodní asistentky je nově definována jako nejméně tříleté studium zahrnující 4600 hodin na vysoké škole nebo v zařízeních vyššího vzdělávání na úrovni uznané za rovnocennou, přičemž tuto přípravu lze doplnit rovněž v odpovídajících kreditech Evropského kreditního systému (ECTS). Nově je u porodní asistentky také definována struktura odborné přípravy – nejméně jednu třetinu z celkové odborné přípravy musí činit klinický výcvik. Jsou

též nově definovány základní kompetence pro tyto profese.

Jaký očekáváte výsledek všech opatření?

Je velice obtížné v současné ekonomické situaci zlepšit finanční i další pracovní podmínky zdravotníků. Hodně záleží na vrcholovém managementu jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Myslím, že se nám podaří společným úsilím managementů ošetřovatelské péče upravit a snížit administrativní zátěž sester, kdy se ošetřovatelská dokumentace zjednoduší a zbuduje více prostoru pro péči s pacientem. Doufáme v dokončení návrhu zákona, kde navrhujeme odstranění zbytečných duplicit ve vzdělávání a úpravy výkonu povolání s odstraněním výkonu povolání pod odborným dohledem. Obávám se – kvůli ekonomickému tlaku – snižování počtu ošetřovatelského personálu na minimální obsazení dle legislativy, snížení kvality poskytované péče a větší zátěže ošetřovatelského personálu. Výsledky se ale neprojeví v systému okamžitě. Považuji za nutné stálým tlakem podporovat ošetřovatelská povolání a vůbec význam ošetřovatelství v celém systému poskytování zdravotní péče včetně vzdělávání, jehož kvalita je rovněž ohrožena přijetím různých úsporných opatření.

Jarmila Škubová

Konference ke 100. výročí uzákonění „diplomovaných ošetřovatelek nemocných“

U příležitosti 100. výročí nařízení rakousko-uherského ministerstva vnitra o ošetřování nemocných provozovaného z povolání proběhla v červnu mezinárodní konference „100 let diplomovaných ošetřovatelek nemocných. Právní systém ošetřovatelského vzdělávání v Rakousku jako motor profesionalizace“.

Pořadatelé akce, která se konala v prostorách Ošetřovatelské školy nemocnice Rudolfinerhaus ve Vídni, byly Rakouský ošetřovatelský svaz, Rudolfinský spolek Červeného kříže Vídeň a Rakouská společnost pro vaskulární ošetřovatelství.

Význam nařízení pro profesionalizaci

Nařízení rakousko-uherského ministerstva vnitra z 25. 6. 1914 uznalo význam ošetřovatelské péče, povýšilo ji na plnohodnotnou profesi v duchu odkazu Florence Nightingalové, iniciovalo zřízení ošetřovatel-

vatelských škol a rámcově stanovilo jejich organizační strukturu a obsahovou náplň. Jednou z nejdůležitějších zásad nařízení bylo, že ošetřovatelská škola může být zřízena jen při nemocnici, která zajistí praktickou výuku žáků v nejdůležitějších oborech. Odborná příprava pro toto povolání měla být prováděna ve dvouletých ošetřovatelských školách zřizovaných při nemocnicích. Na odborné vzdělání dohlížel „vedoucí lékař zařízení“ (mysleno nemocnice). První rok studia měl být věnován převážně teorii, druhý pak praktickému výcviku. Školy měly

zaručovat možnost praktického výcviku ve všech oborech tehdejší nemocniční péče a studium mělo být ukončeno diplomovou zkouškou, což znamenalo, že absolventky měly právo užívat titul „diplomovaná ošetřovatelka“. Nařízení přestalo v Rakousku platit po jeho obsazení Hitlerem v roce 1938. V Československu, které převzalo rakousko-uherský právní systém, platilo až do roku 1951.

Česká stopa v ošetřovatelství

Na konferenci byla věnována významná pozornost také českému

ošetřovatelskému vzdělávání, protože absolventky ošetřovatelské školy z Vídně (z Rudolfinerhaus) položily základy ošetřovatelského vzdělávání v českých zemích a v nové Československé republice.

U počátků České ošetřovatelské školy v Praze v roce 1916 stály ošetřovatelky Olga Holubová, Gizela Bártová a Božena Březinová. Do vývoje českého ošetřovatelství se také významně zapsala absolventka ošetřovatelské školy v Rudolfinerhausu ve Vídni Sylva Macharová, nositelka medaile Florence Nightingalové.



Čestný odznak pro diplomované ošetřovatelky nemocných (1914-1918) | Foto: archiv prof. Kozoně

Letos uplynulo 120 let od úmrtí chirurga prof. MUDr. Theodora Billrotha (1829–1894), který v roce 1882 vybudoval ve Vídni ošetřovatelskou školu a nemocnici pro výcvik sester, tzv. Rudolfinerhaus. Patronem školy a nemocnice byl korunní princ Rudolf. Absolventkám se dodnes říká rudolfinky.

Program konference

Konferenci otevřeli prezident Rudolfinského spolku červeneho kříže prof. Dr. Ernst Wolner a prezidentka Rakouského ošetřovatelského svazu Ursula Frohnerová.

Významem profesionalizace ošetřovatelství se zabývala profesorka pro ošetřovatelskou vědu Univerzity ve Vídni prof. dr. Elisabeth Seidlová. Rakouská historička dr. Gabriele Dorffnerová vystoupila s tématem „Milník v rozvoji profesionálního ošetřovatelství – nařízení ministerstva vnitřní věci dne 25. června 1914“. Téma „Vliv nařízení na zakládání ošetřovatelských škol v Rakousko-Uhersku a v nástupnických státech“ připravili prof. dr. Vlastimil Kozon, Ph.D., z Všeobecné nemocnice-Medicinského univerzitního kampusu ve Vídni, a doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc., z Ústa-

vu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové. Doktorka Meinhild Hausreitherová z rakouského Spolkového ministerstva zdravotnictví hovořila o právní



První diplomový odznak pro ošetřovatelku po vzniku ČSR | Foto: archiv prof. Kozoně



Diplomový odznak pro ošetřovatele v období mezi dvěma světovými válkami | Foto: archiv prof. Kozoně

regulaci ošetřovatelského vzdělávání v Rakousku a Mag. dr. Daniela Angetterová z oddělení pro současné dějiny Rakouské akademie věd se zabývala zdravotní péčí v době válek a potřebou diplomovaných ošetřovatelek. S ošetřovatelským vzděláváním v období nacionálního socialismu seznámil dr. Gerhard Fürstler z Univerzity aplikovaných věd v Kremži. Pozornost k aktuálnímu rozvoji ošetřovatelského vzdělávání v Rakousku věnovala ředitelka ošetřovatelské školy v Rudolfinerhausu Mag. Elisabeth Sittnerová.

Poznatky z konference

Konference byla velmi inspirativní. Ze subjektivních postřehů bychom chtěli zdůraznit několik konkrétních faktorů k zamyšlení pro české ošetřovatelství:

- Rakouská akademie věd věnuje pozornost historickému výzkumu zabývajícím se dějinami ošetřovatelství.
- V Rakousku vytvořili Sekci dějin ošetřovatelství.
- Výzkum dějin ošetřovatelství v Rakousku je široce interdisciplinární, věnují se mu historikové, sociologové, právníci i novináři ve spolupráci se zdravotnickými nelékařskými profesionály.



Budova Rudolfinerhaus | Foto: archiv doc. Kutnohorské

Blíží se ošetřovatelská výročí

Nejstarší ošetřovatelská škola u nás vznikla na základě nařízení ministerstva vnitřní věci č. 139 z roku 1916 při Všeobecné nemocnici v Praze. Mimořádné úsilí na její založení vyvinul Spolek pro povznesení stavu „ošetřovatelek nemocných“, především jeho jednatelka, učitelka Františka Fajfrová. Činnost školy pokračovala i po skončení 1. světové války v nově vzniklém Československu a stala se vzorem pro další české civilní i řádové ošetřovatelské školy. Její odborná úroveň byla vysoká. První českou ředitel-

kou byla Sylva Macharová, která se pro sesterské povolání připravovala v ošetřovatelské škole ve Vídni.

29. 5. 2016 uběhne 100 let od založení České zemské školy pro ošetřování nemocných a Německé ošetřovatelské školy při Všeobecné nemocnici v Praze. V následujících letech došlo k otevření dalších škol. Konference v Rudolfinerhausu byla výzvou pro důstojné připomenutí tohoto výročí a vzpomenuť odkazu těch, kteří stáli u vzniku a rozvoje české a slovenské ošetřovatelské.

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.,
prof. PhDr. Vlastimil Kozon, Ph.D.

Záležejí Evropě na prevenci poranění ostrými předměty?

Jedním z nejčastějších a nejzávažnějších rizik pro zdravotnické pracovníky je infekce způsobená při manipulaci s jehlou nebo jiným ostrým předmětem. V Evropě je riziku těchto poranění vystaveno přibližně 8 milionů pracovníků ve zdravotnictví.

Statistiky o četnosti poranění jehlou nebo jiným ostrým předmětem se liší jak mezi jednotlivými nemocnicemi, tak různými odděleními stejné nemocnice. Všechny ale ukazují, že poranění jehlou jsou každodenní součástí práce zdravotníků. Odhaduje se, že každým rokem se ve zdravotnických zařízeních v celé Evropské unii (EU) vyskytne více než milion takovýchto poranění. Je však alarmující, že nahlášených je jen přibližně 50 % z nich. Nedostatečné hlášení poranění je jednou z hlavních příčin, proč tyto pracovní úrazy nejsou vnímány jako priorita. Jejich rozsah je navíc podceňován. V některých zemích EU (včetně České republiky) nejsou k dispozici žádné údaje na

národní úrovni. Sběr dat se provádí sporadicky a převážně pouze na úrovni nemocnice. Přitom v důsledku poranění jehlou nebo jiným ostrým předmětem vzniká zdravotníkům nebezpečí závažné infekce jedním z více než 30 potenciálně nebezpečných patogenů, včetně HIV či hepatitidy B a C.

Zbytečné náklady

Jako dobrý příklad mohou posloužit Francie, Švýcarsko a Německo. Jejich výzkumné projekty nám dávají jasnější informace o rozsahu popisovaného problému. Francouzský průzkum provedený expertní skupinou pro prevenci pracovních infekcí zdravotnických pracovníků zjistil za rok 2010 celkem 29 132 případů expozice

krvi a tělesným tekutinám, 8 z 10 nehod bylo výsledkem perkutánních zranění, především jehlou. Průzkum také zhodnotil, že 43,3 % případů by bylo možné se vyhnout dodržením standardních preventivních opatření.

Ve Švýcarsku a v Německu soustředili vědci svou pozornost na náklady spojené s poraněním jehlou a jinými ostrými předměty. Švýcarská expertka na pracovní zdraví a bezpečnost Esther Grafová-Deuelová odhaduje, že průměrné náklady na poranění jehlou se pohybují od 9869 Kč (355 eur) u neinfikovaného zdroje do 96 300 Kč (3 464 eur) u zdrojů infikovaných HIV.

Podle jiného výzkumu provedeného profesorem Andreasem

Wittmannem z Wuppertalské univerzity je náklad na jedno poranění jehlou 13 539 Kč (487 eur). Z toho přibližně 4170 Kč (150 eur) není pokryto povinným úrazovým pojištěním a musí být hrazeno zaměstnavatelem. Na základě odhadovaných 500 tisíc poranění jehlou, k nimž každým rokem v Německu dojde, prof. Wittmann spočítal, že tato poranění stojí německý stát přibližně 1,3 miliardy Kč (47 milionů eur) ročně.

Opatření na úrovni EU

Tyto studie (stejně jako četné jiné) proto došly k závěru, že celkově lze nejlépe dosáhnout krátkodobých a dlouhodobých přínosů včetně ekonomických úspor, pokud se bude investovat do bezpečnějších pracovních postupů a bezpečnostních zdravotnických prostředků, které poranění jehlou zabraňují. Na základě těchto výzkumů a doporučení odborníků se proto EU rozhodla jednat a v roce 2010 přijala Směrnicí 2010/32/EU, o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních. Směrnice stanovuje povinnost „odstranit nadbytečné používání ostrých předmětů prostřednictvím zavádění změn v praxi a na základě

výsledků posudků rizik poskytnout bezpečnostní zdravotnické prostředky“.

Zpráva Evropského parlamentu vysvětluje, proč byla evropskými zákonodárci zvolena metoda mandatorní povinnosti provádět preventivní a ochranná opatření: „Zatímco stávající právní předpisy (například zákoníky práce, zákony o ochraně veřejného zdraví, o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci) by měly teoreticky řešit riziko poranění jehlou a jinými ostrými předměty, v praxi se tak neděje. Doporučující pokyny, osvětové kampaně a jiné nelegislativní iniciativy mohou přispět k řešení pouze částečně; měly by být použity v součinnosti s legislativou.“

Strategie je tedy jasná – minimalizovat riziko vystavení ostrým předmětům mezi pracovníky ve zdravotnictví tím, že budou vyžadována vhodná preventivní a ochranná opatření. Používání bezpečnostních zdravotnických prostředků, očkování a poskytování řádných informací a školení pro zaměstnance jsou základními opatřeními k zajištění souladu s touto strategií a Směrnicí 2010/32/EU. A co dělá vaše organizace, aby zabránila těmto pracovním úrazům? (red)

Změny ve stravovacím režimu při gestačním diabetu

Gestační *diabetes mellitus* (GDM) se v populaci všech těhotných žen vyskytuje zhruba ve 3–4 %, v některých zemích dosahuje až 6 %. Tato skutečnost je dána i zlepšením prenatalní diagnostiky a péče.

GDM je poruchou tolerance sacharidů různé závažnosti, která je poprvé diagnostikována v těhotenství, nejčastěji po 20. týdnu, a po porodu mizí. Porucha je charakterizována normálním množstvím inzulínu, hyperinzulinismem a významnou inzulinorezistencí, která v průběhu těhotenství stoupá. Maxima dosahuje mezi 24. a 30. týdnem těhotenství, kdy se GDM nejčastěji manifestuje. Inzulinorezistence souvisí se sekrecí placentárních hormonů. Inzulinová rezistence se vyskytuje v určitém stupni u všech těhotných, ale pouze ženy s GDM ji nedovedou kompenzovat.

Uvažuje se, že GDM by mohl být první manifestací jiného typu diabetu mellitu (DM), a to velmi pomalu probíhajícího DM 1. typu, DM 2. typu, tzv. LADA či MODY. Proto nález poruchy v graviditě nelze jednoznačně považovat za pouhý GDM a pacientka, u níž je GDM diagnostikován, musí být i po porodu nadále sledována.

Po porodu se porucha většinou upraví, ale u velké části žen (někteří odborníci uvádějí až 40 %) se do 10 let od počátku diagnózy GDM vyvíjí diabetes 2. typu. Neléčená matka s GDM je více ohrožena těhotenskou gestózou, preeklampsií a porodem císařským řezem. Novorozenec je po porodu ohrožen zejména orgánovou makrosomií, odchylkami v metabolismu sacharidů (hypoglykemií), odchylkami v metabolismu žlučových barviv (hyperbilirubinemií) a chronickou hypoxií, poruchami krvetvorby aj. Dítě nekompenzované diabetičky bývá nadměrně veliké a chová se nezrale. Mohou se u něj vyskytnout poruchy dýchání, svalová hypotonie. Do budoucna má dítě diabetické matky vyšší riziko vzniku metabolického syndromu, obezity a DM 2. typu.

Diagnostika

Vyšetření přítomnosti gestačního diabetu se provádí u skupin pacientek s předpokládaným vyšším rizikem možného vzniku

gestačního diabetu či poruchy glukózy tolerance v těhotenství. Hlavním diagnostickým kritériem GDM je orální glukózový toleranční test (OGTT).

Tab. 1 Doporučené složení diety pro pacienty s diabetem platné od září 2012

Energie	Sacharidy	Bílkoviny	Tuky
7 500 kJ	200 g	90 g	70 g
8 800 kJ	250 g	95 g	80 g
10 000 kJ	300 g	100 g	90 g

Tab. 2 Příklad postupu zvyšování energetické hodnoty v dietě o obsahu 200 g S

Netěhotná žena		I. trimestr	II. + III. trimestr
7 500 kJ 200 g S	→	7 500 kJ 200 g S	→ 8 800 kJ - 10 000 kJ 250-300 g S + 1260 kJ (300 kcal)

Tab. 3 Rámcový jídelníček (250 g S)

8 800 kJ, 250 g sacharidů, 95 g bílkovin, 80 g tuků 25 VJ		
snídaně 50 g S	250 ml nápoje (např. bílá káva, mléko, čaj s mlékem ap.) 80 g pečiva 15 g rostlinného roztráteného tuku nebo másla 50 g bílkovinné potraviny (tvaroh, sýr, uzenina aj.)	10 g S 40 g S
přesnídávka 30 g S	100 g ovoce 40 g pečiva	10 g S 20 g S
oběd 60 g S	100 g masa (nebo 200 g ryby, nebo 70 g tvrdého sýra, nebo 100 g tvarohu) 20 g rostlinného oleje 15 g mouky zelenina příloha*	10 g S 10 g S 40 g S
svačina 30 g S	200 ml mléka 40 g pečiva	10 g S 20 g S
večeře 60 g S	100 g masa (nebo 200 g ryby, nebo 70 g tvrdého sýra, nebo 100 g tvarohu) 15 g oleje 15 g mouky zelenina nebo ovoce příloha*	10 g S 10 g S 40 g S
2. večeře 20 g S	40 g pečiva 20 g bílkovinné potraviny (sýr, tvaroh, šunka aj.)	20 g S

* hodnoty jsou uváděny v množství po tepelné úpravě: brambory 200 g, bramborová kaše 260 g, vařené těstoviny 160 g, dušená rýže 140 g, bramborový knedlík 140 g, houskový knedlík 120 g, chléb 80 g, suchary 40 g, vařené luštěniny 200 g



Ilustrační foto: Shutterstock

Léčba

Na prvním místě v terapii GDM stojí úprava stravy. Fyzická aktivita, resp. aerobní pohyb, prokazatelně zlepšuje toleranci glukózy. Nejbezpečnější formou cvičení je takové, které nezpůsobuje fetální distres. Nedojde-li těmito opatřeními k normalizaci glykemie, přistupuje se k inzulinové léčbě.

Dieta

Při stanovení konkrétní diety vycházíme ze zásad zdravé výživy a současně se snažíme vytvořit vhodné podmínky pro zdravý vývoj plodu při zachování dobrého nutričního stavu matky a dobré kompenzace DM. Není zcela jednoduché stanovit všeobecná výživová doporučení denního příjmu energie a jednotlivých živin. Měli bychom totiž, mimo jiné, respektovat i výchozí nutriční stav a tělesnou hmotnost ženy před otěhotněním. Doporučený celkový váhový přírůstek během těhotenství je obecně 12 kg. Poporodní váha v tomto případě bývá přibližně o 4 kg vyšší. V průběhu laktace, která je pro ženu velmi energeticky náročná, dochází k postupnému pomalému úbytku tělesné hmotnosti i při zvýšeném nároku na stravování. Až po ukončení laktace má žena vědomě omezit příjem energie tak, aby dosáhla původní tělesné hmotnosti. U žen s nadváhou či obezitou je doporu-

ručení váhového přírůstku nižší. Při diagnóze GDM navíc stravou zajišťujeme vyrovnanou hladinu krevního cukru. K základním doporučením výživy v těhotenství přidáváme tedy i pravidla diabetické diety.

Pro dosažení stanoveného úspěchu dietní léčby je nutný komplexní pohled na složení stravy při stanovení množství jednotlivých živin – sacharidů, bílkovin i tuků. Diagnóza GDM nastávající maminky někdy svádí k podhodnocování příjmu potravin obsahujících sacharidy. Stravu se doporučuje přijímat v pravidelných intervalech, které zamezí malému časovému odstupu od jednotlivých jídel či naopak delšímu hladovění. Oběd, snídaně, večeře po 5 až 6 hodinách, dopolední a odpolední svačina tedy vychází v rozpětí 2,5 až 3 hodiny. Druhá večeře je doporučována asi jednu hodinu před spánkem. Mezi jednotlivými jídly by neměla být pauza kratší než 2 hodiny a delší než 4 hodiny. Výjimkou je pauza mezi večeří a snídaní, jejíž délka je daná odstupem mezi hlavními jídly – 9 či 6 hodin. Dlouhé lačnění nevede ke snížení hladiny krevního cukru, ale může vést ke zvýšené tvorbě ketolátek. V některých případech se z těchto důvodů doporučuje mezi druhou večeří a snídaní, kolem třetí hodiny ráno, zařadit ještě malou noční svačinu.

Sacharidy

V praxi je nejčastěji indikována dieta s obsahem energie 7 500 až 10 800 kJ, to je 200 až 300 g sacharidů. Vycházíme z energetické potřeby matky před otěhotněním. Strava musí zajišťovat potřebu energie pro ženu i vyvíjející se plod.

Potraviny obsahující jednoduché sacharidy neboli cukry (řepný, třtinový a hroznový cukr, med, obilninové slady, melasu, slazené pečivo a nápoje, neředěné džusy aj.) se snažíme ze stravy eliminovat, protože se tyto cukry rychle vstřebávají a výrazně zvyšují glykémii. Výjimku tvoří čerstvé ovoce a mléčné výrobky, které doporučujeme konzumovat v kontrolovaném množství – ovoce denně v celkovém množství 200 až 300 g. Těhotná žena by měla preferovat ovoce čerstvé, zatímco ovoce sušené, kandované nebo kompotované je ke konzumaci nevhodné. Do jídelníčku je možné zařadit všechny druhy čerstvého ovoce. V případě ovoce s vyšším obsahem sacharidů, jako je například banán nebo hroznové víno, je nevhodný vyšší příjem v jedné porci. Také v mléku a v tekutých mléčných výrobcích se nacházejí jednoduché, rychle vstřebatelné cukry. Výhodou ovoce a tekutých mléčných výrobků oproti cukru a medu je jejich vysoká biologická hodnota (vláknina, vitamíny, minerální látky – například vápník). Základ diety tvoří polysacharidové potraviny. Jejich zdrojem jsou především obiloviny (mlýnské a pekárenské výrobky, rýže, kuskus), brambory, luštěniny a zelenina. Přednost v dietě by měly mít potraviny s vyšším obsahem vlákniny a nižším glykemickým indexem, jako jsou celozrnné výrobky, například rýže natural, celozrnné těstoviny, pečivo z celozrnné mouky apod. Ve stravě je

třeba zajistit dostatečné množství zeleniny, a to alespoň 300 g denně. Výběr zeleniny je neomezený, není vhodné konzumovat ve větším množství žádnou sladší druh zeleniny, například mrkev, zelený hrášek, červenou řepu nebo kukuřici. Jako náhrada jednoduchých cukrů není doporučováno používání syntetických sladidel.

Bílkoviny

Ve výživě by měly být zastoupeny kvalitní bílkoviny. Přednost by měly mít méně tučné bílkovinné zdroje. Tučnější masa a mléčné výrobky obsahují větší množství nasycených tuků a cholesterolu a nejsou pro těhotnou ženu příliš vhodné. Při nevhodném výběru bílkovinné potraviny nelze docílit doporučeného poměru v zastoupení mastných kyselin. Nejde jen o celkový příjem tuků. Nejméně 2krát týdně v množství 200 g by měly být do jídelníčku zařazeny ryby, především mořské a i ty tučnější. Důležitou součástí stravy jsou i bílkoviny z rostlinných zdrojů, jako jsou luštěniny, obiloviny, ořechy a semena. Nepříliš vhodné jsou druhotně zpracované výrobky (uzeniny, pomazánky a jiné masné výrobky). Zpravidla obsahují vysoké množství tuků (zvláště nasycených) a kuchyňské soli. Nedostatek bílkovin může vést k nízké tělesné hmotnosti novorozence a je rizikový pro vývoj plodu a jeho mozku.

Tuky

Tuky by se měly podílet na celkovém energetickém příjmu maximálně z 35 %, tj. 70–80 (90) g na den (záleží na konkrétní dietě). Nejde pouze o kvantitu, ale především o kvalitu tuku. Tu určuje obsah mastných kyselin a jejich vzájemný poměr. Příjem nasycených mastných kyselin (NaMK)

doporučujeme ve stravě snižovat a naopak dáváme přednost příjmu mono- a polynenasycených mastných kyselin. Zdrojem NaMK jsou především živočišné potraviny, jako je maso, vnitřnosti, sádlo, mléko, sýry, máslo apod., a také některé rostlinné tuky (kokosový a palmojadrový). Proto volíme libové a ne druhotně zpracované druhy masa. Z mléka a mléčných výrobků preferujeme nízkotučné až středně tučné druhy. Máslo není nutné ze stravy zcela vyloučit. Vzhledem k jeho lepší stravitelnosti a obsahu vitamínů a minerálních látek je vhodným tukem vedle kvalitních roztráratelných rostlinných tuků a olejů.

Nenasycené mastné kyseliny (NeMK) jsou pozitivně ceněné nejenom z nutričního hlediska, ale i z pohledu jejich pozitivního vlivu na inzulinovou rezistenci. Některé z NeMK jsou esenciální, proto je potřeba je v dostatečném množství přijímat ze stravy. Velmi ceněné jsou v období těhotenství omega-3 nenasycené mastné kyseliny. Jejich zdrojem jsou především tučné mořské ryby a rybí tuk či lněné semínko. Tyto kyseliny působí příznivě na vývoj mozku, nervové soustavy a zraku plodu, snižují riziko předčasného porodu, těhotenské preeklampsie a nízké porodní hmotnosti. Výběrem bílkovinných potravin a jejich technologickou úpravou výrazně ovlivníme kvalitu a zastoupení jednotlivých mastných kyselin ve stravě. Ve výživě těhotné ženy by se neměly objevovat tuky obsahující transnenasycené mastné kyseliny (ztužené rostlinné tuky v pekárenských výrobcích, cukrovinkách).

Pitný režim

Zvýšené nároky těhotenství je potřeba pokrýt i zvýšeným příjmem tekutin. Individuálně lze doporu-

čované množství tekutin vypočítat: 30–45 ml na 1 kg tělesné hmotnosti. Důležité je zhodnotit i další faktory, kterými jsou například složení a množství stravy (obsah vody, soli, bílkovin a energie), tělesná aktivita, teplota a vlhkost prostředí včetně proudění vzduchu, druh oblečení a teplota těla, aktuální zdravotní stav aj. Tekutiny přijímáme během celého dne. Pochopitelně za nevhodné považujeme nápoje s obsahem jednoduchých cukrů, syntetických sladidel a alkoholu. Lze tedy doporučit pramenitou vodu, stolní balenou vodu, slabě až středně mineralizovanou vodu, ovocný čaj, vodu s citronem. Stoprocentní džusy a ovocné šťávy nejsou pro vysoký obsah cukru vhodné.

Vitamíny a minerální látky

Pro správné fungování organismu je nutné přijímat v potravě i vitamíny, minerální látky a stopové prvky. V době těhotenství jsou na organismus budoucí matky kladeny vyšší nároky a příjem některých vitamínů a minerálů je třeba navýšit. Jedná se především o vápník, fosfor, jod, hořčík, železo, zinek a kyselinu listovou.

Stravovací režim

Stravovací režim je při stanovení GDM nastaven individuálně. Respektuje výživové zvyklosti ženy před otěhotněním, její životní

styl, energetickou potřebu a individuální dispozice tolerovat konkrétní výběr potravin a pokrmů. Pro snazší uvedení stravování do praxe se využívají rámcové jídelníčky. Obsahují doporučená množství sacharidových, bílkovinných potravin i tuků, jejich rozdělení během dne a možnosti záměn pro dosažení pestrosti v jídlu. Hladinu krevního cukru ovlivňuje nejen množství stravy, ale i kombinace a kvalita jednotlivých živin. Odpověď na změnu stravovacího režimu si mohou maminky vyhodnotit při měření hladiny krevního cukru glukometrem. Tato skutečnost se považuje za nezbytnou součást léčby. Hodnoty krevního cukru nalačno i po jídle slouží ke stanovení strategie léčby, resp. dietní léčby – změnami a úpravami stravovacího režimu. Sledování glykemií se provádí formou glykemických profilů. Pro nutričního terapeuta je spolupráce s nastávající maminkou při zápisu jídelníčku a naměřené hodnoty glykemie před či po jídle vodítkem k možnosti individualizovat nastavený stravovací režim a tím i vyhovět individuálním stravovacím preferencím.

Literatura u autorek

Mgr. Jana Eliášová, Jitka Andrášková

SZS a VOŠZ, Brno,

Diabetologické centrum FN u sv. Anny, Brno

jitka.andraskova@fnusa.cz

Tisková oprava

V měsíčníku Sestra č. 3/2014 nebyla pod článkem „Vědomosti žáků základních škol o epilepsii“ (Botíková, Lajdová) uvedena další spoluautorka Mgr. Zuzana Karabová, Ph.D. Magistře Karabové i čtenářům se omlouváme.

Redakce

Reakce na článek Nácvič soběstačnosti plegického pacienta

Reakce na článek Bc. Svatavy Carbolové, který vyšel v čísle 14/2014 časopisu Zdravotnictví a medicína v sekci Sestra.

Připomínky k textu

- Sestra si stanovuje ošetřovatelské diagnózy na základě svého vyšetření sama, ergoterapeut doporučuje specifické pomůcky.
- Fyzioterapeut nemusí našim zkušeným sestram vysvětlovat techniku polohování a zajišťovat pomůcky.
- U kvadruplegických pacientů již několik let nepoužíváme nafocenou pomůcku k cévkování

Ergohand (za 12 let existence spinální jednotky byla použita jen 2x), u pacientů s vysokou lézí míšni se provádí epicystomie.

- Z JIP je spinální pacient vždy překládán na spinální jednotku.
- Sestry na spinální jednotce nepoužívají techniku bazální stimulace a nejsou v ní ani proškolené (s výjimkou Bc. Carbolové, která rok pracovala na JIP, kde se bazální stimulace používá u paci-

entů v bezvědomí a má pro pacienta jiný význam).

Článek nebyl konzultován s vedním Neurochirurgické kliniky. Nesprávně a chaoticky informuje o náročném práci sester na spinální jednotce. Přednost kliniky MUDr. Tomáš Paleček, Ph.D., a vrchní sestra Květuše Lyčková se od uvedeného článku distancují.

Květuše Lyčková,

vrchní sestra Neurochirurgické kliniky FN Ostrava

Zveme na 3. ročník Pražské 155

Zdravotnická záchraná služba hlavního města Prahy zve na již 3. ročník metodického cvičení krizové připravenosti „Pražská 155“.

Čeká vás třídní metodické cvičení doplněné o setkání zástupců krajských vzdělávacích a výcvikových středisek. Budete mít příležitost se seznámit se specifiky práce záchrané služby v Praze i s Prahou samotnou. Metodické cvičení bude probíhat od pátečního odpoledne 19. 9. do neděle 21. 9. Bude připraveno několik odborných a několik doplňkových úloh pro dvoučlenné posádky RZP z jednotlivých krajů ČR.

Nabízíme možnost stát se na pár dní pražskými záchranáři a vyzkoušet si nástrahy metropole. Není to soutěž, nečekejte bodování a ostré lokty! Na ulici není vítěz, ale nesmí tam zůstat poražený. Očekávejte přátelskou atmosféru a možnost si vzájemně předat znalosti a zkušenosti formou simulovaných výjezdů.

Více informací na www.prazska155.cz

(red)

Zácpa po dietní chybě v dětském věku

Nejčastější dietní chybou vedoucí k poruchám vyprazdňování je konzumace tučných, slaných, smažených jídel, majonézy, špatně upravené nebo těžko stravitelné stravy, požívání neobvyklých potravin, potrava přijatá ve velkém množství, nedostatek nebo nadbytek některých složek potravy.

Velkou roli hraje i množství a složení přijatých tekutin. Pro každý organismus je velmi individuální, jak tyto vlivy vnímá a do jaké míry je schopen je ještě tolerovat.

Zácpa u dětí je velmi běžným symptomem poruch vyprazdňování střev. Děti trpící zácpou představují až 10–25 % veškerých návštěv v gastroenterologických poradnách a asi 3 % případů v ordinacích praktických dětských lékařů. V dětském věku jsou pro obstipaci charakteristická tři období – zavedení příkrmů, nácviu defekace a období začínající školkové a školní docházky.

Druhy zácpy

Zácpa je velmi těžko definovatelná. Nelze ji vymezit přesným počtem stolic, frekvencí vyprazdňování ani konzistencí stolice, nicméně jedná se o změnu zpravidla provázenou obtížnou a bolestivou defekací se sníženou frekvencí, přičemž stolice je tuhého charakteru.

Zácpa může mít mnoho příčin, podle nichž se dělí na zácpu **funkční** (habituační, návykovou) a zácpu **symptomatickou**. Je žádoucí stanovit, o který typ zácpy se jedná, jelikož zácpa symptomatická může být varovným signálem některého ze závažnějších onemocnění (např. vrozené vady, zánětlivá, metabolická, neurologická onemocnění).

Zácpa funkční se dále dělí na zácpu prostou, zácpu spastickou (např. po častém užívání projímadel) a zácpu domnělou (psychická problematika). Funkční zácpa představuje 95 % všech obstipací v dětském věku. Právě zácpa prostá je způsobena nižším příjmem tekutin, nevstřebatelné vlákniny, celkově nesprávným a nepravidelným stravováním, nedostatkem pohybu a potlačováním defekace. Hlavním příznakem zácpy je méně časté, bolestivé a obtížné vyprazdňování většího množství

stolice, k němuž se běžně mohou přidružit další projevy, jako např. nadýmání (meteorismus), bolesti břicha, nechutenství, větší podrážděnost a plačtivost dítěte, někdy i zvracení. Po první zkušenosti s bolestivou defekací se může objevit odmítání dítěte vyprázdnit se. Strach z další bolestivé defekace zapříčiní, že se dítě snaží vyprázdnění oddálit. Hrozí přechod do chronické fáze obstipace. Riziko spočívá v opakovaných záchvatech zácpy akutní, která tím může přejít v zácpu chronickou, nesoucí s sebou další nepříjemné komplikace. U dětí dochází k chronické zácpě nejčastěji právě tím, že již při akutní zácpě si spojí defekaci s bolestí. Vědomě pak zadržují stolicí, mají strach z bolestivého vyprazdňování a v konečném důsledku slábne defekační reflex, až dojde k nerozpoznání pocitu nucení na stolicí. Velmi nepříjemným doprovodným příznakem závažné zácpy je zadržování (retence) stolice, spojené s následným špiněním stolicí (enkopréza). Enkopréza představuje vleklý problém zatěžující nejen dítě po stránce zdravotní, ale i celou rodinu, a to především po stránce sociální. Objevuje se většinou u dětí po dovršení 4. roku života a projevuje se samovolným odchodem stolice do prádla.

Dietní chyby vedoucí k zácpě

Především se jedná o převahu bezcukrové potravy, která neobsahuje žádné nevstřebatelné zbytky (příliš mnoho tuků a rafinovaného cukru). Nežádoucí je také nadměrná konzumace bílého pečiva a potravin z bílé mouky (knedlíky, buchty, piškoty, rohlíky), kaka a výrobků kakao obsahujících (u dětí především čokoláda), bílé loupané rýže a vše z ní připraveného, borůvek, mrkve (pasírovaná nebo ve formě polévky či šťávy), mléka, sýrů (nikoli kysa-

né mléčné výrobky), vajec (hlavně vařená natvrdo), všech druhů masa, nadměrné pití černého či zeleného čaje, zvýšená spotřeba banánů (přezrálé), jablek (velmi jemně nastrohaná), konzumace kořeněných jídel, sladkých jídel, jako je zmrzlina, zákusky, kokosová moučka, ale i kukuřice či paštik. Obecně může zácpu způsobovat i konzumování přílišného množství potravy.

Léčba zácpy u dětí

Zcela na místě je tento stav nepodceňovat. Pokud jsou rodiče dostatečně edukováni, dá se zácpa po dietní chybě u dětí zvládnout tzv. samoléčbou v domácím prostředí. Nesmí se ale objevit varovné příznaky, které by poukazyvaly na možnost závažnějšího onemocnění. Pokud se varovné příznaky objeví (krev či hlen ve stolici, zvracení, horečka, obstipace u novorozence, neefektivní léčba déle než 14 dní), je vždy nutné vyhledat lékaře!

Terapie zahrnuje režimová a výživová opatření, nácvik defekačního reflexu a farmakoterapii.

• **Režimová opatření:** Velmi důležitý je každodenní pohyb, který stimuluje střevní motilitu, dostatečný spánek, konzumace potravy v klidu, pravidelný stravovací režim, nepotlačování defekace, vyvarování se stresu. U kojenců ani u větších dětí není žádoucí jakákoli mechanická stimulace střev, např. aplikace rektální rourky, teploměru či čípků do konečníku. Jednak může dojít k poškození konečníku, jednak při dlouhodobějším používání těchto metod může dojít k oddálení fixace defekačního návyku.

• **Výživová opatření:** Je nutné zvýšit příjem tekutin, a to i v případě, že dítě nemá pocit žízně. Vhodné je podávat pramenitou nebo minerální vodu, mošty, ovocné šťávy, 50% džusy, 100%



Ilustrační foto: Shutterstock

džusy (pro vysokou energetickou hodnotu je třeba je ředit). Nevhodnými nápoji jsou černý a zelený čaj, slazené nápoje a limonády. Tučky není třeba úplně vynechat, stačí je pouze omezit. Mají i projímavý účinek, tedy usnadňují defekaci. Je důležité zcela vyloučit potraviny podílející se na inhibici (bránění, zpomalení) střevní motility (viz výše odstavec dietní chyby). U starších dětí se místo mléka doporučují kefir, kysané mléko, jogurty. Obsahují laktózu, která působí projímavě, a bakterie s pozitivním vlivem na střevní flóru. Je doporučováno konzumovat je mezi hlavními jídly. Luštěniny se při zácpě ze stravy vylučují, naopak se doporučují. U kojenců je při zácpě vhodné přidat do jídelníčku vlákninu a maso a podávat zeleninové polévky a ovocné šťávy. U starších kojenců se doporu-

čuje připravovat mléko do odvary z ovesných vloček. Zásadním výživovým opatřením je zvýšení denní dávky vlákniny, a to podle věku a váhy dítěte. Nerozpustná vláknina na sebe váže v tlustém střevě vodu (nutný současný dostatečný příjem tekutin), objem stolice se zvětšuje a stává se měkčím, přičemž dochází ke stimulaci motility a častějšímu vyprazdňování. Vláknina rovněž navyšuje růst probiotických bakterií. Minimální hodnotu přijímané vlákniny u dětí za den lze vypočítat jako číslo rovnající se věku dítěte + 5 g/den (např. u 10letého dítěte by tedy měla tvořit 15 g/den). Pokud je tento příjem dodržen, působí jako prevence zácpy. V léčbě zácpy se u dětí ve věku 3–7 let doporučuje minimální denní dávka 10 g, u dětí 8–14letých je doporučována minimální denní dávka 15 g.

Tab. 1 Volně prodejné léčivé přípravky proti zácpě ze skupiny kontaktních laxativ

	Guttalax gtt., tbl.; Laxylax gtt.; Regulax pikosulfát gtt., kostky	Bisacodyl K tbl.; Fenolax tbl.; Stadalax tbl.; Dulcolax tbl. a supp.
účinná látka	pikosulfát	bisacodyl
dávkování dětí	od 4 let 6–12 kapek, kostky nejsou dětem určeny	6–12 let 1 tbl. (u Stadalaxu pouze na doporučení lékaře), 12–14 let 1–2 tbl. denně Dulcolax tbl: děti 4–10 let 1 tbl., děti nad 10 let 1–2 tbl Dulcolax supp.: děti nad 10 let 1 čípek, max. 1x denně
poznámka	podávat na noc, max. 14 dní	podávat na noc, max. 14 dní

Tab. 2 Volně prodejné léčivé přípravky proti zácpě ze skupiny osmotických laxativ

	Duphalac, Lactulosa Biomedica, Lactulosa AL sirup	Suppositoria glycerini léčiva
účinná látka	laktulosa	glycerol
dávkování dětí	7–15 let 15ml, 1–6 let 5–10ml, do 1 roku 2,5–5ml	1 čípek podle potřeby, do 10 let pouze na doporučení lékaře
poznámka	lze podávat i dlouhodobě a podporuje růst probiotických bakterií	neužívat déle jak 7 dní

Vhodnými zdroji vlákniny jsou při obstrukci především celozrnné produkty, lněné semínko, jádřerka, mandle, ořechy, černý chléb, ovesné vločky, pšeničné otruby samostatně nebo přimíchané do potravy (pro kojence jsou nevhodné z důvodu rizika vzniku malabsorpce minerálů). Dále se doporučuje čočka, hrách, fazole, brambory, brokolice, květák, kyselé zelí. Ovoce je vhodné čerstvé, sušené, zavařeniny i kompoty, a to zejména ovoce se slupkou – švestky, třešně, meruňky, fíky, broskve, jablka (ne jemně nastrohaná, ta zpomalují střevní motilitu), hrušky, datle, angrešt či rybíz. Taktéž zelenina se doporučuje na všechny způsoby, vařená i syrová.

● **Nácvik defekačního reflexu**
Nejlepší je s nácvikem defekace začít hned po ránu, a to bez jakéhokoliv spěchu a stresu. Dítě nalačno vypije sklenici ovocné (kompotované) vlažné šťávy a zhruba za 20 minut a po vhodné snídani obsahující vlákninu se pokusí o defekaci (i v případě, že necítí pocit nucení na stoličce). Dítě by mělo sedět v předklonu, s nohama přitáženými k břichu a opřenými o zem nebo o stoličku. Pokud se během 10 minut nedostaví úspěch, akce

se přerušuje. Toto se opakuje každých 24 hodin.

Farmakoterapie obstrukce

Pokud výše zmíněná opatření nevedou k úspěšné defekaci a nastartování opětovného pravidelného vyprazdňování a potíže dále přetrvávají, je možno pokusit se problémem odstranit pomocí některých šetrných, volně prodejných léčiv. Na trhu jsou aktuálně volně prodejná, pro děti vhodná léčiva ze skupin objemová laxativa, osmotická laxativa, kontaktní laxativa. Osmotická laxativa (laktulosa, glycerol) na sebe v tlustém střevě váží vodu, čímž podněcují střevní motilitu. U dětí s obstrukcí jsou léčivými první volby. Výhodou je, že nejsou návyková, jsou bezpečná, účinná a dobře tolerovaná.

Objemová laxativa (např. psyllium – vláknina ze semen jitrocele indicického) nepodléhají v zažívacím systému rozkladu a za dostatečného příjmu tekutin ve střevě bobtnají, čímž zvětšují objem stolice a stimuluje střevní motilitu, která vede ke snazší defekaci. Pro bobtnání je důležitý zvýšený příjem tekutin. Kontaktní laxativa (pikosulfát, bisacodyl) jsou látky, které se vstře-

Tab. 3 Některé doplňky stravy působící proti zácpě

	Apotheke bio Psyllium 100 g + 50 g zdarma	Apotheke psyllium čistící s červenou řepou 100 g	Megafyt psyllium ispaghula s jahodovou příchutí 150 g
obsahuje	Plantago ovata	Psyllium, červená řepa, černý rybíz	Plantago ovata
dávkování dětí	Max. denní dávka 5 lžiček, u dětí od 6-12 let 1-2 lžičky denně	Max. denní dávka 5 lžiček, děti 6-12 let 1-2 čaj. lžičky 1x denně	Od 6-12 let 1-2 lžičky 1-3x denně, děti starší 12 let 1-3 lžičky 2-3x denně
poznámka	zvýšit příjem tekutin	zvýšit příjem tekutin	zvýšit příjem tekutin

bávají do zažívacího systému, dále jsou vylučovány do tlustého střeva, kde podléhají vlivu střevních mikrobů, jehož důsledkem je vznik samotné účinné látky, která stimuluje střevní motilitu, vylučování hleny a elektrolytů.

Výzkumné šetření

V letech 2013 proběhlo dotazníkové šetření s 80 matkami dětí, u nichž v minulosti řešily problém zácpy. Podle výsledků se 98 % matek domnívá, že zásadní chybou ve stravě vedoucí u jejich dítěte k zácpě je nedostatek vlákniny. Celkem 90 % matek dokázalo vyjmenovat dvě i více potravin, které způsobují u jejich dítěte zácpu. Mechanic-

ké dráždění v konečniku (rektální rourku nebo teploměr) nepovažuje za vhodné 70 % oslovených matek. Ovšem 52 % matek dětí do 2 let uvedlo, že tuto metodu praktikuje. Celkem 74 % matek by šlo se svými dětmi k lékaři po jednom týdnu trvání zácpy, 14 % za 2 týdny, 1 % až za 3 týdny a 11 % uvedlo, že záleží na celkovém stavu dítěte (bolesti břicha, horečka atd.). Pouze 24 % matek nezná žádný léčivý přípravek k léčbě zácpy u dětí, 40 % respondentek uvedlo 1 léčivý přípravek, 25 % respondentek uvedlo 2 přípravky, 11 % respondentek uvedlo dokonce 3 a více přípravků. Nejčastěji uváděly výrobky Guttalax, Lactulosu či glycerinové čípky.

Závěr

Největším problémem potíží spojených se zácpou v dětském věku je fakt, že mohou vyústit ve velmi závažné stavy a čím mladší je pacient, tím větší zátěž může zácpa pro jeho organismus znamenat. Závažnou je i skutečnost, že projevy provázející tyto potíže mohou mít hlubší příčinu, kterou je třeba co nejdříve odhalit. Proto je důležité funkční zácpě předcházet, eventuálně ji včas řešit a být v řešení zdánlivě banálních problémů důslední. Lze říci, že informovanost matek ohledně zácpy v dětském věku je dostačující. Je tedy již jen otázkou (vzhledem k velké míře výskytu zácpy v dětském věku), zda matky teoreticky problematiku znají, ale nedokážou preventivní pravidla u svých dětí dodržet, nebo námi oslovené matky již mají praktickou (nepříjemnou) zkušenost se zácpou u svých dětí, což způsobilo jejich dobrou informovanost o tomto problému.

Literatura u autorek

PhDr. Martina Muknsnáblová,
odborná učitelka, VOŠR SÁMR Praha 2, VOŠZ MILLS
Čelákovice, m.muknsnablova@worldonline.cz
Vladimíra Krinwaldová, DiS.,
studentka VOŠZ MILLS, Vlada.Krin@seznam.cz

RECENZE

Nursing care plans. Diagnoses, Interventions, and Outcomes

Akademické vydavatelství Elsevier vydávající zdravotnickou vědeckou literaturu pro odbornou zdravotnickou veřejnost z celého světa vydalo publikaci s názvem „Nursing Care Plans. Diagnoses, Interventions, and Outcomes“.

Jejími autorkami jsou Meg Gulanicková, PhD, APRN, z Loyola University Chicago a Judith L. Myersová, RN, MSM, z Grand View University Des Moines Iowa. Tato publikace vychází v roce 2014 již v osmém vydání (předchozí publikace byly editovány v letech 2011, 2007, 2003, 1998, 1994, 1990, 1986).

Knihla má 979 stran a obsahuje celkem 15 kapitol: (1) *Using Nursing Care Plans to individualize and Improve Care*, (2) *Nursing Diagnosis Care Plans*, (3) *Health Promotion and Risk Factor Management Care Plans*, (4) *Basic Nursing Concepts Care Plans*, (5) *Cardiac and Vascular Care Plans*, (6) *Pulmonary Care Plans*, (7) *Neurological Care Plans*, (8) *Gastrointestinal and Digestive Care Plans*, (9) *Musculoskeletal Care Plans*, (10) *Hematolymphatic, Immunological, and Oncological Care Plans*, (11) *Renal and Urinary Tract Care Plans*, (12) *Men's Health Care Plans*, (13) *Women's Health Care Plans*,

(14) *Endocrine and Metabolic Care Plans*, (15) *Integumentary Care Plans*.

Nová témata a kapitoly

Obsahové uspořádání knihy tvoří primární zdroj, který sestry používají k plánování péče o stále rozmanitější populaci klientů/pacientů. Osmé vydání knihy je nejrozsáhlejší v této oblasti na knižním trhu, s 217 plány ošetrovatelské péče pokrývá nejběžnější ošetrovatelské diagnózy a klinické problémy v interně-chirurgickém ošetrovatelství. Plány ošetrovatelské péče se zaměřují na klienty/pacienty s akutními a chronickými stavy v akutní, ambulantní i domácí péči.

Nově jsou v obsahu publikace zařazeny plány péče z oblasti prevence předčasných úmrtí spojených s nezdravým životním stylem (nezdravá výživa, obezita, kouření tabáku, nezvládnutí stresu, spánkový deficit, sedavý způsob života a dal-

ší). Na tuto problematiku se orientuje nová kapitola (3) obsahující 8 plánů péče zaměřených na podporu zdraví a redukci rizikových faktorů: zdraví prospěšné chování a udržování programu pravidelné tělesné aktivity, snaha o posilování imunity organismu, snaha o zlepšení výživy, spánku, zlepšení managementu stresu, hmotnosti aj. V další nové kapitole (4) je věnována pozornost speciálním, běžně používaným intervencím, jako je péče o centrální venózní vstupy, terapie krevními deriváty, podání totální parenterální a enterální výživy. Plány péče v této kapitole se zaměřují i na různá onemocnění a klinické stavy včetně smrti a umírání, na běžné změny nálad (depresie a bipolární poruchy), zneužívání návykových látek a chirurgickou praxi (předoperační a pooperační péči).

Zdroj cenných poznatků

Knihla poskytuje detailní úvod ke každému plánu péče, který slouží jako základ pro porozumění ošetrovatelské péči (intervencím) u konkrétních ošetrovatelských diagnóz nebo chorobných stavů. Obsah týkající se bezpečí pacientů a prevenci komplikací zahrnuje prevenci pádů, prevenci vzniku dekubitů, infekce aj. Plány péče zahrnují posouzení a terapeutické (ošetrovatelské) intervence v průběhu poskytování péče. Kapitola (2) také obsahuje části o edukaci klienta/pacienta a kontinuitě péče pro každou ošetrovatelskou diagnózu. Zdůvodnění (rationales) pro další posouzení a terapeutické intervence odpovídají současně ošetrovatelské praxi založené na důkazech, standardech a směrnicích pro klinickou praxi v ošetrovatelství. V plánech péče jsou také začleněny nejnovější klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC) a klasifikace ošetrovatelských výsledků (NOC). Knihla je cenným zdrojem vědeckých poznatků pro moderní ošetrovatel-



Gulanick, M., Myers, J. L.
Nursing Care Plans. Diagnoses, Interventions, and Outcomes. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2014. 979 p. ISBN: 978-0323-09137-4.

skou praxi v 21. století pro Českou i Slovenskou republiku.

Knihlu je možné zakoupit na adrese:
www.nejlepsi-knihy.cz/kniha/nursing-care-plans-2066448.html

Doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, Ph.D.
Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníctva,
Trencianska univerzita Alexandra Dubčeka
v Trenčine
dagmar.mastiliakova@tnuni.sk

Astma u obézního pacienta

Obezitu i nadváhu je třeba u pacientů s astmatem včas diagnostikovat, monitorovat (BMI a obvod pasu) a komplexně léčit. Je nutná spolupráce astmatologa, obezitologa, diabetologa, bariatrického chirurga a praktického lékaře. Hlavním cílem je dosažení a udržení astmatu i obezity pod kontrolou.

Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Chronický zánět je spojen s průduškovou hyperreaktivitou a vede k opakujícím se epizodám pískotů, dušnosti, tíže na hrudi a kašle. Tyto epizody jsou obvykle spojeny s obstrukcí, která je reverzibilní spontánně nebo vlivem léčby. Odhaduje se, že celosvětově astmatem trpí asi 300 milionů lidí, prevalence se pohybuje v rozmezí 1–18 %. Kvalifikovaně odhadovaná prevalence astmatu v České republice dosahuje 8 %, tj. kolem 800 tisíc osob, u dětí je vyšší, pohybuje se okolo 12 %.

Obezita je závažné metabolické onemocnění, na jehož vzniku se podílejí podobně jako u astmatu genetické faktory a vliv okolního prostředí. Vliv prostředí se především prezentuje přejídáním, absencí pohybu, kouřením a aktivací stresové osy. Obezita je pátým nejčastějším rizikovým faktorem globální úmrtnosti, je rizikovým faktorem pro vývoj diabetu 2. typu, esenciální hypertenze, kardiovaskulárních onemocnění i některých nádorových onemocnění. S obezitou je spojen vyšší výskyt onemocnění pohybového aparátu a podle recentních (nedávných) důkazů i vyšší výskyt astmatu. Odhaduje se, že epidemie obezity a nadváhy zasáhla až 2 miliardy světové populace a v ČR má obezitu a nadváhu více než 50 % dospělých. Problémem začíná být nárůst obezity a nadváhy u dětí, která v ČR postihuje 20–30 % dětské a adolescentní populace.

Obezitu a nadváhu dospělých osob je možno definovat podle Světové zdravotnické organiza-



Ilustrační foto: Shutterstock

ce (WHO) jako zvýšení tělesné hmotnosti (BMI, *body mass index*) nebo do zvýšení obvodu pasu – tzv. abdominální neboli androidní (mužská) obezita (viz tabulka). Základním vyšetřením v astmatologii (pneumologii a alergologii) je spirometrické vyšetření funkce plic, kde software počítačů po zadání pohlaví, výšky a váhy pacienta automaticky generují a vyhodnocují BMI. Tak lze vývoj BMI, tj. obezity a nadváhy, u pacientů s astmatem i s ostatními chronickými nemocemi dýchacího ústrojí dlouhodobě sledovat. Obvod pasu se měří vestoje, v polovině mezi spodním okrajem dolní žebra a horním okrajem pánevní kosti, přitom měřená osoba drží paže svisle. Na trhu v ČR jsou dostupné certifikované váhy

i certifikovaná měřidla pro měření výšky, ale i pro měření obvodu pasu, která lze po změření pacienta dezinfikovat.

Na obezitu a nadváhu je třeba pohlížet jako na komplexní a multikomponentní onemocnění vyžadující komplexní terapii. Do komplexní léčby obezity a nadváhy patří dietoterapie, zvýšení fyzické aktivity, psychoterapie, farmakoterapie, bariatrická chirurgie a nikdy nekončící edukace.

Astma a obezita

Obezita byla dříve u pacientů s astmatem vnímána jako rizikový faktor, který zhoršuje průběh astmatu a zhoršuje možnost dosažení a udržení jeho kontroly. V současné době obezita patří mezi rizikové faktory pro vznik astmatu zejména u žen, což bylo prokázáno několika světovými prospektivními studiemi. Obézní astmatici mají ve srovnání s neobézními vyšší výskyt specifických komorbidit, například syndrom obstrukční spánkové apnoe (OSA), habituálního chrápání, hypoventilace a gastroezofageální nemoci (GERD). Tyto komorbidity přispívají k těžšímu průběhu exacerbací astmatu.

Pacienti s fenotypem astmatu spojeným zejména s abdominální obezitou mají sníženou funk-

ci plic. Tuková tkáň trupu, která zahrnuje viscerální tuk a hluboký i superficiální tuk břišní stěny, má mechanický vliv na funkci plic. Tuk břišní stěny se podílí především na systémovém prozánětlivém prostředí. Nedostatečně kontrolované astma podporuje vznik obezity. Tito pacienti mají sníženou toleranci fyzické námahy, což vede k sedavému způsobu života a podávání kúr systémových kortikosteroidů při častých těžkých exacerbacích. Také dlouhodobá léčba systémovými kortikosteroidy u pacientů s obtížně léčitelným astmatem vede ke vzniku nadváhy a obezity.

Kazuistika

Popisovaným pacientem je muž, nyní 64letý, nekuřák, pracoval jako farmaceutický laborant ve výrobě léků. V roce 1983 (ve 33 letech věku) mu bylo diagnostikováno *asthma bronchiale professionale*, pro které je dosud sledován na klinice pracovního lékařství. V letech 1984–1995 každoročně z důvodu svého onemocnění absolvoval lázeňskou léčbu. Na našem oddělení respiračních nemocí je dispenzarizován a léčen pro astma od roku 1986. V té době vážil 100 kg, měřil 180 cm a měl BMI 31 kg/m², byl tedy obézní. Od roku 1990 (ve věku 40 let) se začal léčit s vertebrogenním al-

gickým syndromem. V roce 1994 (44 let) se přidala hypertenze a o 4 roky později ještě *diabetes mellitus* 2. typu. Stále se zhoršující obezita a přidružené nemoci omezovaly jeho fyzické aktivity, proto začal v roce 2009 (59 let) navštěvovat poradnu „STOP obezité“ a snažil se pod dohledem odborníků hubnout. V té době vážil 135 kg a BMI se zvedl na 42,6 kg/m², což představuje obezitu II. stupně. Ve stejném roce mu byl diagnostikován syndrom obstrukční spánkové apnoe a indikován přístroj s kontinuálním přetlakem do dýchacích cest (CPAP), který pacienti používají během spánku.

Po 3 letech hubnutí pomocí diety, farmakoterapie a mírné fyzické aktivity se mu podařilo zhubnout pouhé 3 kg. Díky složité rodinné i pracovní situaci se přidal ještě depresivní syndrom a pacient ztrácel motivaci i sílu s obezitou bojovat. Zlom nastal v červenci roku 2013, kdy si při kolapsu na ulici způsobil otevřenou zlomeninu pravého předloktí, která musela být řešena operačně. Tehdy se rozhodl pro radikální řešení obezity. Aktuálně vážil 150 kg a BMI měl 46,1 kg/m². Po poradě s bariatrickým chirurgem podstoupil v listopadu 2013 (63 let) plikaci žaludku, což je bariatrický vratný (reverzibilní) výkon, který zmenšuje objem žaludku i jeho aktivní slizniční plochu. Při poslední kontrole na našem oddělení v lednu 2014 se cítil dobře, zhubl za dva měsíce o 15 kg, BMI se snížil na 41,7 kg/m², obvod pasu měl 132 cm, což stále svědčí pro obezitu II. stupně. Astma má středně těžké, perzistující, pod kontrolou, k výraznému zlepšení došlo i u hypertenze. Byla vysazena léčba diabetu a došlo k výraznému zlepšení deprese. Pacientovi se vrátilo sebevědomí, že dokáže s obezitou bojovat, a uvědomuje si, že operace je začátkem dlouhé cesty. Rozhodl se již celoživotně dodržovat změněné stravovací návyky a uvažuje o postupném zvyšování fyzické zátěže (*nordic walking*). Jeho obezita zatím není pod kontrolou, ale pacient je na dobré cestě ke zlepšení kvality života.

Literatura u autorky

Eva Kašáková,
vrchní sestra, Lerymed, oddělení respiračních nemocí, Praha, kasakova@lerymed.cz

Tab. Hodnocení obezity podle Světové zdravotnické organizace (WHO)

	BMI - body mass index	Obvod pasu (cm)	
	Muži i ženy	Muži	Ženy
Podváha	< 21		
Normál	21–24,9	< 94	< 80
Nadváha	25–29,9	94–101,9	80–87,9
Obezita (I. stupně)	≥ 30	≥ 102	≥ 88
Obezita (II. stupně)	> 40		
Obezita (III. stupně)	> 50		

Povědomí o prevenci kolorektálního karcinomu

Autorka článku prezentuje výsledky svého výzkumného šetření, z něhož mimo jiné vyplynulo, že česká populace nemá o kolorektálním karcinomu dostatek informací a často podceňuje jeho prevenci i první příznaky.

Zdeněk Adam a kol. ve své knize „Speciální onkologie“ charakterizují kolorektální karcinom jako maligní onemocnění vznikající maligní přestavbou cylindrického epitelu tlustého střeva a rektu. Autoři konstatují, že kolorektální karcinom obvykle vznikne z polypů, na které je nutné hledět jako na prekancerózu.

Národní onkologický registr rozděluje tyto nádory podle jejich anatomické lokalizace na nádory tračnicku (C18), nádory rektosigmoidálního spojení (C19) a vlastní nádory rektu (C20).

Téma kolorektálního karcinomu (KRCA) je velmi aktuální. Podle dostupných dat je evidentní, že onemocnění představuje významnou hrozbu. Informace získané ze serveru *svod.cz* z roku 2008 udávají, že Česká republika zaujímá 5. příčku v incidenci tohoto zhubného onemocnění ve světě. KRCA představuje celosvětově jeden z nejvýznamnějších problémů veřejného zdravotnictví.

Prezentace a interpretace výsledků

V souvislosti se vznikem kolorektálního karcinomu jsem ve výzkumné části bakalářské práce použila metodu kvantitativního výzkumu a vytvořila dotazník o 27 otázkách. Tento dotazník byl zcela anonymní, k souhrnným výsledkům bylo použito 195 plně vyplněných dotazníků. Jednotlivé otázky byly zaměřeny na povědomí respondentů o rizikových faktorech (RF) souvisejících se vznikem KRCA. Zajímala jsem se také o screeningová vyšetření či samotný výskyt jednotlivých rizikových faktorů u dotazovaných respondentů. Dotyční měli navíc i možnost vyjádření názoru, co by rádi na svém životním stylu změnil. Pro přehlednější zobrazení získaných výsledků jsem data zpracovala pomocí grafů.

• Znalost rizikových faktorů

Graf 1 je zaměřen na informovanost respondentů o rizikových faktorech vzniku kolorektálního karcinomu a zobrazuje procentuální četnost jednotlivých (nejčastěji zvolených) nabízených odpovědí. Dotazovaní mohli označit i více než 1 odpověď z 12 nabízených možností. Méně časté odpovědi byly do grafu zařazeny pod volbu „ostatní možné odpovědi“, kam patřily například: vysoký krevní tlak, užívání hormonální antikoncepce, nadměrné pití minerálních vod apod. Veřejnost je tedy podle mého výzkumu o rizikových faktorech KRCA poměrně dobře informována. Tento fakt přisuzuji i skutečnosti, že byla použita otázka s výběrem z několika možností odpovědi.

• Povědomí o screeningu

V dotazníku nechyběly ani otázky zaměřené na znalost screeningových vyšetření sloužících k včasné detekci kolorektálního karcinomu. Výsledky informují mimo jiné také o tom, že přes 50 % dotazovaných nemá žádná povědomí o nabízených screeningových metodách KRCA (viz graf 2).

Odpovědi respondentů zaměřené na využití screeningových metod dále přináší zajímavé výsledky: 84 % respondentů nikdy žádné ze screeningových vyšetření nevyužilo. Tato data jsou alarmující zejména proto, že podle věkové struktury respondentů má 37 % z nich nárok alespoň na jedno ze dvou screeningových vyšetření zdarma (viz graf 3).

V souvislosti s otázkami zaměřenými na screeningová vyšetření vyplývají z výzkumu další zajímavé informace. Ačkoli ženské pohlaví bylo ve výzkumném šetření zastoupeno 45 %, pouze 2 % žen dokázala správně odpovědět, že test na okultní krvácení lze získat i u gynekologa. Tento fakt přisuzuji skutečnosti, že gynekologové byli do screeningového programu

kolorektálního karcinomu zařazeni později, a to až v roce 2009.

• Výskyt rizikových faktorů

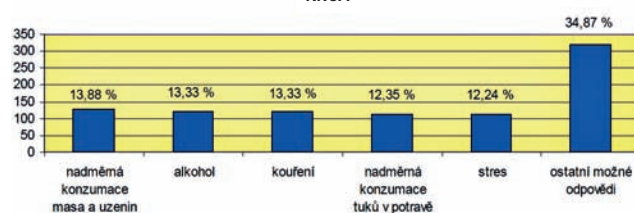
Ve spojitosti se znalostí rizikových faktorů napomáhajících vzniku kolorektálního karcinomu jsem se zaměřila také na četnost jejich výskytu u jednotlivých dotazovaných. Z grafu 4 vyplývá, že hrozivých 66 % zúčastněných prokazuje vysokou hodnotu BMI. Pokud se zaměříme na rozčlenění rizikových respondentů podle pohlaví, vyplyne, že ze 129 rizikových jedinců celých 98 představuje skupina zastoupená muži. Podle literatury je vysoká hodnota BMI prokázána jako rizikový faktor pro vznik kolorektálního karcinomu v mnoha studiích. Alkohol konzumuje (ať už pravidelně nebo příležitostně) 83 % dotazovaných, nejčastěji byla označována varianta pivo. Alarmující 70 % dotazovaných nekonzumuje dostatečně ovoce ani zeleninu. Odborníci ovšem tvrdí, že dostatečná konzumace zeleniny a ovoce snižuje riziko vzniku nádorových chorob obecně až o 20 %. Otázky v dotazníku byly zaměřeny i na kuřáctví. Překvapilo mě, že „pouze“ necelých 33 % respondentů kouří.

• Ochota ke změně životního stylu

Jelikož jsem se v bakalářské práci zaměřila na výskyt rizikových faktorů u dotazovaných jednotlivců, použila jsem i otázku, v níž měli respondenti možnost zvolit skutečnost, kterou by v rámci svého životního stylu rádi změnili. Výsledky jsou poměrně zajímavé (viz graf 5). Nejčastěji dotazovaní volili možnost „Chtěl(a) bych se méně stresovat“ – dokonce téměř 22 % všech odpovědí. V dnešní hektické a náročné době není tento fakt nijak zvláště překvapivý. Druhou nejčastěji označovanou možností byla odpověď „Chtěl(a) bych více sportovat“.

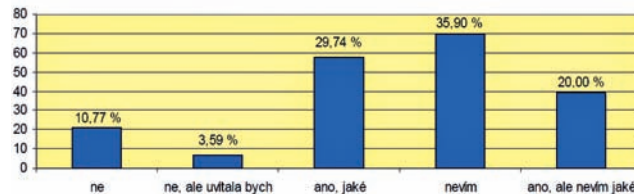
Graf 1

5 nejvýznamnějších rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku KRCA



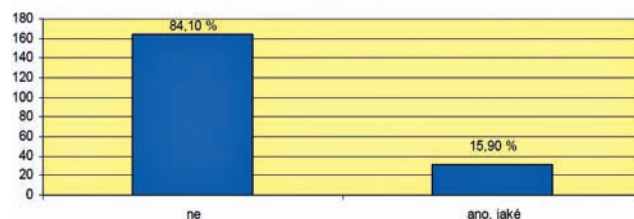
Graf 2

Znalost screeningových vyšetření



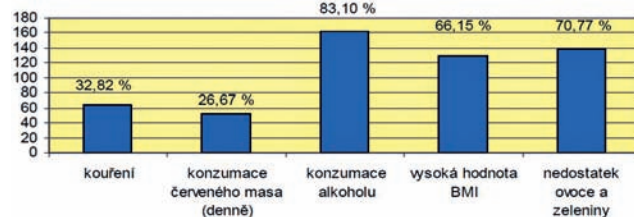
Graf 3

Využití screeningových vyšetření



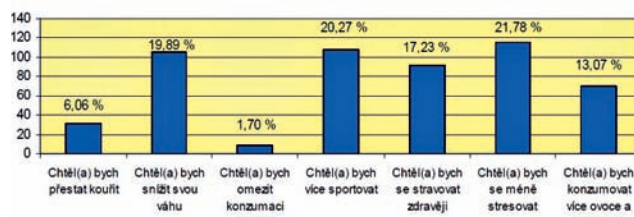
Graf 4

Rizikové faktory



Graf 5

Chtěl(a) bych



Přesně polovina dotazovaných kuřáků by ráda s tímto zlovykem skoncovala, přes 19 % odpovědí tvořila možnost „Chtěl(a) bych snížit svoji váhu“. Zde je zajímavým faktem, že i když větší riziko prokazovali muži (podle hodnoty BMI), tato odpověď byla častěji volena ženami.

Závěr

Kolorektální karcinom je nebezpečné, často smrtelné onemocnění, které postihuje stále více lidí. Podle výsledku výzkumného šetření lze souhrnně říci, že populace není dostatečně informována o kolorektálním karcinomu a jeho prevenci, jedinci mnohdy podcení i první příznaky této choroby a k lékaři přicházejí bohužel pozdě. Jejich šance na vyléčení tím značně klesá.

V důsledku zjištěných výsledků byla v rámci bakalářské práce vytvořena edukační brožura, která je zaměřena zejména na primární prevenci a zdravý životní styl. V současném zdravotnictví je nutné neustále působit na veřejnost – o své zdraví. Jelikož lze vznik nádorových chorob do značné míry ovlivnit prevencí, osvěta musí probíhat neustále a intenzivně. Zejména zdravotničtí pracovníci by se měli svými silami a svou prací společně podílet na zlepšení zdravotního uvědomění populace v ČR.

Literatura u autorky

Bc. Simona Taborská,
studentka oboru Ošetřovatelství ve vybraných
klinických oborech, FZS ZČU Plzeň,
simona.taborska@centrum.cz

Bezpečné předání pacienta

Předání pacienta je předání profesionální zodpovědnosti a povinností týkajících se všech aspektů péče o nemocného jiné osobě na dočasnou nebo trvalou dobu. Jedná se o výměnu informací mezi ošetřujícími personálem.

Faktory, které ovlivňují předávání, jsou především prostředím (hluk, vrušení), lidská chyba, selhání lidského faktoru, nesprávná komunikace mezi sestrami či nepozornost. Formy předání jsou ústní, písemné, elektronické, nahrávka na diktafon nebo kombinace těchto možností.

Míra ztráty dat

Dostatečné sesterské předávání pacienta je klíčovou součástí zajišťování kvalitní ošetrovatelské péče v moderním zdravotnictví. Zachování dat o pacientovi v průběhu předávání je nezbytné k zajištění dobré kontinuity péče a bezpečného ošetřování. Jakékoli chyby nebo opomenutí během předávání mohou mít závažné následky. Autoři studií, kteří se zabírali procesem předávání, vyzkoušeli 5 po sobě jdoucích předání 12 simulo-

Předávací protokol sester

Předávací protokol sester	
Jméno pacienta:	Datum narození:
Jméno předávajícího, oddělení:	Datum a čas předání:
Stav:	Co je aktuálně největší problém pacienta. Zda je pacient infekční. Jakékoli abnormality ve vitálních funkcích, nebo pouze rutinní stěhování pacienta.
Pacient:	Diagnózy při přijetí do nemocnice Výkony a diagnózy v minulosti Aktuální ošetření a výkony (tekutiny, antibiotická léčba, terapie inzulinem, pomocná vyšetření, CT, RTG apod.)
Zhodnocení pacienta:	ABCDE algoritmus: A - dýchací cesty, jsou v ohrožení? B - dýchání, kyslíková terapie, dechy za minutu, saturace, ABR hodnoty. C - krevní oběh, krevní tlak, puls, je-li zavedený permanentní katétr a jaká je hodinová diuréza. D - neurologický stav, hodnota glykemie, velikost a symetrie zornic, zmatenost, spolupráce. E - celkové vzezření, tělesná teplota, rizikové místa pro dekubity, pooperační rány, stoma, nazogastrická sonda, bolest. Stupeň mobility, nutrice, stolice. Příbuzní obeznámeni o překladu.
Doporučení:	Pacient bude potřebovat: zvláštní matraci, IV infuzi, perfuzor, nějaká další vyšetření, následnou monitoraci vitálních funkcí, bilanci tekutin aj.

vaných pacientů mezi sestrami. Byly použity 3 formy předání a výše ztráty dat o pacientovi byla zaznamenána u každé z nich. Čistě ústní předání mělo za následek ztrátu všech dat po 3 cyklech. Předání formou písemných poznámek způsobilo, že po 5 cyklech bylo přeneseno správně pouhých 31 % dat. V případě použití předepsaného protokolu určeného pro předávání ve spojení s ústním předáním, byla ztráta dat minimální. Současné předávací metody tedy hrají významnou roli při ztrátě důležitých dat, což může ve velké míře ovlivnit úroveň péče o pacienty. Autoři doporučují, aby před předáním pacientů byl zhotoven protokol formálního předání, který by mohl být použit jako součást procesu předání.

Ve své vlastní praxi jsme se setkali se všemi typy předání a ztotožňujeme se s míněním autorů studie. Písemný podklad pro předání pacientů je podle našeho názoru jeho nejbezpečnější formou, protože sestry, které nemocného převzaly, mají v případě potřeby možnost ověřit si své poznatky o pacientovi. Dokument tedy slouží také jako oficiální sesterská překladová zpráva.

Sylvie Matlochová, Zdeněk Matloch,
KAR RES IKEM, Praha

Vzpomínka na mého přítele

Jirku jsem poznala mimo zdravotnické zařízení v běžném životě. Brzy se vzájemné sympatie prohloubily a stal se mým přítelem. Vznikl mezi námi velmi pěkný vztah. Trávili jsme spolu čas, rádi jsme se toulali v přírodě i s mým psem, prožívali spoustu pěkných chvil a plánovali společnou budoucnost.

Najednou však do našeho života zasáhla velká změna. Objevila se nemoc. Můj přítel začal pociťovat úporné bolesti hlavy, přidaly se závratě, nejistota při chůzi, občas neostře vidění. CT vyšetření stanovilo nezvratnou diagnózu. Neurolog nám oznámil: „Tak jeden až jeden a půl roku života...“ Po operaci následovala hospitalizace na onkologickém oddělení, série chemoterapií, poté radioterapie. Nastalo zdánlivě klidnější období. Jirka se snažil nemoci nepoddávat a i přes omezení, která mu přinesla, být stále aktivní.

Společná starost nás spojila

Jako bývalý sportovec chodil denně na procházky, hlavně do přírody, cvičil, dodržoval dietní

režim. V tom všem jsem ho podporovala. Když se stabilita a koordinovanost pohybů zhoršila, chodil s pomocí francouzské hole a já ho doprovázela. Objevily se občasné poruchy paměti, zrak se zhoršoval, přidala se i inkontinence. Postupně už péče o něj v domácím prostředí byla velmi těžce zvládnutelná. Bolesti hlavy se stupňovaly, Jirka se stal částečně imobilním. Měla jsem obavu, jestli je schopen doma uhlídat tekoucí vodu nebo puštěný plyn. Možnou hospitalizaci však stále odmítal. Domluvily jsme se proto s jeho bývalou manželkou na střídavé péči. Obě jsme byly zaměstnané a nemohly si dovolit dlouhodobě zůstat doma. Nastalá životní situace nás obě spojila, vycházely jsme si vstříc a snažily se mému příteli v jeho těžké nemoci

život co nejvíce ulehčit. Přítel mi nabídl sňatek, to jsem však odmítla. Netrvalo dlouho a jeho zdravotní stav se výrazně zhoršil. Tehdy Jirka souhlasil s hospicovou péčí. Byl přijat k léčbě bolesti a k symptomatické léčbě na paliativní lůžko našeho zařízení. Zpočátku byl ještě vcelku orientovaný a s dopomocí se zvládl najíst a napít. Jinak potřeboval kompletní ošetrovatelskou péči. I v tomto nelehkém období dokázal kolem sebe rozdávat úsměv. Byl téměř vždy pozitivně naladěný. Rodina a známí ho navštěvovali, rád naslouchal druhým. Byl vděčný i za stisk ruky, porozumění. Cítil, že v těchto chvílích není sám. Při pěkném počasí jsme ho na lůžko vyvezli z pokoje na terasu nebo na zahradu hospice, za tyto okamžiky byl velmi vděč-

ný. Věděl, že nemoc je vážná a že síly ho pomalu opouštějí.

Na svatbu přece jen došlo

Svatba se však přece konala. Po naší vzájemné domluvě a s ohledem na okolnosti a závažnost situace si s bývalou ženou, matkou svých dětí, v budoucím hospici opět řekli své „ano“. Asi po měsíci pobytu v zařízení došlo náhle k prudkému zhoršení jeho celkového stavu. Když umíral, byl klidný, vyrovnaný, bez bolesti. I nyní po letech mám s jeho ženou stále dobré vztahy. Pojí nás vzpomínka na člověka, který pro nás obě v životě hodně znamenal. Dva a půl roku jsem Jirku provázela i v období jeho nemoci – od počátku i v průběhu doby, kdy se jeho zdravotní stav ne-



Ilustraci foto: Shutterstock

zvratně zhoršoval. Toto období bylo velmi náročné... Jsem ráda, že jsem mu mohla být nablízku i ve chvílích posledních. Nikdy na něj nezapomenu.

Do hospice jsem nastoupila před 9 lety. Práce je to náročná, zároveň však velmi obohacující. Pracuji v kolektivu, kde si vzájemně vycházíme vstříc, kde každý má své dané a pevné místo a svým pozitivním osobitým přístupem vytváří v hospici tolik potřebnou atmosféru klidu a harmonie.

H. N., oddělení specializované paliativní péče

Konfrontace porodní asistentky se smrtí

Jsou situace, kdy se setkáte se smrtí ženy v souvislosti s těhotenstvím či porodem nebo se setkáte se smrtí novorozence či plodu, což je specifickým oborem porodní asistence.

Nelze vynechat ani termín potrat. Plodem po potratu se rozumí plod, který neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud hmotnost nelze zjistit, jestliže bylo těhotenství kratší než 22 týdnů.

Mateřská a perinatální mortalita

V souvislosti s prací porodní asistentky je nutné zmínit dva pojmy – mateřskou a perinatální mortalitu. Perinatální mortalita obsahuje dvě složky, první je mrtvorozenost, druhou je časná novorozenecká úmrtnost.

Mrtvorozenost znamená porození mrtvého plodu, který zemřel antepartálně (před porodem) nebo intrapartálně (v průběhu porodu). Mrtvorozenost se v České republice dlouhodobě pohybuje mezi 2–3 ‰, což je ukazatelem velmi dobré perinatální péče. Časná novorozenecká úmrtnost je úmrtí živě narozeného dítěte, které zemře do 7. dne života. Pro lepší porozumění je nutné vymezit pojem perinatální období, jež je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) ohraničeno 22. dokončeným týdnem těhotenství a 7. dnem po narození. V jednotlivých zemích se však začátek perinatálního období liší. Toto vymezení je velmi důležité pro odlišení hranice mezi porodem a potratem. V České republice se za porod mrtvého plodu pokládá takový, který má hmotnost vyšší než 500 g a neprojevuje se u něj žádná ze známek života (dechové pohyby, srdeční akce, pulzace pupečnicku, aktivní pohyby).

Mezi nejčastější příčiny perinatální úmrtnosti jsou řazené vrozené vývojové vady neslučitelné se životem, poruchy fetoplacentární jednotky, pupečnickové komplikace, intra-

uterinní infekce, závažná onemocnění matky. V průběhu porodu dochází k úmrtí nejčastěji z důvodu nedostatku kyslíku (intrapartální asfyxie). Časná novorozenecká úmrtnost je nejčastěji zapříčiněna následky hypoxických stavů během porodu, infekčními komplikacemi nebo nezralostmi předčasně narozených novorozenců.

Mateřská mortalita je definována jako úmrtí ženy v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím do 42 dnů po porodu. Mateřskou mortalitu dělíme na přímou, nepřímou a nahodilou. V přímé mateřské mortalitě se jedná o úmrtí na onemocnění, které vzniklo v souvislosti s gestací, v nepřímé jde o úmrtí na onemocnění nepřímo související s těhotenstvím, ale těhotenstvím byl průběh nemoci ovlivněn. V nahodilé mateřské mortalitě se jedná o úmrtí, které s těhotenstvím vůbec nesouviselo, například autonehoda.

Specifikum porodní asistence

V oboru porodní asistence se samozřejmě můžeme setkat se smrtí i na jiných odděleních, která se přímo netýkají porodního období. Jedná se například o oddělení onkogynekologická, kde porodní asistentky rovněž pracují. Největším specifickým porodní asistence v souvislosti s tématem smrti je porod mrtvého plodu. Jedná se přímo o syndrom mrtvého plodu. O syndromu hovoříme proto, že může dojít k závažným komplikacím, které mohou ohrozit život matky.

Příčiny nitroděložního úmrtí nelze vždy s jistotou prokázat. Lze je rozdělit na příčiny ze strany matky a na příčiny ze strany plodu a placenty (pupečnicku). Z mateřských příčin jsou to nejčastěji preeklampsie,

eklampsie, HELLP syndrom, *diabetes mellitus*, nefropatie, hepatopatie, kardiopulmonální a kardiovaskulární choroby. Mezi příčiny ze strany plodu řadíme strukturální malformace, chromozomové aberace, fetofetální transfuze (nerovnoměrná distribuce krve) dvojčat, vrozené poruchy metabolismu, bakteriální či virové infekce. Příčiny ze strany placenty, respektive pupečnicku jsou insuficience placenty (nedostatečnost), placenta *praevia* (vcestné lůžko), abrupce placenty (odloučení), hemangiomy placenty, strangulace pupečnicku (zaškrcení), trombóza cév pupečnicku, výhřez pupečnicku.

Diagnózu mrtvého plodu lze provést na základě subjektivních a objektivních příznaků. Subjektivní zaznamenává žena sama a na jejich základě vyhledá odbornou pomoc. Jedná se o změnu vnímání frekvence pohybů nebo jejich vymizení, krvácení, výtok, kontrakce, únavu. Objektivní příznaky jsou nepřítomné ozvy plodu. Konečná diagnóza se stanoví pomocí ultrazvuku, který prokáže vymizelou srdeční akci plodu. Hlavní riziko syndromu mrtvého plodu je diseminovaná intravaskulární koagulopatie, kdy dojde k vyplavení tkáňového faktoru do oběhu matky, čímž se aktivuje plazmatický koagulační systém. K těmto komplikacím může dojít v kterémkoli stadiu těhotenství, včetně zamlklého potratu. Postup péče o ženu s diagnózou mrtvého plodu je co nejrychlejší hospitalizace s porodem či potratem plodu.

Péče porodní asistentky

Lékař rozhoduje o způsobu ukončení takového těhotenství, nejčastěji se volí indukce porodu po předchozí antibiotické profylaxii a miniheparinizaci. Porodní



Ilustrační foto: Shutterstock

asistentka takový porod může vést. Je proto velmi důležité, aby byla vnitřně na tuto možnost připravena, aby se dokázala k rodičce chovat ohleduplně a důstojně. Je nutné vážit každé slovo a nepronášet výroky o zemřelém plodu, kterými bychom ubrali na jeho jedinečnosti a neopakovatelnosti.

Samotný porod se snažíme vést co nejšetrněji, s maximálním využitím analgetických prostředků. Je nutné být ženě oporou v průběhu celého porodu, poskytnout jí účast, nabídnout jí pomoc. Porodní asistentka musí zjistit, zda si žena přeje po porodu své dítě vidět. Nic ženě nevnučujeme, ale s maximální ohleduplností se snažíme zjistit její přání. Jelikož je to velmi emočně vypjatá situace, může žena říct, že dítě vidět nechce. I tak je vhodné zkusit se jí zeptat například po porodu opětovně, pokud se do té doby žena nerozhodne jinak, protože toto setkání je maximálně důležité pro možnost rozloučit se s miminkem. Můžeme ženě či oběma rodičům nabídnout, že si mohou nechat pramínek vlásků miminka nebo jim udělat otisk nožičky na „vzpomínkovou kartičku“.

Závěr

V naší společnosti je téma umírání a smrti velmi tabuizováno. To se částečně promítá i do našeho školství, kde se například biologii učíme již na základní škole, s thanatologií se setkáme možná na škole střední či vysoké, možná vůbec ne. Praxe stále více ukazuje na to, že je potřebné toto téma zavést v dostatečné míře do osnov středních zdravotnických a vysokých zdravotnických škol. Je nutné, aby student připravující se na práci ve zdravotnictví zaujal k těmto tématům vlastní postoj.

Smrt je přirozenou součástí života a my bychom jí měli umět akceptovat nejen navenek, ale hlavně sami v sobě. Protože jediné tak můžeme být dobrými pracovníky ve zdravotnictví, oporou našim pacientům, klientům. Pokud se naučíme o smrti mluvit, zaujmeme v sobě stanovisko, nebude pro nás tak obtížné komunikovat s člověkem, který je se smrtí konfrontován.

Literatura u autorky

Bc. Marie Doucha, porodní asistentka,
t. č. na rodičovské dovolené, studentka Učitelství
odborných předmětů při zdravotnické škole
PdF UP v Olomouci, marie.doucha@gmail.com

Artrioskopie zápěstí

Artrioskopie zápěstí je endoskopická metoda, kdy pomocí optiky, studeného zdroje světla a nástrojů je možné hodnotit nitrokloubní (intraartikulární) struktury pohledem. Palpací či háčkem je možné provést dynamické vyšetření stability jednotlivých struktur a případně je i ošetřit.

Zápěstí je kloubem s nejsložitější anatomickou stavbou v lidském těle. Karpus se skládá ze sedmi kostí ve dvou řadách. Jednotlivé řady jsou s distálním radiem a distální ulnou propojeny vazy, které jsou četnější na palmární straně. Radiokarpální kloub je tvořen distálním radiem, ulnou a protilehlou proximální řadou kostí karpu. Obě karpální řady mezi sebou tvoří kloub mediokarpální. Patří sem i distální radioulnární kloub tvořený distálním radiem, hlavičkou ulny a chrupavčito-vazivovou strukturou – triangulární fibrokartilaginózní komplex (viz obr. 1).

Přístupy

Při otevření zápěstí je třeba všechny tři klouby vyšetřit a zhodno-

tit. Artrioskopické vyšetření je jednou z metod jak spolehlivě určit stupeň poškození vazů u nestabilit zápěstí. Také je vhodné provést artrioskopii s odstupem po zlomeninách distálního radia, kde byly větší fragmenty či byl zasažen *processus styloideus radia*.

Artrioskopii lze provést ve vzdušném i vodním prostředí. Vzdušné prostředí je vhodné k diagnostice, vodní prostředí využívá možnosti vypláchnutí kloubu při krvácení a umožňuje ošetření struktur.

Přístupy jsou situovány na dorzální straně zápěstí, kde v centrální části kromě šlach neprobíhají další důležité struktury mezi jednotlivými extenzory. Přístupy jsou tak mezi jednotlivými extenzory. Rizikovější jsou krajní přístupy, kde kromě šlach probíha-

jí i nervy. Hrozí proto nebezpečí poškození větve *n. radialis* a *n. ulnaris*. Jednotlivé struktury (viz obr. 2) se na ruku nakreslí až po zavěšení končetiny do trakční věže, čímž se riziko poškození šlach a nervů minimalizuje. Artrioskopie se provádí v distrakci, proto se používá distrakční věž, do níž se paže zavěšuje za prsty ukotvené v extenzorech (viz obr. 3). Na paži se pomocí manžety zavěšuje závaží 3–5 kg, tahem za prsty vzhůru a vahou závaží dochází k distrakci. Na distrahovanou ruku se na



Obr. 2 Zakreslené anatomické poměry na zápěstí



Obr. 3 Prsty v extenzorech na trakční věži



Obr. 4 Poloha pacienta před rouškováním

kůži nakreslí anatomické poměry, protože v tuto chvíli již nedojde k posunu kůže proti podkožním strukturám. Tímto se zajistí správné umístění vstupů, což je důležité pro přehledné zhodnocení nálezu v zápěstí. Prostory mezi vazy z dorzální strany v oblasti zápěstí oddělují jednotlivé vstupy. Vstupy se číslují od jedné do šesti, začíná se u palce a pokračuje se k malíkové straně. Vyšetření začíná vstupy č. 3, 4 a pokračuje se vstupy 5, 6. Artrioskopie se provádí v bezkrví pomocí turniketu, který je schován pod manžetou na paži. Tlak v turniketu se nastavuje vyšší než je systolický tlak a maximálně 250 mmHg.

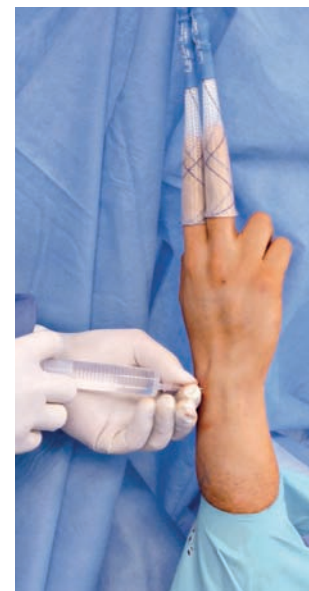
Nástroje

Z nástrojů je důležitá optika. Používají se malé optiky o průměru 2,7 mm s úhlem pohledu 30°. Výhodná je optika krátká, neboť se s ní lépe manipuluje. Z dalších nástrojů se používá skalpel č. 11, jemný zahnutý peán pro uvolnění tkáně před zavedením trokaru, samozřejmě trokar a artrioskopický háček. K ošetření měkkých tkání uvnitř zápěstí se používá malý štípač. Lze použít i další nástroje pro využití pouze ve vodním prostředí – *shaver* a *VAPR*. *Ringervův* roztok se do kloubu dostává po spádu a vychází opět z kloubu ven buď přes trokar, nebo dalšími vstupy. *Shaver* se používá s malým nástavcem na ošetření měkkých tkání. *VAPR* v malém provedení 2,3 mm se používá ke koagulaci měkkých tkání.

Postup operace

Při výkonu pacient leží na zádech, operovanou ruku má upaženou a položenou na stolku, na paži je nasazen turniket (viz obr. 4). Po uvedení do anestezie se pokračuje natřením operačního pole dezinfekcí, zarouškováním pacienta, na prsty se nasadí extenzory, jež se zavěsí na zvonek na extrakční věži, a poté je ruka zavěšena na závaží. Dojde k distrakci a operátor na ruku nakres-

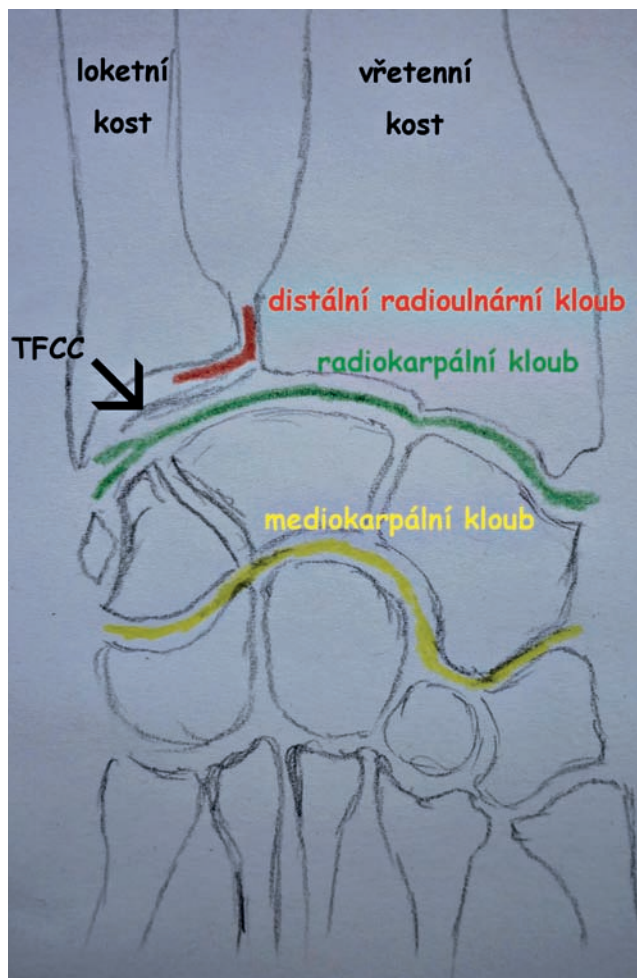
lí její struktury, aby se lépe orientoval. Pomocí jehly a stříkačky (viz obr. 5) naplní *Ringervým* roztokem radiokarpální kloub. Je třeba aplikovat roztok do kloubu a nikoli do měkkých tkání, což by znesnadňovalo provedení arthro-



Obr. 5 Naplnění radiokarpálního kloubu *Ringervým* roztokem



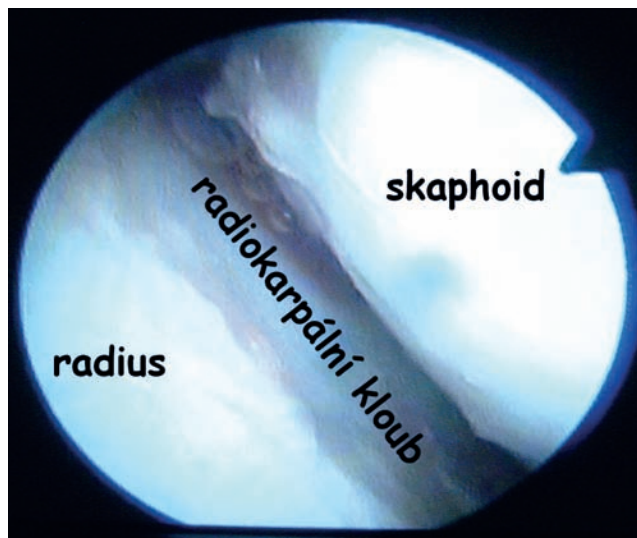
Obr. 6 Zavedený trokar do radiokarpálního kloubu



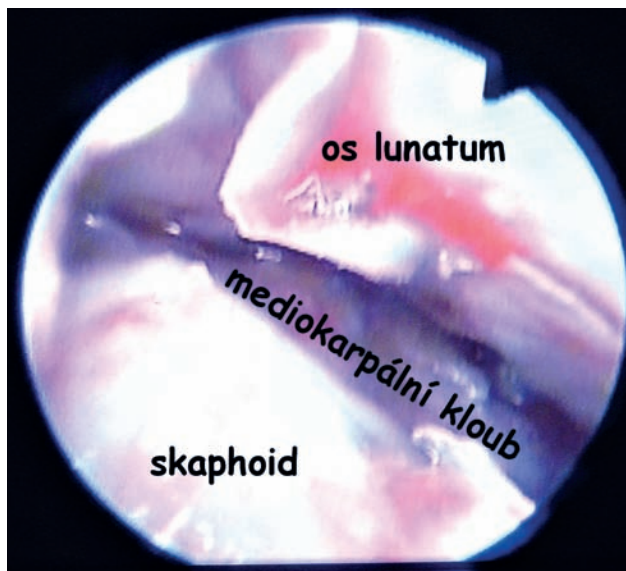
Obr. 1 Anatomie zápěstí s vyšetřovanými klouby

skopie. V místě vpichu hrotnatým skalpelem inciduje kůži. Do kloubu pronikne nejprve malým peánem, poté trokarem a optikou (viz obr. 6). Vyšetří se radiokarpální kloub (viz obr. 7), ve kterém sledujeme stav chrupavek, sinovitidu a stav vazů. Poté se stejným způsobem vyšetří mediokarpální kloub (viz obr. 8) a distální radioulnární kloub. Po případném ošetření tkání je operace u konce. Všechny nástroje se vyjmou, prs-

ty se uvolní z extenzorů a lékař zašije jednotlivé vstupy. Po omytí ruky a dezinfekci ran je kryjeme suchým krytím a ruku zavážeme polotažným obinadlem (viz obr. 9). U této operace je důležité dbát na dodržení sterility – jednak z důvodu obtížnějšího zarouškování pacienta, jednak kvůli nástrojům zapojovaným do artrioskopické věže. Prostor, který má operační skupina, se tím zmenší a riziko nedodržení ste-



Obr. 7 Radiokarpální kloub



Obr. 8 Mediokarpální kloub



Obr. 9 Pacient se vrací na oddělení

rility je vyšší. Je vhodné také zajistit možnost odtoku Ringerova roztoku do sběrné nádoby, která je umístěna mimo operační pole. Další neméně důležitou součástí je kontrola stavu a počtu nástrojů, stejně jako počtu sušení. Občas se stává, že z artrioskopického výkonu se stane výkon otevřený, kde je počítání sušení nezbytné, proto je dobré být na tuto možnost připraven.

Komplikace

Komplikacím při artrioskopii zájmem lze velmi dobře předcházet. Nejčastější komplikací je poškození šlachy na dorzálním zápěstí při špatně umístěném vstupu. Kožní incizi je nutné provádět podélně, aby nedošlo k poškození šlachy. Další komplikací je prosáknutí měkkých tkání při nevhodně zavedené přírodní kanyle. Vhodné je proto použít Ringerův nebo fyziologický roztok (izotonický), které pomáhají rychlejšímu vstřebání tekutiny.

Literatura u autorky

Světlana Purschová, DiS., Traumatologie COS,
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem,
Krajská zdravotní, a. s., tmatmatma@gmail.com

Příběh sestry v Saúdské Arábii, díl 8/12 – Cestování nejen po Orientu

Díky pracovnímu pobytu v Saúdské Arábii se mi naskytla příležitost k cestování, které bych si v tak hojném počtu a z platu sestry v ČR nemohla dovolit.

V minulém dílu jsem popisovala, jak trávím volný čas a cestuji po Saúdské Arábii, v tomto dílu se s vámi podělím o zážitky z cestování i po dalších zemích Orientu. Dovolenu jsem měla dvakrát do roka, dohromady téměř 2 měsíce, tudíž kromě návštěvy rodiny a přátel doma jsem si vždy zaletěla ještě někam jinam. V období 5 let jsem navštívila Dubaj, Abú Dhabí, Indii, Bali, Jordánsko, Libanon, Turecko, Katar a Omán.

Emirátský luxus

Vždycky jsem se toužila podívat do emirátské Dubaje. Město se stalo turisticky vyhledávaným především kvůli svým moderním atrakcím, hotelům a mrakodrapům. Zejména se chlubí nejvyšší stavbou světa Burdž Chalífa, která nabízí nádherný výhled na okolí. Protože nelyžuji, v kavárně ve Ski Dubaj jsme si jen poseděli. To je populární, umělé vytvořený vnitřní lyžařský areál, který je součástí obrovského obchodního centra Mall of the Emirates. Uchvátil mě Burdž al-Arab, sedmihvězdičkový luxusní hotel ve tvaru plachetnice, který se nachází v blízkosti Jumeirah Beach. Pláclí jsme se přes kapsu a zašli si

tam na večeři. Další destinací bylo Abú Dhabí, hlavní město Spojených arabských emirátů. Celý jeden den jsme tam strávili v největším krytém zábavním centru Ferrari World, kde jsem se nechala přemluvit a vyzkoušela několik mně hrůzu nahánějících atrakcí. K těm nejstrašidelnějším patřila jízda na nejrychlejší horské dráze světa. Další den jsme pak rozejmali v pohádkově nádherné, sněhově bílé Velké měšitě šejka Zayed.

Ostrov bohů

Indie, to byl úplně jiný svět! Bohužel jsme tam strávili jen pár dní a procesovali pouze tzv. zlatý triangel z Dillí přes Ágru a Džajpur. Dechberoucí Tádž Mahal (na fotografii), který nechal indický mogul v 17. století vystavět na památku své zesnulé ženy, se stal symbolem Indie a pro svou architektonickou výjimečnost bývá často řazen k sedmi divům světa. Povožili jsme se v tuk-tuku, rikše, na velbloudovi či slonovi. Další bylo Bali – nazývané též „Ostrov bohů“. Většinu času jsme zde strávili relaxem na Kuta beach, nejrušnější pláži na Bali s bohatým nočním životem. Navštívili jsme největší a současně nejvýznamnější svatyni Besakih,

ktej je tvořena komplexem chrámů. Vynechat jsme samozřejmě nemohli ani typické terasy z rýžových polí a prales plný drzých opic v Ubudu. Ráda vzpomínám na dovolenou v Jordánsku, kde jsem u Mrtvého moře oslavila narozeniny. Celý den jsme prochodili v Petře, což je skalní město a archeologické naleziště zařazené na seznam světového kulturního a přírodního dědictví UNESCO. Všechny stavby jsou zde vytesány do pískovce. V Ammánu je k vidění i římský amfiteátr s kapacitou až 6 000 míst k sezení.

Impozantní výhledy

V Libanonu jsme si prohlédli jeskyni Džajta s krásnou krápníkovou výzdobou. Lanovkou jsme vjeli k modernímu kostelu Panny Marie s výhledem na celý Bejrút a navštívili muzeum voskových figurín. V Turecku je nejznámější památkou Istanbulu byzantský chrám Hagia Sofia, který v současné době slouží jako muzeum. Dalšími turistickými lákadly jsou například Sulejmanova mešita, Modrá mešita a Konstantinův sloup. Katar mě nadchl podobně jako Dubaj. Hlavní město Dauhá fascinuje



moderní architekturou. Asi nejautentičtější zážitkem je návštěva starého města a obzvláště arabského trhu Souq Waqif, kde se mísí vůně exotického koření, tureckého medu a vodních dýmek. Zaujal mě tam i orlí trh. Na přístavní promenádě Corniche je slavná perlová fontána a impozantní výhled na mrakodrapy, které jsou v noci krásně barevně nasvícené. Podívala jsem se i do Muzea islámského umění. Atrakcí je nákupní centrum Villaggio, kde se v kulíškách italské renesance nacházejí běžné evropské značky a středem se táhne umělé vybudovaný kanál, na němž se projíždějí gondoly.

Omán byl mojí poslední krátkou dovolenou před návratem domů. Podářilo se nám navštívit pouze hlavní město Maskat a v něm Sultánův palác, mešitu, přístav a tradiční trh souq. Zbylé dny jsme relaxovali u moře.

Poznávat nové exotické země mě moc baví a teprve nyní, po ukončení pracovního pobytu a návratu do ČR, plánuji pořádné dobrodružné cesty, protože na ně budu mít více času.

Mgr. Lucie Karalová



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

čas prázdnin a dovolených by si jistě zasloužil v úvodu medicínské rubriky radostnější téma, než je zavedení farmakologického přerušení těhotenství do českých nemocnic. Nicméně tuto možnost mají ženy v České republice od začátku léta a jedná se o poměrně významný průlom v české gynekologii a porodnictví, proto jsme se nyní rozhodli uvedenou informaci věnovat pozornost.

Proces schvalování této nové metody byl z důvodu vytrvalých protipotratových aktivit poněkud protražovaný a vypadalo to, že Česká republika, nejateističtější z evropských zemí, zůstane vedle Polska posledním státem EU, v němž bude přístup k potratové pilulce ženám odepřen. Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) nakonec přípravy s účinnými látkami mifepriston a misoprostol schválil s podmíněným dodatkem, že jejich podávání bude vázáno na zdravotnická zařízení s lůžkovou péčí. Podle edukačního materiálu, který SÚKL vydal, však

žena obdrží pilulku ve zdravotnickém zařízení, ale potráčí mimo něj. Pro zástupce Hnutí pro život je toto nepřijatelné a začátkem července proto podali na SÚKL žalobu s návrhem na zrušení opatření obecné povahy. Podle Hnutí pro život se gynekologové, kteří provedou chemický potrat na základě uvedeného edukačního materiálu, vystavují jednak postihu podle trestního zákona (§ 160 TZ), jednak riziku žalob v případě zdravotních komplikací.

Interrupce je nepochybně negativním zásahem do ženského organismu i psychiky. Schválením potratové pilulky není nijak zpochybněna role poraden pro ženy a dívky stojícími před otázkou jak dál v případě neplánovaného otěhotnění. Jisté je ale pozitivní, že mají české ženy nyní více možností, jak řešit problém s nechtěným těhotenstvím. Doufejme, že s dostupností kontracepčních metod a edukovaností v této oblasti bude počet prováděných interrupcí nadále klesat.

MUDr. Andrea Skálová

Potratová pilulka od června k dispozici i u nás

Od června letošního roku mají ženy v České republice, které se rozhodnou pro interrupci, možnost využít tzv. farmakologické ukončení těhotenství. Po registraci v loňském roce a nezbytných legislativních krocích dorazila potratová pilulka do českých nemocnic.

Potratová pilulka známá pod názvem RU-486 byla vyvinuta v 80. letech minulého století. Její používání bylo povoleno nejprve ve Francii roku 1988, od roku 1991 je dostupná ve Velké Británii, v roce 2002 byla zpřístupněna v USA. V současnosti je její užívání uzákoněno v 25 zemích Evropy. V mnoha z nich je tento způsob ukončení těhotenství metodou první volby v 80 % všech interrupcí.

Šetnější metoda

Ačkoliv počet interrupcí díky dostupnosti hormonální antikoncepce v západních zemích klesá, celosvětově podstoupí ukončení těhotenství 50 milionů žen ročně. Bohužel více než polovina těchto žen absolvuje nelegálně prováděný zákrok, který zhruba 70 tisíc z nich stojí život a většině zapříčiní doživotní postižení a znemožní jim mít znovu děti. „Česká repub-

lika patří k vyspělým demokratickým zemím s liberálním potratovým zákonem, který umožňuje ženě podstoupit tento citlivý a velký zásah do organismu legálně. Doposud bylo ukončení těhotenství prováděno pouze chirurgickou metodou. Ta může být pro ženu v mnoha případech náročná – ať již z hlediska anestezie nebo možnosti poranění děložní stěny s následkem nemožnosti mít v budoucnos-

ti děti,“ vysvětluje předseda České porodnické a gynekologické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.

Farmakologický způsob ukončení těhotenství odborníci považují obecně za šetnější a bezpečnější. Obě dostupné interrupční metody však mají svá opodstatnění a je na lékaři, aby zvolil takový postup, který je pro konkrétní ženu nejvhodnější. V České republice jsou

v současnosti k dispozici dva přípravky – Mifegyne (s účinnou látkou mifepriston) a Mispregmol (s účinnou látkou misoprostol) od společnosti Exelgyn. Mifepriston je anti-progesteron a ukončuje těhotenství, misoprostol patří mezi prostaglandiny, spouští děložní stahy a pomáhá vypuzení plodového vejce. Přípravky se podávají s určitou časovou prodlevou po sobě. Registrován byl i kombinovaný přípravek Medabon, který zatím na českém trhu není.

Podání vázáno na lůžková zařízení

Potratovou pilulku schválil Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) s dovětkem, že ji smí předepsat pouze lůžková zdravotnická zařízení, tedy nemocnice nebo jiná zařízení s nasmlouvanými nemocničními lůžky. Není tedy dostupná u gynekologa a v souladu ▶

MEDICÍNA

se stávající legislativou nelze uměle přerušit těhotenství provádět ambulantně. Oprávnění podat potratovou pilulku má pouze odborný lékař, přičemž přípravek je na základě žádanky vydáván personálu zdravotnického zařízení, nikoli pacientce na recept. „Hlavním přínosem registrace těchto přípravků je jasné vymezení výdeje a použití ve zdravotnickém zařízení. Můžeme tak omezit jejich zneužívání, které se dosud nabízelo prostřednictvím nelegálních, zejména internetových nabídek,“ uvedl v souvislosti s registrací nové interrupční metody bývalý ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv MUDr. Pavel Březovský.

Pravidla pro používání „pilulky“ jsou obdobná jako u miniinterrupce. Podat ji lze do 49., resp. 63. dne od poslední menstruace, cena se pohybuje kolem 3 500 Kč. „Žena, která zvolí tuto metodu, nemusí zůstat po celou dobu přerušit těhotenství v nemocnici, ale musí navštívit lékaře třikrát. Nejprve jí je podáno 600 mg mifepristonu. Jedná se o tři tablety, jejichž účinek zamezí výživě těhotenské tkáně včetně embrya. Pacientka zůstává jednu hodinu pod přímým dohledem lékaře z důvodu například zvracení nebo alergické reakce. Další návštěva pacientky je po 36–48 hodinách, kdy je jí podána jedna tableta 400 µg misoprostolu. Ta zajistí vypuzení těhotenské tkáně z těla. Za dalších 14–21 dnů absolvuje pacientka povinně další kontrolu. Odborný lékař zkontroluje,

že ukončení těhotenství proběhlo úspěšně, a ujistí se, že je vše v pořádku. Každá pacientka obdrží bezpečnostní kartu včetně data a hodiny další návštěvy a kontaktu na lékaře pro případ nutnosti,“ popisuje doc. MUDr. Marek Lubušský, Ph.D., z Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc.

V souladu se zákonem

Registraci potratové pilulky v České republice provázely protesty odpůrců potratu. Petici proti pilulce podepsalo přes 70 tisíc občanů. Zástupci Hnutí pro život, které dlouhodobě usiluje o hledání alternativních řešení pro ženy a dívky s neplánovaným těhotenstvím (provazuje například nízkoprahovou telefonickou linku pomoci pro ženy v tísni), na svých webových stránkách (www.prolife.cz) uvádějí důvody, proč novou metodu interrupce odmítají. Podle nich použití potratové pilulky prodlužuje trauma z potratu se všemi riziky, jako je vykrvácení či šok, i psychickými dopady na ženu. Zástupci hnutí dále uvádějí, že odmítají politiku státu, která podporuje nezodpovědnost mužů a jako jedinou pomoc ženám nabízí usmrcení jejich dítěte. Hovoří také o protiprávnosti farmakologického potratu a možnosti trestního stíhání lékaře, pokud by pacientka v souvislosti s přerušáním těhotenství doma zemřela.

„Chtěl bych ujistit lékaře i veřejnost, že tomu tak není a je to šíření nepravdivé zprávy. Ukonče-

ní těhotenství a vše s tím spojené je definováno jednak zákonem č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství, jednak prováděcí vyhláškou č. 75/1986 Sb. Samotný pojem potrat je pak nově definován zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a vyhláškou č. 297/2012 Sb., o listu o prohlídce mrtvého. V zákoně č. 66/1986 Sb. v § 7 a 8 o umělém přerušování těhotenství je uvedeno přesně, cituji: „Jestliže žena na umělém přerušování těhotenství trvá a zjistí-li lékař, že jsou splněny podmínky pro jeho výkon, určí zdravotnické zařízení, kde se výkon provede.“ To znamená, že zákon specificky neurčuje, že k vypuzení embrya či plodu musí dojít na půdě zdravotnického zařízení,“ říká k otázce protiprávnosti metody docent Lubušský.

Odborník dále vyvrací obavy spojené s možným vykrvácením. „V případě farmakologického ukončení těhotenství nehovoříme o plodu, ale o embryu, které je maximálně 10 mm velké. Množství tkáně, která odchází spolu s embryem, je tedy jen o něco větší než při menstruaci. Proto lze farmakologické ukončení těhotenství u většiny žen přirovnat k silnější menstruaci.“ Na otázku, jak se staví

k protipotratovým hnutím, Marek Lubušský odpovídá: „Můj názor je, že toto rozhodnutí je výlučně právem každé ženy, pokud jí to zákon umožňuje. Připustíme-li, že bychom udělali krok zpět a umělé ukončení těhotenství zakázali, dá se očekávat jednak nárůst potratů kriminálních, které mají pro ženy bezesporu větší zdravotní rizika, a stejně tak lze očekávat i nárůst tzv. potratové turistiky, kdy ženy budou cestovat za možností ukončení těhotenství do okolních evropských států.“

První zkušenosti z ÚPMD

V Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí (ÚPMD) podstoupila farmakologicky navozené ukončení těhotenství v průběhu prvního měsíce po schválení asi dvacítka žen, z toho u jedné bylo třeba dodatečně provést instrumentální revizi. Obecně se přitom udává 98% úspěšnost potratové pilulky „Co se týče preference metody pacientkou, zatím u nás převažuje chirurgická miniinterrupce, ale zájem o novou metodu stoupá,“ říká MUDr. Jiří Hanáček z ÚPMD. Jako důvod, proč ženy volí klasickou miniinterrupci, uvádí gynekolog krátce, zhruba třiminutovou trvání chirurgického výkonu. Odpadá tak diskomfort spojený s protraho-

vaným krvácením a eventuálními komplikacemi, jako je zvýšená teplota či nevolnost při farmakologickém potratu, i nutnost opakovaných návštěv lékaře. „Na druhé straně na západě ženy preferují farmakologické ukončení těhotenství, to se však ve většině zemí provádí ambulantně. U nás se z důvodu obav, které se ozývaly ze strany odpůrců nové metody, schválil farmakologický potrat za podmínky, že bude prováděn v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Z odborného pohledu však nevidím důvod, proč by se metoda nemohla rozšířit do ambulantní sféry,“ domnívá se MUDr. Hanáček.

Podobně uvažuje i prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSC., primář gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Jihlava a bývalý člen Výboru pro zdravotnictví PSP ČR: „Farmakologická metoda s sebou nese méně komplikací, odpadá při ní nutnost anestezie a je šetrnější pro zachování plodnosti.“ Novela potratového zákona s umožněním přesunu nové metody do gynekologických ambulančí se však podle něj nechystá. „Interrupční zákon má své nedostatky, ale jsou zde jiné priority, které je třeba řešit,“ uzavírá profesor Roztočil.

MUDr. Andrea Skálavá

Porovnání komplikací u typů interrupce

Podání mifepristonu a misoprostolu – látek určených k vyvolání vaginálního krvácení a děložních křečí nezbytných k abortu – je spojeno s nežádoucími účinky, které v určité míře hlásí každá žena. 80–90 % žen má těžší krvácení, než mívaly během silné menstruace, přes 90 % žen má křeče a bolesti břicha.

Mezi další časté vedlejší účinky patří nauzea, bolest hlavy, zvracení, průjem, závrať, únava. Pacientka musí být poučena co při těchto potížích dělat a musí mít přístup k péči ve zdravotnickém zařízení vybaveném k poskytnutí transfuze či neodkladné péči při nekompletním abortu.

Finská kohortová studie (Niinimäki M et al.: Immediate Complications After Medical Compared With Surgical Termination of Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 114(4): 795–804) srovnávala bezprostřední komplikace po medikamentózním a chirurgickém ukončení těho-

tenství. Do studie byly zařazeny všechny ženy, které podstoupily potrat v letech 2000–2006 v gestačním stádiu embrya do 63 dní. Sledovány byly po dobu 42 dnů po potratu.

Výsledky studie (*viz tabulka*) neprokázaly rozdíl v incidenci infekce, tromboembolické nemoci, psychiatrických onemocnění a úmrtí. Finská studie uzavírá, že medikamentózní i chirurgický potrat je obecně považován za bezpečný, ale medikamentózní má vyšší incidenci nežádoucích účinků. Autoři ovšem uvádějí, že pro zjištění úmrtí následkem sepse je velikost kohorty malá a bylo by třeba provést další srovnávací studie o mortalitě a morbiditě s dostatečně velkými kohortami.

(Zdroj: Časopis českých lékařníků 3/2013) (asa)

Porovnání komplikací po medikamentózním a chirurgickém potratu

	Celkem 42 619 potratů	
	22 368 medikamentózních	20 251 chirurgických
Celková incidence nežádoucích účinků	20,0 %	5,6 %
Krvácení	15,6 %	2,1 %
Nekompletní potrat	6,7 %	1,6 %
Chirurgická (re)evakuace dělohy	5,9 %	1,8 %
Poškození vyžadující operační léčbu	0,03 %	0,6 %

Zdravotní pojišťovny farmakologickou interrupci nehradí

Farmakologickou interrupci v současnosti nelze hradit z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovna totiž může hradit jen léčivo, které má Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) stanovenou výši úhrady.

U přípravků Mifegyne a Mispregmol, které jsou zaregistrovány k farmakologickému ukončení těhotenství, úhrada není stanovena. Informoval o tom tiskový mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Mgr. Oldřich Tichý.

Nehrazené léčivé přípravky je možné uhradit jen v případě, že by se jednalo o jedinou možnost zdravotní péče. Těhotenství je standardně ukončováno chirurgickou cestou. Úhrada léčiv Mifegyne nebo Mispregmol by tak teoreticky i prakticky připadala v úvahu, jen pokud by chirurgické ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů nebylo možné provést.

(red)

Rozhodnutím o registraci byly zmíněné léčivé přípravky zařazeny do kategorie „výdej pouze na lékařský předpis s omezením“. Předepsat je musí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, ovšem žena dostane do ruky recept, ale přípravky jsou jí podávány přímo v lůžkovém zařízení. Tam také žena musí přijít na následnou kontrolu pro ověření úplného vypuzení embrya. Ani tato související péče (hospitalizace, kontrola účinnosti použití atd.) není hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

VÝBĚR ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

Produkce T-lymfocytů aktivovaných proti virům

Pacienti, kteří se podrobili transplantaci kostní dřeně, čelí po dobu řádově několika měsíců zvýšenému riziku nejrůznějších infekcí. Nebezpečné jsou především virové infekce, protože léčba antivirotiky není vždy efektivní a často s sebou nese řadu nežádoucích vedlejších účinků.

Jednu z nadějných strategií představuje produkce T-lymfocytů specificky aktivovaných proti virům. Ta je ale spojená s celou řadou problémů. Obvykle se postupovalo tak, že byly vybraným virem infikovány B-lymfocyty a s jejich pomocí pak byly stimulovány T-lymfocyty. Celá procedura trvala 10 až 12 týdnů, což je příliš dlouhá doba. Navíc je jako významné riziko vnímáno i použití replikačně aktivních virů. Tým vedený Ann Leenovou z houstonské Baylor College of Medicine nyní vyvinul rychlejší postup přípravy speci-

ficky aktivovaných T-lymfocytů. Vyhnul se při tom použití živých virů. Nový postup navíc dovoluje stimulovat T-lymfocyty proti několika typům virů najednou.

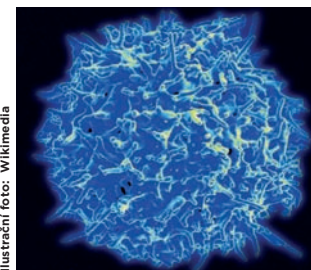
Předchozí zkušenost s virem

Ann Leenová a její spolupracovníci vystavili T-lymfocyty účinkům směsi peptidů typických pro jednotlivé viry. Již dříve byla podobná technika použita pro produkci T-lymfocytů aktivovaných proti cytomegaloviru. Nově použitá směs peptidů aktivuje T-lymfocyty nejen proti cy-

tomegaloviru, ale také proti adenovirům, EB viru, BK viru a herpes viru HHV6. Buňky dárce byly *in vitro* vystaveny směsi peptidů a následně kultivovány 10 dní za podmínek dovolujících růst T-lymfocytů. Nakonec byla zkontrolována reakce buněk na jednotlivé viry. Z krve 48 dárců bylo připraveno 14 preparátů T-lymfocytů aktivních proti všem 5 virům, 9 preparátů účinkovalo proti 4 virům, 12 preparátů bylo účinných proti trojici virů, 11 proti 2 virům a 1 účinkoval jen proti 1 viru. Pouze jediný preparát neúčinkoval proti žádnému viru.

Když byly aktivní T-lymfocyty vneseny do kostní dřeně 8 pacientů trpících celkem 18 virovými infekcemi, podařilo se eliminovat 15 infekcí a u 1 infekce došlo k výraznému potlačení. Dalším 3 pacientům byly aktivní T-lymfocyty podány profylakticky a ani u jediného nebyla po transplantaci kostní dřeně zaznamenána virová infekce po dobu delší než 3 měsíce.

Rozdíl byl v tom, jak široké spektrum odpovědi na směs peptidů jednotlivé vzorky T-lymfocytů vykazaly, vidí autoři studie v předchozím kontaktu dárce



Ilustrace foto: Wikimedia

T-lymfocytů s konkrétním virem. Pokud se dárce s virem nestřetl, nejsou mezi jeho T-lymfocyty přítomny buňky, které si „pamatují“ antigeny viru a které je v laboratorním postupu zapotřebí namnožit. Ann Leenová a její tým se proto zaměřili na vývoj systémů aktivace naivních T-lymfocytů.

(Zdroj: Science Translational Medicine) (jap)

Romozozumab zvyšuje minerální denzitu kostí

Subkutánní podávání monoklonální protilátky romozozumabu v dávce 210 mg jedenkrát měsíčně po dobu 12 měsíců zvýšilo u žen po menopauze minerální denzitu a hmotu kosti v páteři i v kyčlích.

Pozorovaný efekt byl výraznější, než jaký lékaři zaznamenali u skupiny žen užívající placebo nebo u žen užívajících běžně předepsované anabolikum teriparatid (dávka 20 µg podávána denně). K těmto závěrům došel tým vedený Harrym Genantem z University of California San Francisco na základě výsledků II. fáze klinických testů provedených na postmenopauzálních ženách

ve věku od 58 do 85 let trpících těžkou osteoporózou. Hodnocení efektu na lumbální páteř a kosti kyčelního kloubu bylo provedeno pomocí kvantitativní počítačové tomografie.

Přesně směřované účinky

Romozozumab je monoklonální protilátka specificky reagující s proteinem sklerostinem, který je produkován osteocyty a potla-

čuje aktivitu osteoblastů. Protilátka účinky sklerostinu blokuje, a tím navozuje vyšší míru tvorby kosti a zároveň potlačuje úroveň její resorpce. Gen kódující sklerostin má expresi prakticky všude v kostní tkáni, což směřuje účinky romozozumabu zcela specificky právě na kostru. Výrazně je tak omezeno riziko nežádoucích vedlejších účinků. Naproti tomu anabolikum teriparatid je třeba podávat v sub-

kutánních injekcích denně a je poměrně drahé. Některé studie naznačují, že se s užíváním teriparatidu pojí zvýšené riziko vzniku osteosarkomu.

V lumbální páteři bylo zvýšení minerální denzity v trabekulární oblasti po léčbě romozozumabem a teriparatidem obdobné. Pohybovalo se kolem 20%. V trabekulární části kosti kyčelního kloubu byl však nárůst minerální denzity výrazně vyšší po léčbě mono-

klonální protilátkou než po léčbě anabolikem (10,8 vs. 4,2 %). Pokud jde o kortikální část kosti, zde došlo k výraznějšímu zvýšení minerální denzity po léčbě romozozumabem jak v lumbální páteři (13,7 vs. 5,7 %), tak i v kyčli (1,1 vs. 0,9 %).

V současnosti probíhá III. fáze klinických zkoušek, v kterých jsou u 10 tisíc žen s postmenopauzální osteoporózou porovnávány efekty romozozumabu s placebem i aktivními látkami.

(Zdroj: European League Against Rheumatism Annual Congress, EULAR 2014) (jap)

Inzerce M14100113

4. KONGRES

ČESKÉ ODBORNÉ SPOLEČNOSTI KLINICKÉ FARMACIE ČLS JEP

FARMAKOTERAPIE OVLIVŇUJÍCÍ IMUNITNÍ SYSTÉM



www.coskf.cz

3. – 4. 10. 2014

Ústřední vojenská nemocnice Praha



SEKRETARIÁT KONGRESU
AMCA, spol. s r.o.

Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2
tel.: +420 221 979 351, +420 731 496 060
e-mail: amca@amca.cz, www.amca.cz



Diagnostika, hypertermie a fotodynamická terapie

– tři trendy a trumfy fotonické medicíny

Je dobré mít vlivné příbuzné. Fotonická medicína je má v podobě rychlého rozvoje optických technologií zejména v telekomunikacích, vojenství a informatice. Vývoj potřebných komponent nestojí personálně ani finančně jen na využití v lékařství. Naopak je k dispozici přetlak nejrůznějších technologií. Úkolem specialistů tak je najít pro ně vhodné aplikace.

Mluvit o všech novinkách na této ploše by představovalo nabídnout hustě popsaný seznam, proto vybírám tři směry s aktuálním využitím napříč obory. Cílem sdělení je netoliko informace, ale i inspirace pro kolegy z různých oborů, s nimiž autor rád probere jejich nápady.

Optická diagnostika

Světlo nám díky svým vlastnostem umožňuje miniaturizovat diagnostiku až na velikost jednotlivé buňky, popřípadě malého okrusku tkáně. Při dodržení fyzikálních podmínek je neinvazivní, a umožňuje tak vyšetření živých tkání bez jejich poškození, včetně posouzení některých jejich funkcí. Optická diagnostika se vyvíjí již řadu let pod souhrnným názvem „optická biopsie“ a jedná se o celou řadu technologií (optická koherentní tomografie, kvantitativní fluorescence atd.). Dlouho bránila přijetí těchto technologií

snaha o dosažení cíle v podobě vytlačení konvenční biopsie. Přesnost optických metod je sice vysoká, ale ani 98 % neznamená totéž co „zlatý standard“, tedy biopsie. Nemluvě o tom, že stále se rozvíjející biochemické vyšetření vzorků tkání (např. imunohistochemie) poskytuje další zjemnění a zpřesnění. Velký nástup optické diagnostiky do běžné praxe umožnilo tedy paradoxně až snížení vycíleného cíle. Těmi se stal *screening*, peroperační a postoperační kontrola se započtením možné chyby metody. Technicky jednoduché a ekonomicky nenáročné systémy založené na měření autofluorescence a fluorescence se začaly využívat ve *screeningu* zejména nádorových onemocnění, ale i v zobrazení infekčních *agens*. Akceptujeme-li falešně pozitivní výsledky, rozpoznáme těmito postupy snadno skupinu pacientů, kteří potřebují specializované vyšetření. Příkladem z praxe je modré světlo, v němž lze prostým okem pozorovat změny autofluorescence například sliznic dutiny ústní. Každý zubní či praktický lékař může odečíst v několika sekundách s takřka s nulovými spotřebními náklady podezřelou oblast a odeslat pacienta na vyšetření k odborníkovi. Stále se snižující pořizovací náklady těchto technologií (nyní asi 100 tisíc Kč, ale s velkou pravděpodobností se postupně sníží na asi desetinu) umožňují masivní nasazení v medicínském terénu. V některých zemích (Kanada, USA) základní *screening* provádějí nelékařské zdravotnické profese (sestra, dentální hygienistka atd.). Včasná diagnostika je u nádorů stále nejdůležitějším prognostickým faktorem a kromě vyššího přežívání je předpokladem značných ekonomických úspor. Primárně má smysl se zaměřit v depistážních akcích na osoby s rizikovými faktory, vzhledem k nízkým nákladům lze ale vyšetřovat celou populaci. Metodu lze spojit se sběrem obrazových dat k dal-

šímu vyhodnocení i automatické detekci. Některé systémy mají podobu příslušenství k mobilním telefonům, což umožňuje takřka neomezené nasazení.

Jinou aplikací téhož fyzikálního principu je přesnější stanovení hranic mezi fyziologickou a patologicky změněnou tkání. Většina systémů je poměrně přesná co do rozsahu, ale málo spolehlivá s ohledem na specifitu procesu. To ale u známé patologie nevádí, neboť chirurg si pouze potřebuje ozřejmit hranice. Nejpřesnější a velmi specifické jsou diagnostické systémy tzv. fotodynamické diagnostiky, kdy se systémově či topicky podaná látka vychytává ve větším množství ve změněné tkáni a v určitém spektru záření vydává odlišné světlo. Toho se již nyní využívá třeba v neurochirurgii, dermatochirurgii či gastroenterologii.

Jednodušší systémy založené toliko na fluorescenci se využívají v diagnostice zubního kazu (stomatolog rozpozná přesně, kam až má preparovat) či třeba u infekcí v dermatologii (akné). U jednoduchých zařízení odečítá rozdíl v zabarvení či intenzitě světla ošetřující, ale jsou již k dispozici automatické systémy na kvantitativní analýzu, jež například u zubního lékaře řídí, které tkáně mají být odstraněny na jednotky mikromů.

Neocenitelný je tento soubor postupů v dispenzarizaci, kdy umožňuje kontrolovat stav pacienta. Přesný obraz lze uložit a softwarově porovnat s předchozí návštěvou, což je naprosto superiorní proti pouhému srovnání nálezu dle písemné dokumentace člověkem.

Laserová hypertermie

Laserové vlákno umožňuje nyní zavést vysoké energie produkované laserem prakticky do kterékoli části lidského těla. Lasery s různou vlnovou délkou záření poskytují světlo, které se zachytí v různé silné vrstvě tkáně. Můžeme si zvolit



Obr 2a, b Laserová hypertermie hemangiomu nosu před ošetřením a po 5 letech

destrukci od jednotek mikrometrů po centimetry! To má dramaticky odlišný účinek, což je skvělé v rukou experta, ale vyžaduje to nejen intenzivní výcvik, ale hlavně specifické vybavení pro každou indikaci. Asi nejrozšířenější aplikací současnosti jsou endovaskulární hypertermie. Vlákno laseru je zavedeno do cévy, která je zpravidla při vytahování koagulována a následně obliteruje. Nejčastější a dnes už standardní indikací je ošetření křečových žil. Ve správné indikaci se nepochybně jedná

o terapii první volby a je standardní na celém našem území. Lze však zasahovat prakticky libovolný cévní útvar. Nejzajímavější jsou asi možnosti v léčbě arteriovenózních malformací a hlubokých hemangiomů. Pro přístup nevyužíváme zpravidla příslušnou cévu, ale postupujeme z povrchu těla za kontroly zobrazovací technikou s pomocí punkční jehly. Dříve se doporučovaly přesné, ale nákladné a málo dostupné systémy magnetické rezonance a angioCT. Dnes vesměs vystačíme s ultrazvukem.



Obr. 1a, b Výsledek kombinované léčby (betablokátory)



Obr. 3a, b Hypertermie nádoru jazyku před ošetřením a 3 měsíce po ošetření

V jednodušších případech (varixy) lze využít alternativy klaseru v podobě například radiofrekvence, ty však nejsou kvůli fyzikálním limitům stejně precizní, i když často dostávají.

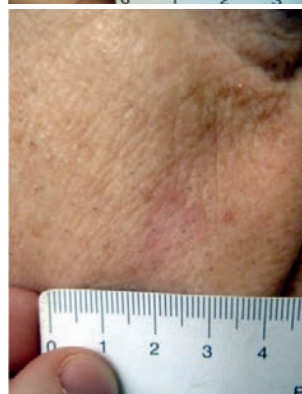
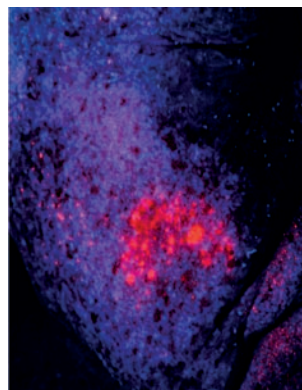
Podobně lze hypertermii provádět u terapie novotvarů. Problémem může být tvar ložiska, které je málokdy kruhové, a potřebujeme 100% zásah všech buněk. U jednoduchých kulovitých lézí (například drobné metastázy v lymfatických uzlinách) můžeme koagulovat snadno bez zvláštního vybavení. U složitých ploch jsou ale vyvinuta speciální vlákna nejrůznějších tvarů, aby zajistila prohřátí požadovaným směrem (sférické koncovky, postranní vyzářování, fokusace či naopak defokusace paprsku). Pak se několik vláken spojí pod kontrolou zobrazovací techniky (UZ, CT, MR) tak, aby bylo exponováno celé ložisko a přitom nedošlo k poškození okolních tkání. Takový poměrně komplikovaný postup má smysl jen tam, kde z nějakých příčin nemůžeme konvenčně ope-

rovat pod kontrolou zrakově. To se týká buď drobných ložisek, či naopak paliativních výkonů, popřípadě náleží v obtížně přístupných anatomických strukturách. Vlastní teplota v nekrotizovaném ložisku je předmětem diskusí. Někteří autoři prosazují paušálně přísnou kontrolu teploty poměrně složitým systémem na 50–70 °C, jiní používají vyšší teploty. V zásadě jde především o lokalizaci patologické tkáně. Hypertermie o nižší teplotě vede zpravidla k postupnému, prediktabilnímu a nekomplikovanému vstřebání ložiska v průběhu několika týdnů. Vyšší teplota má smysl u patologií uložených blíže povrchu, kde můžeme následně koagulované hmoty evakuovat na povrch, a zajistíme tak rychlou úlevu (zejména paliativní výkony ke zmenšení objemu nádoru u vitálních struktur). Pokud nepotřebujeme složitou navigaci, celý postup může být velmi levný, dokonce v jednotkách stokorun, což zpřístupňuje techniku prakticky komukoli. Kromě specialis-

tů je asi ideálním ošetřujícím intervenční radiolog.

Fotodynamická terapie (PDT)

Přes dlouhou historii (byla využívána už ve starověkém Egyptě) se jedná o relativně novou a rychle se vyvíjející metodu. Jejím principem je podání (celkové nebo lokální) fotosenzitivní látky (nebo jejího prekurzoru), která se zkoncentruje zejména v nádorech či jiných rychle proliferujících tkáních (některé zánehy – akné, parodontitida atd.). Po určité době inkubace (minuty až dny) dosáhne koncentrace maxima a po osvětlení světlem patřičné vlnové délky dojde ke vzniku chemické reakce, jejíž produkty (nejčastěji singletní kyslík) usmrtí buňku. Zároveň se aktivují elementy protinádorové imunity. Elegantní je možnost nejprve detekovat rozsah patologické tkáně jednou vlnovou délkou (a pak můžeme pokračovat třeba konvenční excízi skalpelem) a poté jinou „barvou světla“ způsobit odstranění tkání. Výhodou metody je značná selektivita (i když nikoli absolutní) a možnost v podstatě neomezeného opaková-



Obr. 4a, b, c Fotodynamická terapie bazaliomu pravé tváře – fotodynamická diagnostika, před výkonem a po vyhojení



Obr. 5a, b Hemangiom na levé tváři – před snesením barvivovým laserem a po snesení

ní. Místo PDT je dnes tedy zejména u nádorů, které jinak obtížně ovlivníme (sarkom v anatomicky obtížně dostupném místě), nebo v indikacích, kde je růst nádoru pomalý a nám jde zejména o esteticky co nejpriznivější řešení situace (bazocelulární karcinom v oblasti hlavy a krku). Experimentálně se pracuje s fotodynamickými agens, která by byla aktivována infračerveným zářením pronikajícím do hloubky těla, popřípadě lineárním urychlovačem, kde by se zvýšil účinek laseru, kde by se zvýšil účinek laseru. Nevýhodou PDT podávané systémově (nitrozilně) byla celková fotosenzibilizace pacienta, který musel trávit čas v přítomnosti po dobu několika dní. Hlavní využití je však dnes topické, kde nanášíme fotosenzibilizátor přímo na nádor (kůže, sliznice dutiny ústní, dýchací cesty, zažívací trakt, urogenitální trakt). Například u nejčastějšího nádoru vůbec, superficiálního bazocelulárního karcinomu kůže, je dnes PDT metodou první volby.

Se snižující se cenou látek (vypršení patentové ochrany) se léčba stává ekonomicky dostupnou a je v některých indikacích hrazena i našimi zdravotními pojišťovnami. Ukázalo se, že pro některá onemocnění nepotřebujeme in-

tenzivní světlo stále ještě drahého laseru, ale můžeme je nahradit delší expozicí LED lamp (místo 2 minut jako u laseru prodloužíme expozici na 20 minut), či dokonce toliko expozicí sluncem (kůže). To otevírá fotodynamické terapii obrovské pole působnosti i mimo onkologii (korektivní dermatologie, léčba infekcí, regenerace tkání). Je potěšující, že všechny tyto techniky byly vždy zkoumány mezi prvními na našich pracovištích a bylo zde dosaženo řady evropských i světových priorit. U PDT dokonce byla Univerzita Karlova jedním z velkých průkopníků (kolem roku 1900 – němečtí badatelé; 80. a 90. léta – prof. Jirsa; velký vývoj v současnosti) a je potřeba se na této pozici udržet i dnes, kdy se jedná o jednu z nejzajímavějších výzkumných možností. Počet center vznikajících každý rok dosahuje celosvětově tisíců. Pamatuji si, když jsem s pýchou otevřel na 1. LF UK jedno z prvních center pro fotodynamickou terapii v Evropě. Jenže jen Čína jich má nyní přes 2 tisíce a organizuje desítky konferencí ročně, uděluje miliony dolarů v grantech...

Literatura u autora

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.,
předseda Společnosti estetické a laserové
medicíny ČLS JEP, Univerzita Karlova (Praha,
Plzeň), Institut onkologie a rehabilitace na Pleši;
ASKLEPION-Lasercentrum Praha

GENETIKA

Návraty **genové terapie**

Léčba založená na zásadách do dědičné informace pacientů má za sebou bezmála čtvrtstoletí existence. Zažila vzlety i pády. Momentálně k ní upírají velké naděje nejen pacienti trpící dědičnými chorobami.

Jednou dole, jednou nahore

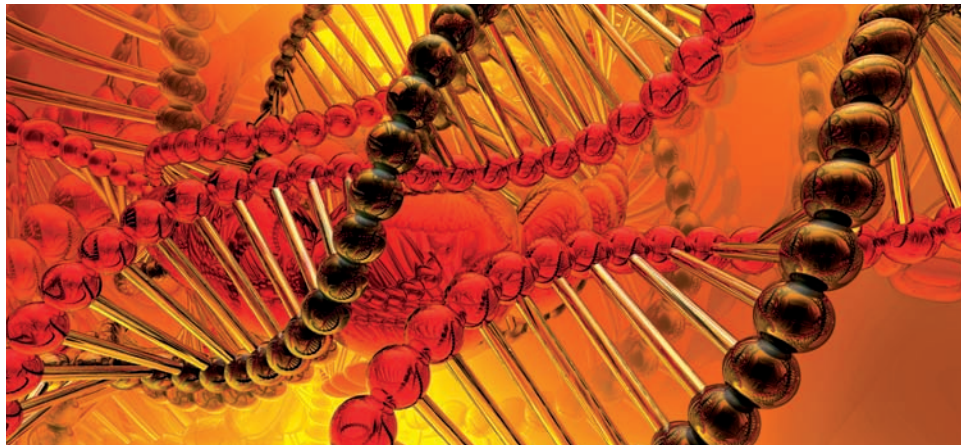
Poprvé provedl genovou terapii v roce 1990 americký lékař William French Anderson. Pomohl čtyřleté dívce, která v důsledku mutace genu pro adenosin deaminázu trpěla vážnou poruchou imunity. V té době se zdálo, že se genová terapie velmi rychle vyřeší problémy s léčbou mnoha dědičných chorob. Následovalo ale velké rozčarování, které vyvrcholilo v USA v roce 1999 úmrtím dobrovolníka Jesseho Gelsingera při klinických zkouškách adenovirů upravených metodami genového inženýrství pro potřeby genové terapie.

V roce 2000 se blýsklo na lepší časy. Tým francouzských lékařů pod vedením Alaina Fischera pomocí geneticky upravených retrovirů nahradil 14 chlapcům defektní gen zodpovědný za dědičnou insuficienci vázanou na pohlavní chromozom X. Chlapci, které zná veřejnost jako „bublinové děti“, vykazovali po léčbě výraznou regeneraci jinak nefunkčního imunitního systému. Bohužel jen o rok později Fischer oznámil, že u některých pacientů došlo zároveň s léčbou také k nežádoucí aktivaci genu regulujícího tvorbu leukocytů a že u těchto dětí propukla leukemie. Genová terapie upadla po krátkém oživení do další krize. Nikdo nepochyboval o tom, že genová terapie představuje do budoucna obrovský příslib. Zároveň ale byla jasná i značná míra skepse. Odborníci se shodovali, že počátkem 90. let převládá přehnaný optimismus a lékaři slibovali více, než mohla tato metoda reálně v dohledné době přinést. Když se přehnané naděje vkládají do genové terapie nenaplnily, zavládlo zklamání.

S geny proti nádorům

Za necelé čtvrtstoletí své existence rozšířila genová terapie významně své „portfolio“. Začalo se s ní počítat například i při léčbě nádorových onemocnění. Rozsah těchto klinických testů záhy předčil testy genové terapie zacílené na dědičné choroby.

Zpočátku byly přímo do nádorů vnášeny geny, které jsou lidskému organismu cizí a jejichž produkty konvertují relativně neškodné látky na cytotoxické sloučeniny. Příkladem je vnášení genu pro her-



Ilustrace foto: Shutterstock

pes simplex virus thymidinkinázy (HSV TK) do různých typů nádorů, po kterém je pacientům podáván ganciklovir. Thymidinkináza produkovaná podle virového genu HSV TK fosforyluje ganciklovir a ten pak v trifosforylované formě působí jako analog purinů schopný blokovat DNA polymerázu. Inhibice DNA polymerázy nastává jen v nádorových buňkách a je pro ně smrtící.

V poslední době se podařilo využít genovou terapii pro léčbu chronické lymfocytární leukemie a akutní lymfoblastické leukemie. Při tomto postupu jsou pacientovi odebrány T-lymfocyty a pomocí geneticky upravených virů je do nich vpraven gen pro chimérický antigenový receptor. Podle genu se vytváří v T-lymfocytech bílkovina, která se objeví na povrchu buňky a je s to se navázat na specifické bílkoviny nádorových B-lymfocytů. Po infuzi modifikovaných T-lymfocytů pacientovi tyto buňky atakují nádorové B-lymfocyty a ničí je. V prvních klinických studiích reagovala na tuto léčbu bezmála polovina z 32 dospělých pacientů s chronickou lymfocytární leukemií. Z pacientů s akutní lymfoblastickou leukemií reagovalo na tuto léčbu všech 5 léčených dospělých a 19 z 22 dětských pacientů.

Role u degenerativních chorob

Významný pokrok učinila genová terapie v léčbě dědičných degenerativních onemocnění oční sítnice. Výrazná zlepšení ostrosti zraku byla zaznamenána po genové terapii u pacientů s Leberovou kongenitální amaurozou. Nedávno byl publikován úspěšný postup léčby choroideremie, kdy byl funkční gen CHM prostřednictvím mo-

difikovaného adenoasociovaného adenoviru vnesen do oka 6 pacientům a u 5 došlo k výraznému zvýšení ostrosti zraku.

Byly provedeny klinické studie, jež cílily na neurodegenerativní onemocnění. Pacientům s Alzheimerovou chorobou byl do nervové tkáně mozku vnášen gen pro nervový růstový faktor. Povzbudivé výsledky přinesly i klinické studie zaměřené na léčbu Parkinsonovy choroby.

Také kardiovaskulární onemocnění bude zřejmě možné léčit genovou terapií. Povzbudivé výsledky přinesly experimenty, při kterých byl přímo do myokardu vnášen gen pro vaskulární endoteliální růstový faktor. Pod účinky růstového faktoru produkovaného podle vneseného genu se v srdci formují nové cévy. Díky tomu se zlepšuje prokrvení a okysličení myokardu.

Cílené zásahy do genomu

Dosavadní metody genové terapie nenabízely kontrolu nad místem inkorporace léčebného genu do genomu. Nesly s sebou proto větší či menší narušení inzerčních mutací nebo riziko regulace jiných genů. V současné době jsme svědky prudkého rozvoje technik, které dovolují nejen vnesení vybrané genetické sekvence na přesně určené místo genomu, ale i přímou korekci mutací.

Nejstarší z těchto metod využívá konjugátů enzymů nukleáz s proteiny označovanými jako „zinkové prsty“ (zkráceně jsou označovány jako ZFN – *zinc finger nuclease*). Zinkové prsty jsou řetězce tvořené zhruba třiceti aminokyselinami, jimž dodává potřebnou „prstovitou“ prostorovou konfiguraci iont zinku. Tyto motivy jsou běž-

ně součástí transkripčních faktorů a dalších bílkovin schopných vazby na dvojšroubovici DNA. Jeden zinkový prst se váže na konkrétní kombinaci tří nukleotidů. Pokud se podaří spřáhnout tři nebo čtyři zinkové prsty, dosednou na místo DNA s vybranou kombinací devíti či dvanácti nukleotidů a ta bývá v genomu jen jedna. Zinkové prsty proto dosednou na toto místo DNA a k nim připojená nukleáza v přesně vybraném místě vlákna DNA přeruší. Tak lze „stříhat“ DNA specificky na zvoleném místě. Nitrobněčné mechanismy poškozené místo reparují a přítom jsou do něj s to zabudovat léčebnou sekvenci DNA. Inkorporace genu tak proběhne jen ve vybraném místě genomu.

V posledních několika letech byly ZFN nahrazeny systémy, které je překonávají specifitou a jejichž vysoká účinnost se snoubí s elegantní jednoduchostí. Patří k nim systém označovaný jako TALEN. Ten využívá proteinů odvozených od bílkovin, jimiž fytopatogenní bakterie rodu *Xanthomonas* manipulují genom hostitelských rostlin. Uměle lze připravit bílkoviny, které se specificky vážou na zcela konkrétní sekvence DNA člověka a dokážou tam zacílit akci na ně napojené nukleázy. Když nukleáza ve vybraném místě přeruší vlákno DNA, následují stejné procesy, jaké jsou využity při technice zinkových prstů.

Revoluční novinka CRISPR-Cas

Zásadní revoluci přináší do cílených zásahů v genomu systém CRISPR-Cas. Ten se inspiroval systémem, kterým ničí bakterie dědičnou informaci bakteriofágů.

Pro přerušení dvojité šroubovice DNA používá bakteriální nukleáza Cas. Pro zacílení nukleázy na vybrané místo v genomu využívá krátkých řetězců RNA, jež jsou komplementární k cílové sekvenci DNA. To má celou řadu výhod. Syntéza krátkých šroubovic RNA je neskonale jednodušší a levnější než syntéza bílkovinných molekul pro TALEN nebo ZFN. Řetězce RNA dosedají na cílovou sekvenci ještě specifitější než TALEN a jejich nukleáza štípe dvojšroubovici DNA s ještě vyšší účinností. Systémy jako ZFN, TALEN nebo CRISPR-Cas dovolují nejen záměrně poškozené sekvence v genomu za sekvenci neporušenou, ale také navození mutace v přesně zvoleném místě genomu. I když máme mutace spojené především se vznikem nejrůznějších chorob, mohou cíleně navozené defekty DNA léčit. Velké naděje vkládají lékaři například do cílené mutace genu CCR5 v lymfocytech. Přes receptor kódovaný tímto genem se váže na lymfocyty virus HIV1. Homozygotní nositelé mutace genu CCR5 jsou proto vůči tomuto viru odolní. Z testů provedených *in vitro* je jasné, že systémy ZFN, TALEN či CRISPR-Cas dokážou cíleně narušit gen CCR5 v buňkách kostní dřevě HIV-positivních lidí a zajistit jim tak produkci lymfocytů, na něž virus HIV1 nepůsobí.

Povolené genové terapie

Jako úplně první byla už v roce 2003 schválena v Číně genová terapie Gendicine určená pro léčbu karcinomu hlavy a krku. V současnosti jsou jako standardní léčba povoleny v Číně dva typy genové terapie zaměřené na léčbu karcinomu. V Rusku je povolena genová terapie pro pacienty trpící ischemickou chorobou končetin. V Evropské unii byla v roce 2012 povolena genová terapie označovaná jako Glybera pro pacienty trpící dědičnou deficiencí lipoprotein lipázy. Tato genová terapie vnáší do dědičné informace pacientů sužovaných opakovanými těžkými záněty slinivky plně funkční gen pomocí adenoasociovaného viru upraveného metodami genového inženýrství.

V americké kolébce genové terapie se počítá se schválením Glybery v roce 2017. Tamější biotechnologické firmy mají ale ve schvalovacím procesu u Úřadu pro kontrolu léků a potravin (FDA) hned několik genových terapií. S velkou netrpělivostí se čeká na genovou terapii firmy UniQure zacílenou na hemofilii, protože toto onemocnění se vyskytuje podstatně častěji než deficiencie lipoprotein lipázy.

Spolupráce technických a lékařských věd

Těsně před letošními prázdninami proběhla v Praze na Fakultě strojní ČVUT 1. pracovní konference Akademického konsorcia Inženýrské akademie ČR a České lékařské akademie.

Cílem tohoto setkání byla především prezentace současných výsledků horizontálního propojení lékařských a technických věd. Výstupem do budoucna by měly být náměty pro užší spolupráci na poli společných výzkumných projektů.

Akademické konsorcium, které spojuje dvě reprezentativní organizace – Inženýrskou akademii ČR (IA ČR) a Českou lékařskou akademii (ČLA) –, má za sebou prvních pět let činnosti (bylo založeno v roce 2009). Letošní pracovní konferenci je tedy možno považovat i za určité bilanční setkání, podložené už řadou společných aktivit. Iniciátory a moderátory akce byli prof. Ing. Petr Zuna, CSc. (viceprezident IA ČR), a prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc. (prezident ČLA).

Program celodenní konference byl širokým záběrem – od endoprotetiky přes možnosti 3D tisku v modelování biologického materiálu a využívání nanotechnologií (nanovláknenné náhrady v oblasti regenerativní medicíny) i nových elektrotechnických postupů při medicínských výzkumech (např. světově unikátní, v Čechách ale stále nedocenený telemedicínský program ITAREPS, určený pro redukci počtu relapsů u pacientů se schizofrenií, nebo farmakokinetický software pro farmakoterapii i výuku farmakokinetiky) až po hledání nových technologií pro seniory, které by přispěly k důstojnému a bezpečnému stárnutí v domácím prostředí (senzory fyziologických procesů bezdrátově komunikující s mobilními technologiemi).



Svou přítomností konferenci podpořil i rektor ČVUT, profesor Petr Konvalinka.

Foto: wikimedia.com

Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., ve svém úvodním vystoupení upozornil na to, že zdravotnický výzkum v nás má v mnoha parametrech již evropskou úroveň, výroba zdravotnické techniky a technologií, včetně biotechnologií, je však v současné době v ČR velmi limitovaná, domínuje automobilový a strojírenský průmysl. Podle „Analýzy stavu výzkumu, vývoje a inovací v ČR“ je celkový podíl *high-tech* odvětví zpracovatelského průmyslu na přidané hodnotě v dané oblasti velmi nízký. Významné postavení v podnikovém výzkumu mají firmy pod zahraniční kontrolou, ty ovšem nakupují výzkum a vývoj převážně od svých mateřských společností.

Nebýt zemí „montoven“

Současně ale autor sdělení vyzdvihl i několik čestných výjimek, které v tuzemsku představují středně velké firmy, jako jsou Linet, s. r. o., BMT Medical Technology, s. r. o., Farmak, a. s., Bioveta, a. s., Medin, a. s., nebo menší firmy jako UJP Praha, a. s., Beznoska, a. s., Contipro Pharma, a. s., Exbio Praha, a. s., či Cheirón, a. s. Zcela specifické postavení v této oblasti pak zaujímá firma Sotio, a. s., vyvíjející nové léčivé přípravky zaměřené na léčbu nádorových a autoimunitních onemocnění, financovaná skupinou PPF Petra Kellnera,

a Bioinova, s. r. o., zaměřená na moderní regenerativní medicínu. K nejbližším úkolům proto podle profesora Syky patří vytvoření příznivých podmínek pro zásadní revitalizaci českého průmyslu zdravotnických technologií a biotechnologií tak, aby se české firmy v tomto oboru staly významnými hráči ve světovém měřítku, aby byl využit značný intelektuální a inovační potenciál, který tato země má, a aby tak došlo k diverzifikaci jednostranně zaměřeného českého průmyslu.

Nejen fascinující objev, brzy i nezbytnost

Z biotechnologií pro 21. století zaujímá v medicíně jistě specifický prostor možnost modelování biologického materiálu. Existuje pro to několik zásadních důvodů – lze ji využít v lékařství (zejména v oblasti rekonstrukční chirurgie), ale také pro výukové účely při vytváření přesných replik lidského těla.

O možnostech použití této technologie při různých protézových náhradách v těle pacienta podrobně referovali prof. MUDr. Rastislav Druga, DrSc. (Anatomický ústav 2. LF UK v Praze), a Ing. Jan Homola. Přednášející demonstrovali řadu příkladů konkrétního využití, která sice zatím nejsou běžnou praxí, ale ani příliš vzdálenou budoucností – vytvoření sádry jako pavoučí síť na míru, skenování ústní dutiny pro potřeby protetiky, náhrada horní a dolní čelisti nebo části pánevní kosti (laserem upravený model z titanového prášku). I u trubicovitých orgánů byly zaznamenány první úspěchy. Jednalo se o náhradu stenotické průdušnice, kdy se po několika letech implantát rozpustil a byl nahrazen chrupavčitou tkání. Byl zaznamenán i růst regenerovaného epitelu, přičemž řasinky neprokazovaly žádné morfologické odlišnosti. Ve Spojených státech amerických je touto cestou řešena vrozená aplazie trachey. Publikovány již byly i úspěšné pokusy při tisku lidské žíly.



Profesor Richard Rokyta | Foto: Leoš Chodura

Výzvou zůstává 3D tisk ušního boltce. Zde se integrovaly a pomnožily chondrocyty a buňky tukové tkáně, ale problém stále představuje vytvoření kožního krytu a zajištění cévního zásobení. Zatím vzdáleným cílem je tisk celých orgánů (dosud byla vytvořena miniatura funkčních ledvin a jater, které si udržely životnost několik měsíců).

Z výukového hlediska představuje tato nová technologie neocenitelný přínos pro získávání vzácného osteologického materiálu (kostnice už přestaly být z etických důvodů jeho zdrojem a také získávání z pitev je velmi komplikovaným procesem), který je k nerozeznání od originálního skeletu.

Jak uvedl prof. Druga, „pokud bude možné využít 3D techniku k běžnému vytváření orgánů nebo jejich částí, nebudou náhrady orgánů omezeny pouze na získávání z mrtvých těl, ekonomika ušetří nesmírné prostředky a ‚náhradní orgán‘ bude mnohem dostupnější“.

Nejrozsáhlejší databáze na světě

Příkladem velmi sofistikovaného systému, který je původním českým produktem se zahraniční účastí, je MwPharm. Jeho vývoj a současné možnosti představili na konferenci prof. MUDr. Milošlav Kršiak, DrSc. (Ústav farmakologie 3. LF UK v Praze), a Ing. Jiří Potůček, CSc. (Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze, Mediware). Farmakokinetický software MwPharm je určen pro stanove-

ní správné dávky některých léčiv u konkrétních pacientů, a to zejména v případech, kdy farmakoterapie nepůsobí nebo je spojena s toxicitou. Slouží i pro výuku studentů medicíny a farmacie, kteří tak mohou lépe pochopit, jak se mění koncentrace léčiv v těle při různém dávkování nebo při onemocněním ledvin či jater.

Pro praktické lékaře a lékárníky byla už vyvinuta i jednodušší verze MWPharm-Kalkulátor, sloužící k redukci obvyklé dávky při renálním nebo jaterním selhání. Zahrnuje také interakce současně podávaných léčiv i vliv genetických polymorfismů na úpravu jejich dávky.

Databáze je průběžně doplňována o nová léčiva a aktualizována. Jak uvedl prof. Kršiak, v letech 2011–2014 se podařilo tuto databázi doplnit o soubory farmakokinetických dat u 125 léčiv, a to právě díky součinnosti pracovníků lékařských a technických vysokých škol s firmou Mediware, a. s., a podpoře ministerstva průmyslu a obchodu. Proto může mít software Mediware v současnosti nejrozsáhlejší farmakokinetickou databázi na světě, což dále zvýší jeho využitelnost a konkurenceschopnost.

27.–29. listopadu 2014 proběhne v Mariánských Lázních pod názvem „Současný stav a perspektivy regenerativní medicíny“ VII. kongres České lékařské akademie, který bude ve svém programovém zaměření dále rozvíjet téma technologických možností v oblasti léčby stárnoucí populace.

Jaroslava Sladká



Profesor Petr Zuna | Foto: Jif.cuni.cz

OFTALMOLOGIE

Možnosti léčby věkem podmíněné makulární degenerace

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) je nejčastější příčinou výrazného zhoršení zraku u lidí starších 65 let. Současná léčba vlhké formy VPMD s využitím intravitreálně aplikovaných blokátorů vaskulárního endotelového růstového faktoru umožňuje ve většině případů zastavit progresivní ztrátu zraku. Kauzální léčba suché formy zatím není známá. Podávání antioxidantů zpomaluje rozvoj onemocnění a snižuje riziko zvratu do prognosticky horší vlhké formy.

Věkem podmíněná makulární degenerace sítnice je degenerativní onemocnění sítnice s maximem změn v její centrální části. Je nejčastější příčinou praktické slepoty populace starší 65 let ve vyspělých zemích. V 80 až 90 % je přítomna pomalu se rozvíjející „suchá“ atrofická forma VPMD a asi v 10 až 20 % se vyvine rychle progresující „vlhká“ exsudativní forma s neovaskulární choroidální membránou (CNV), která je v 80 až 90 % příčinou praktické slepoty (viz obr. 1, 2). Náhlý zvrát VPMD do vlhké formy během 5 let je popisován až ve 26 % případů. V přirozeném průběhu způsobuje exsudativní forma VPMD ztrátu 2,7 řádků (13,5 písmen) ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) optotypů za rok a 4 řádků (20 písmen) za 2 roky. Onemocnění se manifestuje zpravidla nejprve jednostranně, druhé oko je postiženo po pěti letech trvání u 50 % paci-

entů, po deseti letech u každého nemocného.

Rizikové faktory onemocnění

Prevalence onemocnění stoupá s věkem, rozsáhlé epidemiologické studie dokumentují výskyt nemoci ve věku 52–64 let u 1,6 % osob, u lidí ve věku 65–74 let až v 11 %, u osob ve věku 75–85 let v 27,9 %. Dalším prokázaným rizikovým faktorem je rasa. Několik epidemiologických studií prokázalo častější zastoupení VPMD u bělochů než u černochů. Dalším rizikovým faktorem je dědičnost. Byly identifikovány některé geny podezřelé ze spojitosti s VPMD (gen pro elongaci velmi dlouhých řetězců mastných kyselin, gen pro fibroblastové růstové faktory, gen pro ABCA4, gen pro SOD2, gen pro komplement faktor H a komplement faktor B). Bylo prokázáno, že u sourozenců paci-

entů s VPMD je přibližně čtyřikrát vyšší riziko rozvoje onemocnění než u ostatní populace. Posledním prokázaným rizikovým faktorem je kouření. V klinické studii POLA (Pathologies Oculaires Liées à l'Age) byla prokázána vyšší prevalence pozdních fází VPMD u kuřáků ve srovnání s nekuřáky. Zvýšené riziko bylo zjištěno u kuřáků, kteří kouřili 20 a více krabiček cigaret za rok. Mezi hlavní diskutované rizikové faktory patří pohlaví, cerebrovaskulární onemocnění, hladina cholesterolu a tuků v krvi, nutriční faktory a antioxidanty, sluneční záření.

Klinický obraz a projevy

Primární změny při vzniku VPMD se týkají Bruchovy membrány (BM), retinálního pigmentového epitelu (RPE) a cévnatky. Pokles fagocytózy na fotoreceptorových membránách vede k ukládání lipofuscinu do BM a k tvorbě



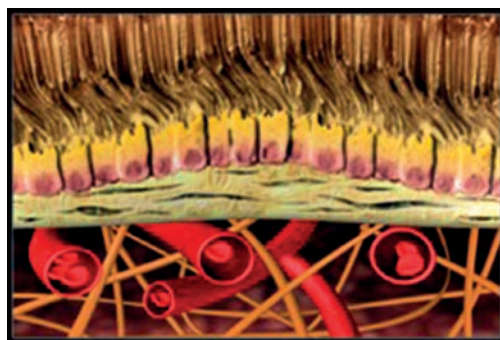
Obr. 1 Suchá forma VPMD

| Foto: archiv autora



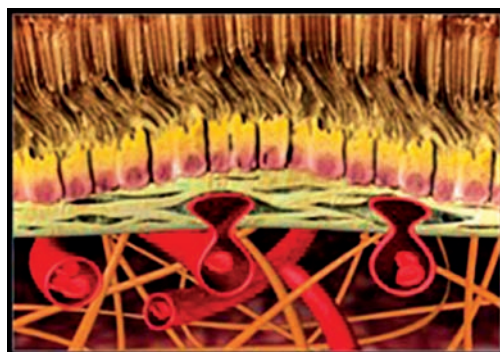
Obr. 2 Vlhká forma VPMD

| Foto: archiv autora



Obr. 3a, b Suchá forma VPMD s měkkými drúzami a neporušenou vrstvou RPE a BM

| Foto: archiv autora



Obr. 4a, b Prorůstání novotvořených choroidálních cév vrstvou RPE

| Foto: archiv autora

drúz. Další změnou je degenerace RPE, která způsobí úbytek fotoreceptorů v makule. Změny v BM mají za následek tvorbu trhlin, kterými prorůstají novotvořené cévy z cévnatky a jež se šíří pod RPE nebo pronikají RPE a vrůstají mezi něj a neuroretinu. Tyto subretinální CNV způsobí odchlípení RPE nebo neuroretiny při exsudaci serosanguinózní tekutiny, subretinální a nebo intraretinální krvácení či fibrovaskulární, disciformní jizvení. Příčina uvedených změn není stále zcela objasněna, zřejmě pro multifaktoriální charakter onemocnění. Onemocnění se projevuje příznaky postižení centrální krajiny sítnice. Přestože je postiženo pouze 5 % z celkové plochy sítnice, pokles centrální zrakové ostroty má za následek obtížné rozlišování tváří, nemožnost řízení motorového vozidla, sledování televize či nemožnost vykonávat činnosti vyžadující rozlišování detailu

(psaní, čtení, ruční práce atd.). V případě vlhké formy se přidává pokřivení linií až centrální skotom. Zvyšuje se citlivost k oslnění, snižuje se kontrastní citlivost a schopnost rozlišení barev. U většiny pacientů zůstává periferní vidění zachováno i v konečných fázích onemocnění, takže nezpůsobí úplnou slepotu. Počínající změny při suché formě VPMD představují dysgrupace RPE a tvorbu drúz v makule. Drúzy jsou depozita extracelulárního materiálu, které se ukládají typicky mezi vrstvou RPE a BM. Pro VPMD jsou typické drúzy střední (63–125 μm) a větší velikosti (> 125 μm) (viz obr. 3a, b). Velké, měkké drúzy mohou být často doprovázeny drúzovou ablací RPE. Dysgrupace pigmentu se projevují jako ložiska hyperpigmentací a depigmentací v makule. Při progresivním úbytku buněk RPE a fotoreceptorů vzniká pokročilé stadium suché formy VPMD cha-

rakterizované geografickou atrofií RPE o velikosti 175 μm a více. Základním projevem vlhké formy VPMD je přítomnost CNV, která se projevuje hemoragickou ablací neuroretiny a/nebo RPE, intraretinální či subretinální exsudací, subretinálním prstencem pigmentového epitelu kolem CNV a serózní ablací neuroretiny a RPE (viz obr. 4a, b).

Možnosti léčby

Léčba VPMD zažívá v posledních dvaceti letech velký rozvoj. Na počátku byla veškerá snaha zaměřena především na léčbu vlhké formy VPMD, která při přirozeném průběhu vede k praktické slepotě. V posledních letech se pozornost soustřeďuje také na suchou formu VPMD s cílem zastavit rozvoj onemocnění a přechod v exsudativní formu VPMD.

Léčba suché formy VPMD se v současné době opírá o preventivní farmakoterapii. V průměrné sledovací době 6,3 roku bylo ve studii AREDS 1 (Age-related Eye Disease Study 1) zjištěno snížení rizika těžké ztráty zraku o 25 % při podávání antioxidantů (vitamin E, vitamin C, betakaroten, měď a zinek). Při nálezu pokročilé suché formy VPMD lze v indikovaných případech s úspěchem použít hemorheoferézu, která vede k normalizaci metabolické výměny mezi RPE a cévnatkou s následným zlepšením funkce makuly a snížením rizika progresu do vlhké formy VPMD.

V současnosti se jako nejúčinnější léčba vlhké formy VPMD jeví aplikace léků působících proti vaskulárnímu endotelovému růstovému faktoru (VEGF). Neselektivním

blokátorem VEGF A je ranibizumab (Lucentis). Jedná se o rekombinantní, humanizovanou, monoklonální protilátku o velikosti 48 kDa zaměřenou proti všem izotopům VEGF A. Díky odstranění původní Fc části protilátky má sníženou imunogenicitu. Svou vazbou na molekulu VEGF A brání ranibizumab účinku VEGF na receptory endotelových buněk CNV, čímž zamezuje jejich růst. Malá velikost molekuly umožňuje po intravitreální aplikaci jeho snadnou dostupnost přes sítnici k cílové CNV. Další výhodou je krátký plazmatický poločas ranibizumabu, který vede k rychlému odbourávání látky z organismu. Řada klinických studií prokázala účinnost ranibizumabu v léčbě všech typů vlhké formy VPMD při pravidelném měsíčním podávání i při podávání podle vývoje zrakové ostrosti a klinického nálezu.

Další látkou schválenou pro léčbu vlhké formy VPMD je aflibercept (Eylea), rekombinantní fúzní protein, který se skládá z částí receptorů VEGF 1 a 2 a Fc porce IgG1. Po intravitreálním podání působí svými receptory jako návnada pro VEGF A a placentární růstový faktor a tím zamezuje jejich působení na receptory endotelových buněk sítnicových a choroidálních cév. Jeho účinnost byla prokázána při intravitreálním podávání jednou za dva měsíce po třech úvodních nasycovacích měsíčních aplikacích. Jinou možností léčby vlhké formy VPMD je intravitreální aplikace bevacizumabu (Avastin), rekombinantní, humanizované, monoklonální protilátky IgG1 velikosti 149 kDa zaměřené proti VEGF A.

Ta byla v roce 2004 v USA schválena Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) pro léčbu metastáz kolorektálního karcinomu. Mechanismus účinku bevacizumabu je inhibice VEGF a vzhledem k jeho prokázané účinnosti na růst CNV je od roku 2005 používán u pacientů s neovaskulární formou VPMD, přestože se jedná o off-label užití. Důvodem pro jeho použití je výrazně nižší cena ve srovnání se stejně efektivním ranibizumabem. V případě malých, extrafoveálních CNV lze použít koagulační laserem, při které je tepelně ošetřena celá CNV. Její efekt byl prokázán studií Macular Photocoagulation Study.

Závěr

Na základě dosud známých poznatků lze doporučit léčebný postup u pacientů s VPMD, který z větší části vychází z dohody evropských sítnicových specialistů. Suchou formu VPMD lze ovlivnit profylaktickou farmakoterapií antioxidanty. Rheoferázu lze doporučit jako možnost zábrany progresu suché formy VPMD s převahou měkkých drúz v makule ve formu vlhkou. Pro léčbu všech typů vlhké formy VPMD jsou doporučovány blokátory VEGF A. Pokud CNV nedosahuje k centru místa nejostřejšího vidění, lze zvážit přímou destrukci patologické léze koagulačním laserem. S novými léčebnými možnostmi se daří zvratit nepříznivou prognózu tohoto zrak ohrožujícího onemocnění a většinu nemocných zachovat vidění či alespoň výrazně zbrzdít ztrátu zraku.

doc. MUDr. Jan Studnička, Ph.D.

Oční klinika LF UK a FN Hradec Králové

Ocenění čeští vědci přesně popsali diagnostiku PNH

Nejlepší publikací roku 2013/2014 v časopise *Clinical Cytometry* se stal článek českých lékařů z Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHKT) popisující přesnou diagnostiku paroxysmální noční hemoglobinurie (PNH).

Oceněný vědecký tým pod vedením MUDr. Iurii Marinova, CSc., který řídí laboratoř průtokové cytometrie ÚHKT, popsal na základě mezinárodní studie postup, díky němuž je možné tuto vzácnou chorobu krvetvorby odhalit. „PNH je natolik vzácné onemocnění, že zkušenost s jeho diagnostikou chybí i na specializovaných pracovištích. Donedávna zcela chyběla i klinicky validovaná

metoda, a právě proto je popsán nový postup především pro pacienty velkým krokem vpřed,“ říká MUDr. Marinov. PNH každým rokem postihuje asi 5 lidí z milionu, v České republice jí trpí okolo 60 pacientů. „Neléčená PNH má špatnou prognózu. U nemocných dochází k rozpadu červených krvinek, což má za následek bolesti břicha, únavu, dušnost, vznik krevních sraženin a nakonec i selhání jater, ledvin

či dalších orgánů,“ popisuje Iuri Marinov. Pacienti, kteří včas dostanou potřebnou péči, však mohou žít běžným životem. Terapie paroxysmální noční hemoglobinurie však patří k těm nejdražším, u jednoho nemocného vyjde na přibližně 7 milionů korun ročně. Léčba spočívá v podávání monoklonální protilátky proti složce C5 komplementového systému.

(Zdroj: ÚHKT)

(kha)

Roste počet pacientů s ca prostaty, klesá jejich věk

Národní onkologický registr (NOR) uveřejnil údaje, podle nichž se v České republice mezi lety 2005 a 2011 výrazně zvýšil počet pacientů se zhoubným nádorem prostaty.

Zatímco v roce 2005 bylo podle NOR hlášeno 4 964 nově diagnostikovaných, v roce 2011 registr eviduje 6 965. Navíc došlo k posunu věkové struktury pacientů směrem k mladším ročníkům. Mírně v tomto období poklesl počet mužů, kteří karcinomu prostaty podlehlí – v roce 2011 jich bylo o 4,85 % méně než v roce 2005.

Včasný záchyt díky prevenci

Před 9 lety žilo v České republice 20 642 mužů, kteří prodělali rakovinu prostaty, v roce 2011 byl jejich počet téměř dvojnásobný (39 866). Nárůst nově diagnostikovaných je podle přednosti Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Marka Babjuka, CSc., odrazem rozšíření vyšetření hladiny krevního prostatického specifického an-

tigenu (PSA) v rámci preventivních prohlídek. „Díky tomu se v mnoha případech daří karcinomu prostaty zachytit v časném klinickém stadiu, kdy je onemocnění zpravidla velmi dobře léčitelné,“ upozorňuje prof. Babjuk a zdůrazňuje, že právě preventivní vyšetření je dnes nejúčinnější cestou jak pravděpodobnost úspěchu léčby zvýšit.

Jak vyplývá z údajů NOR, snižuje se průměrný věk nově diagnostikovaných pacientů. Zatímco mezi lety 1992 a 1996 bylo nemocných mladších 70 let pouze 35 % a věkový průměr pacientů dosahoval 73 let, již v letech 2007–2011 tvořil podíl nemocných pod 70 let věku již 53 % a průměrně bylo pacientům 69 let. Riziko zhoubného karcinomu prostaty významně roste po 50. roce života, nejvíce pacientů je diagnostikováno kolem 70. roku věku. (kha)

Bevacizumab v nové indikaci

Evropská unie schválila použití bevacizumabu v kombinaci s chemoterapií v léčbě žen s rekurentním ovariálním karcinomem rezistentním k platině.

Evropská komise rozhodla na základě výsledků fáze III studie AURELIA, do níž bylo zařazeno 361 žen s rekurentním, platina-rezistentním ovariálním karcinomem léčených buď chemoterapií, nebo bevacizumabem (Avastin) v kombinaci s chemoterapií (paclitaxel, topotekan nebo pegylovaný liposomální doxorubicin). Výsledky ukázaly, že přidání bevacizumabu k chemoterapii přineslo klinicky významné, téměř dvojnásobně prodloužené přežití bez progresu z 3,4 na 6,7 měsíce (poměr rizik = 0,38; $p < 0,0001$). Medián celkového přežití dosáhl 16,6 měsíce oproti 13,3 měsíce u žen léčených pouze chemoterapií (poměr rizik = 0,87; $p = 0,27$). Četnost zmenšení nádoru u žen lé-

čených bevacizumabem v kombinaci s chemoterapií byla signifikantně vyšší ve srovnání s ženami léčenými samotnou chemoterapií (28,2 % vs. 12,5 %; $p = 0,0007$). Nové schválení umožní použití bevacizumabu v kombinaci s chemoterapií v léčbě žen s rekurentním, k platině rezistentním, epitelálním nádorem vaječníků či vejcovodů, nebo primárně peritoneálním nádorem, které nebyly dříve léčeny více než 2 chemoterapeutickými režimy a nedostávaly během předchozí léčby bevacizumab, jiný inhibitor vaskulárního endotelálního růstového faktoru (VEGF) anebo léky cílené na receptor VEGF.

(Zdroj: Roche)

(red)

Postgraduální školení v obezitologii

Školení se bude konat ve dnech 3.–7. 11. 2014 v Endokrinologickém ústavu v Praze.

Kontakt: Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Národní 8, 116 94 Praha 1, tel.: 224 905 350, fax: 224 905 105. Přihlášky a bližší informace na adrese: vraisova@endo.cz

Zodpovědní pořadatelé: doc. MUDr. Marie Kunešová, CSc., doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc.

Školení je organizováno pod záštitou České obezitologické společnosti ČLS JEP, je akreditováno ČLK a je podpořeno Českou technologickou platformou pro potraviny. (red)

Letovice Care 2014

Již popáté se na pozvání pořadatelů – Petřivalského nadace, Nemocnice Milosrdných bratří Letovice, koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP a zahraniční nadace Fondazione Rosa Gallo – sešli v Letovicích lékaři a sestry z České republiky i ze zahraničí na dvoudenním kongresu s mezinárodní účastí „Letovice Care“.

Akce pod záštitou hejtmanky Jihomoravského kraje MUDr. Michala Haška byla rozdělena na všeobecnou a odbornou chirurgickou část.

Mezinárodní výměna zkušeností

Jednání chirurgické sekce zahájil doc. MUDr. David Kachlík, Ph.D., z Ústavu anatomie 3. LF UK. Ve svém sdělení se soustředil na perianální píštěle a jejich možné anatomické souvislosti. Znovu všem ukázal, jak je pro klinickou praxi důležitá detailní anatomická znalost.

Doktor Črt Jamšek ze slovinské Lublaně informoval o 15letých zkušenostech privátní kliniky IATROS. Rozbor se týkal účtyhodných 803 operací. Zdůraznil, že správné ošetření periproktálního abscesu významně snižuje incidenci periproktálních píštěl.

Téma transanálních endoskopických operací pro nádory aborálního rekta představil prof. Žilvinas Saladžinskas z litevského Kaunasu. Uvedl výborné zkušenosti s odstraněním benigních polypů a zmínil se rovněž o indikacích u počínajících stadií maligních nádorů. Tato metoda má v éře minimálně invazivních výkonů svoje pevné místo. Pokračoval sdělením o metodě léčby anální inkontinence pomocí injekcí autologního tuky. Metoda je levná, při správné indikaci efektivní a navíc s minimálním počtem komplikací.

Prof. Zoran Radovanović z Nového Sadu se podělil o zkušenosti s léčbou obrovského perianálního nádoru, nazvaného po Buschkem

a Löwensteinovi. Ačkoli od první zprávy o tomto nádoru uplynulo již 89 let, stále není dořešena optimální léčba (radikální excize, kryochirurgie, podofylin, bleomycin, interferon a další). Výsledky zajímavého výzkumu zaměřeného na rizikové faktory metastazování nádorů rekta do spádových uzlin představil dr. Gianmarco Ghezzi z Verony, který pod vedením prof. Giangaetana Delaliniho provedl multicentrickou studii 220 pacientů ze 7 klinických center v Itálii. Jejich práce sice ještě není uzavřena, ale zdá se, že pomocí 5 faktorů je možno modifikovat léčbu časných stadií rektálních nádorů.

Různé přístupy v léčbě hemoroidů

Dr. Sergej Podprijatov z Kyjeva porovnával výsledky klasické resekce hemoroidů s metodou „sváření“ tkání přístrojem, který je ukrajinským vynálezem. S jeho pomocí je možné provést spojování tepen a dalších tkání. Uvedl zkušenosti s operacemi u 62 pacientů s hemoroidy III. a IV. stupně. V dalším vystoupení se dr. Podprijatov zabýval botulotoxinovým testem před proktologickými operacemi. Botulotoxin odstraňuje podle autora riziko poranění sfinkteru v narkóze tím, že zruší spasmus svěračové manžety. Tento zajímavý nápad si ještě vyžádá další klinické zhodnocení.

Sdělení doc. MUDr. Augustína Prochotského, CSc., z II. chirurgické kliniky LF UK a UN Bratislava přednesl doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc. Prezentace se zabý-

vala rozbohem indikací k akutním operacím u komplikovaných hemoroidů. Autor dává přednost operacím elektivním. Akutní operace indikuje velmi uvážlivě a zřídkka. Na možnosti užití laserové terapie v léčbě hemoroidů se zaměřil doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc., z proktologické ambulance Kosmonosy. Pozitivně hodnotil především dopplerem navigovanou evaporaci hemoroidálních uzlů. Laser je sice v chirurgii hemoroidů užíván již 41 let, ale teprve s nástupem dopplerovské navigace zaznamenal značný rozvoj. Ve svém dalším vystoupení pak připomněl klasickou Hippokratovu liguaturu v modifikaci dr. Bureše v léčbě periproktálních píštěl. Tato metoda, jako jedna z mnoha, dokazuje, jak obtížné je i v dnešní době téměř neomezených možnostech, léčení periproktálních píštěl.

Proktologie v praxi

Program v anglickém jazyce pokračoval sdělením MUDr. Vítězslava Ducháče z Chirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV Praha o možnosti léčby fekální inkontinence pomocí sítky, která podpoří puborektální svalovou smyčku. V diskusi pak zaznělo, že jde o zajímavou, neotřelou myšlenku, ale čeká ji dlouhá cesta k ověření dlouhodobých výsledků.

Přehledná přednáška předsedy koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Jiřího Hocha, CSc., pojednávala o obtížné léčitelné nemoci hydrosadenitis perianalis. Správná diagnóza, radikální operace a pečlivé sledování pacienta mohou přinést kžýzený výsledek. Autor sdělení rovněž zmínil možnost biologické léčby a nutnost spolupráce s plastickými chirurgy u pokročilých onemocnění.

Anorektální manometrií se zabýval MUDr. Jiří Dolina, Ph.D., z FN Brno. Zmínil indikace ANRM, které lze zjednodušeně uvést: inkontinence stolice, dysynergie svaloviny pánevního dna, obstipace a dále funkční poruchy anorekta a vyšetření před rušením stomíí. Doktor Tomáš Bár z Nemocnice Vsetín se podělil o zkušenosti s plastikou defektu po exstirpaci pilonidálního sinu pomocí Lim-



Pohled do sálu

| Foto: archiv pořadatelů

bergova štěpu, kterou provedl u 22 pacientů. Recidiva byla pozorována pouze v jednom případě a potvrdil se známý postulat: správná indikace a přesné provedení metody vede k výborným výsledkům.

Novinky a výhledy v proktologii

S atraktivní přednáškou vystoupil přednosta Chirurgické kliniky FN Nitra doc. MUDr. Jozef Korček, Ph.D., který mluvil na téma iatrogení poranění konečníku a cizí tělesa v něm. Podle jeho slov jsou iatrogení léze po porodech a po proktologických operacích dostatečně zmapované. Pozornost zaujala sbírka 155 předmětů odstraněných z anorekta na nitranském pracovišti za posledních 25 let. Na snímcích z rentgenové dokumentace defilovaly nejbizarnější předměty roztočivých tvarů a velikostí.

MUDr. Tomáš Dušek z Poradny pro kolorektální chirurgii FN Hradec Králové informoval o Proktopexu, což je nová souprava k operaci hemoroidů bez ultrazvukové dopplerovské navigace. Pomocí operačního anoskopu je naložen pokračující steh na predilekční místa výskytu hemoroidálních uzlů. Výhodou je minimální pooperační bolest a rychlý návrat k běžným aktivitám pacienta. Další novinku představil MUDr. Ondřej Malý z Chirurgické kliniky FN Hradec Králové. Popsal zkušenosti s Dilagentem v léčbě análních fissur. Jedná se o silikonový balonek, který se po zavedení do análního kanálu válcovitě rozšiřuje. Pacient si může dávkovat dilataci až do pocitu bolesti, což je hlavní výhodou konzervativní léčby oproti Dilatanu.

Dalším příspěvkem z italské Verony bylo sdělení doktora Daniele Corony o perspektivách léčby anální inkontinence. Zdůraznil význam inkontinence stolice na snížení kvality života pacientů. Upozornil na nutnost léčby krok

za krokem. Jak autor řekl, výborné zkušenosti mají s injekcí autologního tuky v mikronizované formě do oblasti defektu svěrače.

Přednáška MUDr. Beaty Hemmelové z Chirurgické kliniky LF MU a FN Brno se podrobně zabývala transrektální sonografií. Podtrhla význam TRUS pro předoperační diagnostiku perianálních patologií. Je schopna posoudit morfolologii stěny anorekta, přispět ke stagingu anorektálních nádorů a v poslední době stále častěji k upřesnění diagnostiky dalších onemocnění (píštěle, abscesy, léze svěračů).

Plicní infekce ve stáří

„Záněty dýchacích cest patří mezi nejčastější onemocnění člověka a jsou jednou z největších sociálně ekonomických zátěží. Přirozeným projevem stáří jsou také změny imunitního systému. Senior je tedy náchylnější k respiračním infekcím, především pneumonii. Závažnost respirační infekce se zvyšuje při polymorbiditě pro seniorský věk typické a při snížení reparačních schopností stárnoucího organismu. Řada epidemiologických studií prokázala, že stáří se podobá dětskému věku s nezralým imunitním systémem. Nejčastější výskyt pneumonií je do 4 let věku a dále pak stoupá po 65. roce života,“ uvedla MUDr. Anna Hrazdírová z Kliniky nemocí plicních a TBC LF MU a FN Brno. Jak řekla dále, nejčastějším zánětem je pneumonie komunitní (Community Acquired Pneumonia, CAP), získaná mimo nemocniční prostředí. Jde o nález čerstvé infiltrace na skiagramu hrudníku a současně o přítomnost nejméně dvou příznaků zánětu dolních dýchacích cest, jako jsou kašel, febrilie, expektorace, dušnost či bolest na hrudi. Pokud dojde k zánětu do 48 hodin pobytu v nemocnici, lze jej ještě považovat za komunitní. Nozokomiální pneumonie vázané na hospitali-



Místostarosta Letovic Ing. Jiří Palbucha, premiér Bohuslav Sobotka a docent Tomáš Skříčka | Foto: archiv pořadatelů

zaci vznikají po 48 hodinách a mohou se projevit až 10 dní po návratu z nemocnice. Vyvolávajícími agens CAP jsou především virus chřipky, adenovirus, RS-virus, rhinoviry, typické bakterie (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *S. aureus*), G- bakterie (*K. pneumoniae*, *E. coli*, *P. aeruginosa*), výjimečně anaerobní mikroorganismy a atypické bakterie (*Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *C. psittaci*). Obecně lze konstatovat, že spektrum patogenů se během lidského života příliš nemění, existují jen rozdíly v jejich relativním zastoupení. Zatímco v dětství jsou nejčastější pneumonie vyvolané viry, ve stáří přibývá gram-negativních enterobakterií, *L. pneumophila*, *S. aureus* a anaerobních bakterií. Specifickou problematikou je tzv. pneumonie v zařízení sociální péče, uvedla prof. Hrazdírová závěrem. U těchto pacientů je častější nálezy penicilin-rezistentních pneumokoků, ale i mikrobů rezistentních vůči makrolidům nebo fluorochinolonům.

Orální zdraví a kognitivní poruchy

Prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc., z Kliniky interní, geriatrie a praktického lékařství LF MU a FN Brno v úvodu své přednášky konstatovala, že s naplňováním demografických prognóz se bude zvyšovat i počet nemocných s kognitivní poruchou, a upřesnila, že v populaci 80letých je možno očekávat poruchy paměti u 20–25 % jedinců.

„Současný přístup naší medicíny k demenci u seniorů lze nazvat ve většině případů spíše pasivním pozorováním. Studie provedená naším pracovištěm v okresech jižní Moravy ukazuje výskyt demence odpovídající literárním údajům, ale diagnostikováno a léčeno je pouze 10 % těchto nemocných,“

uvedla. „Zároveň se objevují nová fakta osvětující postupně příčiny vzniku kognitivních poruch a tím také možnosti jejich prevence. K těmto oblastem nově poznávaných souvislostí náleží i vzájemný vztah kognitivních poruch a orálního zdraví. Zánět parodontu, obvykle chronický a dlouhodobý, znamená i celkově zvýšenou zánětlivou aktivitu v celém organismu jako jeden z faktorů urychlujících rozvoj aterosklerózy a zároveň zvyšující i pohotovost hyperkoagulační s rizikem mikroembolizací a vznikem lakunárního stavu jako strukturálního korelátu vaskulární demence. Postupná ztráta dentice vede ke snížení kvality přijímané stravy – snížení příjmu kvalitních bílkovin a posun ke stravě spíše sacharidové,“ varovala prof. Matějovská Kubešová.

Vysvětlila dále, že rozvoj kognitivních poruch obvykle vede k výraznému zhoršení péče o dutinu ústní s dalším urychlením ztráty dentice a že vzájemná negativní korelace úbytku dentice a intenzity kognitivních poruch byla také již opakovaně prokázána, a to i při adjustaci pro věk. V pokročilých fázích demence, kdy se postupně rozvíjí i poruchy polykání, je orofaryngeální flóra opakovaně aspirována a stává se významným patogenem opakovaných aspiračních pneumonií, přičemž každá prodělaná pneumonie znamená další poškození mozkové buňky ať již septickým stavem pravidelné pneumonie provázejícím či přechodnou hypoxií vyvolanou zánětlivou infiltrací plicního parenchymu. Péče o orální zdraví seniorské populace by se měla v blízké budoucnosti dostat do centra pozornosti nejen stomatologů, ale i ostatních lékařských oborů.

Nitrohrušní lymfomy

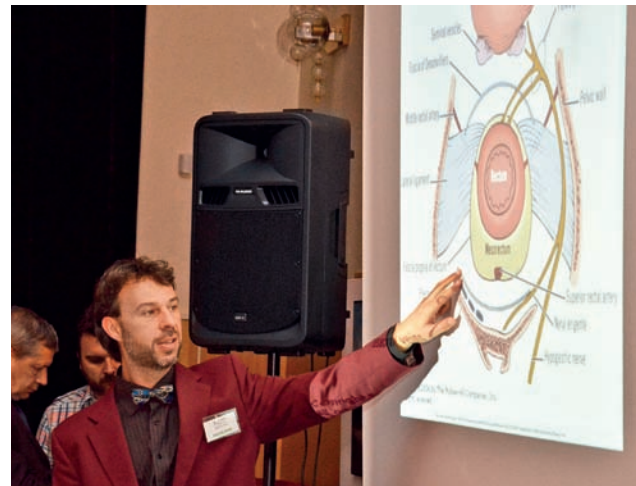
MUDr. Ivo Hanke, Ph.D., z Chirurgické kliniky LF MU a FN Br-

no v úvodu přednášky řekl, že podíl chirurga na komplexní léčbě nitrohrušních lymfomů je okrajový a spočívá především v léčbě případných komplikací. „Relativně významný je naopak podíl na diagnostice, protože získání reprezentativního vzorku tkáně, ze kterého je možné stanovit přesný typ lymfomu, je základním požadavkem pro včasné zahájení specifické systémové protinádorové léčby,“ upozornil.

Autor se pak podělil o zkušenosti se získáváním vzorků uzlin a nádorové tkáně, jeho principech a zvláštěnostech, které nabyli spoluprací s významným centrem léčby lymfomů v ČR během dvacetiletého období. Specifická potřeba možnosti zhodnotit strukturální přestavbu lymfatické tkáně a infiltraci různými formami lymfocytů klade na odběr provádějícího chirurga požadavek odebrat celou, mechanicky nepoškozenou uzlinu či část nádorové masy se zachycením především germinativní části infiltrátu. Odběr je často nutno provést ve stavu, kdy jsou značně rozvinuté projevy blokady žilního návratu, tedy syndromu horní duté žíly, a současně různě rozvinuté koagulopatie. Odběr je v těchto případech prováděn thorakoskopicky, protože tímto přístupem je získána velmi dobrá anatomická orientace a je možné nejlépe kontrolovat případné krvácení.

Rodi se „bdící“ éra hrudní chirurgie

Současný vývoj v hrudní chirurgii byl hlavním tématem přednášky doc. MUDr. Teodora Horvátha, CSc., z Chirurgické kliniky LF MU a FN Brno. Jak uvedl, v tomto oboru lze pozorovat nový trend odpovídající na výzvu stálého růstu. Jsou to thorakoskopické intervence u bdících neintubovaných pacientů neboli nonitubační thorakoskopická operativa zahr-



Doc. David Kachlík | Foto: archiv pořadatelů

nující hrudní epidurální anestezii T4-TS, blokádu *n. vagus* a cílelou sedací (jak plyne z podkladů databáze Medline). Jak řekl dále, průkopníci jsou následováni vyspělými skupinami, jež hledají své vlastní cesty, a uvedl několik příkladů. „Římští odborníci z univerzity Tor Vergata zahájili akci na startu třetího milénia zjištěním, že nonintubovaná, dobře tolerovaná procedura u bdícího pacienta má stejné praktické výsledky s pozoruhodně nižšími náklady. Vyspělá čínská chirurgie a anestezie na Tchajwanu přinesla ve věci opravdovou revoluci stovkami provedených výkonů. Saúdskoarabská lékařská škola přispěla zdůrazněním efektu blokady ganglion stellatum na tlumení kašlacího reflexu, irské a kalifornské centrum zdůrazňují pokrok ze zorného úhlu onkologie. Rodí se nová, bdící, éra hrudní chirurgie,“ uvedl docent Horváth závěrem.

Srovnání výsledků operačních metod

Přehled operačních a ambulantních výkonů pro hemoroidální nemoc a vlastní zkušenosti s nimi představil MUDr. Julius Őr-

halmi z Chirurgické kliniky FN Hradec Králové. Ve svém sdělení prezentoval indikace pro jednotlivé metody a jejich výhody, nevýhody, ekonomickou náročnost a délku rekonvalescence. Představil výsledky prospektivně sbíraných dat operačních metod v období od roku 2003 do roku 2014 z Vítkovické nemocnice a FN Hradec Králové. Konstatoval, že ve sledovaném období bylo operováno 688 pacientů. Jednalo se o klasickou hemoroidektomií dle Fergusona a dle Milligan-Morgana, Longovu operaci, transanální hemoroidální dearterializaci, laserovou hemoroidoplastiku a operaci pomocí Proctopexu. Podal srovnání jednotlivých metod a vyhodnotil je podle délky hospitalizace, pooperační morbiditativy a návratu k běžným aktivitám. „Lze shrnout, že čím méně invazivní výkon je proveden, tím je nižší bolestivost, kratší hospitalizace a je rychlejší návrat k běžným aktivitám. Bohužel žádná z novějších metod není hrazena zdravotní pojišťovnou a pacient je nucen si zákrok platit sám,“ uzavřel doktor Őrhalmi.

Markéta Mikšová

KOMERČNÍ PREZENTACE

U dětí s diabetem bude díky VZP nově možné lépe zvládat jejich onemocnění

Dětští klienti VZP, kteří kvůli diabetu 1. typu využívají inzulinovou pumpu, budou mít od září k dispozici sedmkrát více senzorů pro kontinuální sledování glykemie, než tomu bylo doposud. To umožní výrazně lépe zvládat jejich onemocnění. Větší množství senzorů bude VZP dětem hradit nad rámec zákona.

Díky využití senzoru pro kontinuální monitoraci glykemie může lékař u pacienta sledovat výkyvy hladiny krevního cukru během dne. Senzor má nemocný týden v podkoží, odkud ho poté lékař vyjme a s pomocí počítače vyhodnotí. Podle výsledku nastaví, resp. upraví léčbu tak, aby byla optimální. Doposud měli pacienti nárok na

úhradu 4 senzorů ročně. Týden sledování a optimalizace léčby se tedy mohly opakovat jednou za čtvrt roku. Díky novince, kterou VZP zavádí k 1. září, bude možné u dětských pacientů sledovat a upravovat léčbu každé dva týdny. „Právě u dětských pacientů leckdy hladina krevního cukru během dne bez zjevných příčin vý-

razně kolísá a mnohdy není možné tyto výkyvy předvídat. Proto jsou děti ideálními kandidáty pro tento typ monitorace,“ vysvětlil předseda Diabetické asociace ČR prof. Milan Kvapil. U dětí a dospívajících je totiž jejich stav více než u dospělých ovlivněn nepravidelným režimem, růstem či psychologickými a sociálními vlivy.

Stále mladší pacienti

Kontinuální monitoraci glykemie mohou lékaři s odborností diabetologie či endokrinologie indikovat dětem do 18 let užívajícím inzulinovou pumpu při dodržení základních kritérií. Mezi ta patří diabetes 1. typu, často se opakující hypoglykemie či výrazné kolísání glykemie a pod-

mínkou je i dobrá spolupráce s lékařem.

V současné době je v celé České republice přibližně tisíc dětí mladších 18 let, které odpovídají uvedeným indikačním kritériím. Z toho 623 jich je přímo mezi klienty nejsilnější české zdravotní pojišťovny. Počet dětí s diabetem se v České republice v posledních letech blíží hranici tří tisíc. To je více než dvojnásobek stavu v roce 1990. Cukrovka se navíc u dětí projevuje ve stále nižším věku. Lepší zvládnutí nemoci v dětském věku se tak stává jedním z hlavních úkolů současné diabetologie.

ODBORNÉ AKCE

Neurologická onemocnění stále podceňována

Neuropsychiatrická problematika se musí stát prioritou evropské zdravotní politiky, vyzvali odbornou a politickou veřejnost experti Společného evropského neurologického kongresu ENS/EFNS, který proběhl na přelomu května a června v tureckém Istanbulu.

Na kongresu, věnovaném současným trendům neurologického výzkumu a léčby, zaznělo přibližně 120 příspěvků a prezentováno bylo více než 1 800 abstrakt. Kongres pořádala Evropská federace neurologických společností (EFNS) spolu s Evropskou neurologickou společností (ENS). Cílem spojení těchto dvou subjektů je vytvoření nové Evropské akademie neurologie (EAN).

Kolik stojí neurologická onemocnění

Přes 220 milionů Evropanů trpí některým onemocněním nervového systému. Neuropsychiatrické choroby stojí evropskou ekonomiku více než kardiologická a onkologická onemocnění dohromady. Nejčastějším neurologickým problémem jsou bolesti hlavy, které v Evropě trápí 150 milionů lidí, následují poruchy spánku (45 mil.), cévní mozkové příhody (8 mil.) a demence (6 mil.). Tato onemocnění představují obrovskou zátěž nejen pro samotné pacienty, ale také pro jejich okolí, společnost a zdravotní systém. „Rok 2014 byl vyhlášen Evropským rokem mozku. Uvědomujeme si, že je nezbytné neustále zvyšovat povědomí o neurologických onemocněních jak mezi občany, tak mezi politiky,“ konstatoval na kongresu prof. Gustav Moonen z Lutyšské univerzity v Belgii. Neurologická onemocnění stojí ročně Evropu 336 miliard eur. Přibližně třetina výdajů je spojena s nepřímými náklady souvisejícími s léčbou těchto chorob. Jednou z nejnákladnějších chorob je demence, která si vyžádá ročně přes 100 miliard eur. „Alzheimerova choroba, ale také Parkinsonova choroba nebo cévní mozkové příhody jsou onemocněním vyskytující se nejvíce ve stáří. S prodloužením věku jejich výskyt strmě stoupá,“ upozornil prof. Jacques L. De Reuck z Univerzity kliniky v belgickém Gentu. Současně vyzdvihl pozitivní fakt, že neurologie se postupně mění z diagnosticky orientované disciplíny na terapeutickou.



Prof. Aksel Siva

| Foto: archiv pořadatelů

Časná detekce Alzheimerovy choroby

V evropské populaci žije 6 milionů lidí s demencí. Z toho 60–80 % připadá na Alzheimerovu chorobu. „Naše očekávání pokroku ve vývoji účinné léčby tohoto onemocnění zůstávají bohužel stále nenaplněna. Velký důraz je proto třeba klást na prevenci. K významnému pokroku došlo v oblasti diagnostiky demencí, zejména v souvislosti s identifikací některých biomarkerů,“ řekl prof. Philip Scheltens ze Svobodné univerzity v Amsterdamu. Díky biomarkerům je možné časně detekovat mírnou kognitivní poruchu (MCI), která představuje mezistupeň mezi normálním stárnutím a procesem vedoucím k rozvoji Alzheimerovy demence (AD). Ne u všech pacientů s MCI však dojde k rozvoji onemocnění. „Identifikace prediktorů konverze k Alzheimerově chorobě v časném stadiu neurologických změn může pomoci nasadit potenciálně efektivnější léčbu,“ vysvětlil prof. Scheltens. Slibnými diagnostickými biomarkery AD jsou například cirkulující mikroRNA, jak uvedli autoři milánské studie (Galimberti a kol.). Jiná studie, na níž participoval i prof. Scheltens, ukázala s pomocí FDG-PET (pozitronové emisní tomografie s využitím radioaktivní glukózy) na souvislost

mezi podezřelými patofyziologickými změnami netypickými pro AD (suspected non-AD pathophysiology, SNAP) a rizikem progresu Alzheimerovy nemoci. „U některých pacientů s MCI není neurodegenerativní proces provázen přítomností amyloidních depositů typických pro AD. Pomocí FDG-PET můžeme tyto rizikové pacienty odhalit,“ doplnil neurovědec.

Personalizovaná léčba RS

Také v léčbě roztroušené sklerózy (RS) sehrávají biomarkery stále významnější roli. Ačkoli tato choroba není dosud vyléčitelná kauzálně, biomarkery mohou pomoci v diagnostice, prognóze a monitorování léčby tohoto onemocnění. „Naší snahou je rozšiřovat léčebné možnosti roztroušené sklerózy, minimalizovat nežádoucí účinky léčby a zavádět personalizovanou léčbu. Využívání biomarkerů otevírá slibnou kapitolu managementu této choroby. Biomarkery umožňují neinvazivně potvrdit či vyvrátit diagnózu, predikovat průběh onemocnění a určit, kdo bude z konkrétní léčby profitovat,“ vysvětlil prof. Aksel Siva z Istanbulské univerzity v Turecku. Roztroušená skleróza postihuje 600 tisíc Evropanů a je nejčastější neurologickou příčinou invalidity mladých lidí. V rámci kongresu se jí zabývalo přes 200 abstrakt a 10 přednášek, přičemž biomarkery byly nejčastěji diskutovaným tématem. Slibnými biomarkery jsou sérový vitamin D, protilátky proti myelinu či L-selektin, jejichž roli u RS bude třeba ještě více objasnit. Čeští lékaři prezentovali na kongresu výsledky studie, která potvrdila vyšší hladiny beta-2-mikroglobulinu a interleukinu-8 u pacientů s RS. Potenciálním diagnostickým biomarkerem se může stát také sIFNAR2, stejně jako může na rozvoj RS poukazovat zvýšená přítomnost železa v mozku. „Biomarkery se využívají také k posouzení individuální odpovědi na léčbu či vyhodnoce-

ní rizika vedlejších účinků. Jde například o množství vazeb natalizumabu na mononukleární protilátky. Výsledky velké mezinárodní studie ukázaly, že sérové markery jako CD40L, Eotaxin či IL-8 mohou predikovat odpověď na léčbu interferonem-beta,“ sdělil profesor Siva. Dalšími využívanými biomarkery jsou protilátky proti JC viru, které identifikují rizikové pacienty, u nichž může v důsledku léčby natalizumabem dojít k rozvoji závažné leukoencefalopatie (PML). Výsledky řady studií sledujících bezpečnost a účinnost nově schválených látek jako teriflunomid, dimetyl fumerát či alemtuzumab byly taktéž sledovány se zaujetím. Jiné příspěvky se zaměřovaly na individualizovanou léčbu pomocí zavedených monoklonálních protilátek a výsledky studií s novými molekulami, jako je ofatumumab, ocrelizumab či daclizumab.

Non-motorické symptomy PN

U Parkinsonovy nemoci (PN) se pozornost odborníků v posledních letech upíná jak k časně detekci onemocnění, tak k neuropsychiatrickým komorbiditám, jako je deprese, spánkové poruchy či gamblerství. Jak připomenul prof. Werner Poewe z Innsbrucké lékařské univerzity v Rakousku, navzdory 20letému výzkumnému úsilí v oblasti PN stále nedokážeme toto onemocnění diagnostikovat před jeho vzplanutím. Nemoc modifikující léky či neuroprotektivní intervence aplikované v časných stádiích rozvoje by přitom mohly zpomalit progresi tohoto onemocnění účinněji než v pozdních stádiích. K dispozici jsou však již inovativní metody pro časnou diagnostiku PN. Je to například čichový test či transkraniální ultrazvukové vyšetření. Ve fázi výzkumu jsou proteomické markery PN, další studie odhalily rizikové alely pro vznik onemocnění. Na vysoký výskyt neuropsychiatrických komorbidit u pacientů s PN upozornil profesor Heinz



Prof. Werner Poewe

| Foto: archiv pořadatelů

Reichmann z Univerzity nemocnice Karla Gustava Caruse v Drážďanech. „Devadesát procent pacientů trpí ztrátou čichu, až osmdesát procent poruchami spánku, především jeho REM fáze, a polovina pacientů depresí. Z dalších poruch se objevují úzkosti, demence či patologické hráčství. Mnoho z těchto symptomů předchází motorickým symptomům Parkinsonovy nemoci. V pozdějších stádiích onemocnění se pak přidává močová inkontinence, sexuální dysfunkce, profuzní pocení, únavy, apatie i psychóza. Je opravdu nejvyšší čas začlenit nové léčebné intervence do managementu léčby tohoto onemocnění, s cílem zlepšit kvalitu života postižených pacientů,“ vyzdvihl prof. Reichmann.

Psychiatrické komorbidity epilepsie

Taktéž epilepsii provází psychiatrické komorbidity, zejména úzkost a deprese. Ačkoli se vyskytují u 60 % epileptiků, jsou stále nedostatečně diagnostikovány a léčeny. Neléčená zůstává mnohdy i samotná epilepsie, což přináší pacientům velké duševní utrpení. Ukázala to norská studie, která zkoumala kohortu 70 tisíc mužů. Zjistila, že pouze třetina z 650 subjektů trpících epilepsií užívá antiepileptické léky. Někteří pacienti navíc trpěli úzkostí, poruchou pozornosti či bipolární poruchou a v porovnání se zdravým souborem se u nich vyskytovala častěji snížená sebeúcta či sklony k násilí. Turecká studie upozornila i na společenské stigma spojené s epilepsií. Polovina jí sledovaných pacientů udávala, že tají své onemocnění před svými přáteli, 40 procent před svými partnery a kolegy v práci. Autoři vyzdvihli potřebu edukace veřejnosti i o tomto onemocnění.

MUDr. Andrea Skálová

Mimořádné opatření ministerstva zdravotnictví – Antabus

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) informoval o vydaném opatření ministerstva zdravotnictví, které se týká zákazu distribuce či vývozu léčivého přípravku Antabus mimo Českou republiku.

Opatření č. j.: MZDR 30363/2014 ze dne 23. 7. 2014 o zákazu další distribuce či vývozu mimo území ČR, které je platné do 31. 8. 2014, se týká přípravku Antabus, por. tbl. eff., 50x 400 mg. Reg. č.: 87/131/76-C, kód SÚKL: 0128705. Na základě sdělení společnosti

Actavis CZ, a. s. (Actavis Group PTC, Island, jako držitele rozhodnutí o registraci přípravku Antabus, por. tbl. eff., 50x 400 mg), o ohrožení dostupnosti uvedeného léčiva pro pacienty v ČR přistoupilo ministerstvo zdravotnictví k omezení jeho distribuce

pouze na území ČR. Tímto opatřením je sledováno zajištění léčiva pro pacienty v České republice, které nemá adekvátní náhradu a jehož distribuce v posledním období směřovala ve zvýšené míře mimo území ČR.

(Zdroj: SÚKL)



Ilustrační foto: Shutterstock

VZP dá více peněz na moderní léčbu Parkinsonovy choroby

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) navýšila částku, již vynakládá na terapii nemocných s Parkinsonovou chorobou léčených přípravkem Duodopa. VZP tak reaguje na výzvu Pacientské rady VZP.

Polovina všech pacientů s Parkinsonovou chorobou užívajících zmíněný přípravek je léčena v pražské Všeobecné fakultní nemocnici (VFN). Ta nyní od VZP dostala na terapii nemocných 3 miliony korun. „Díky navýšení částky od VZP může nyní dostat nejmodernější péči více pacientů,“ komentovala rozhodnutí pojišťovny ředitelka VFN Dana Jurásková. V loňském roce bylo k terapii Duodopou indikováno 36 nemocných,

jejich léčba prostřednictvím tohoto přípravku stála 37 milionů korun. Zástupci společnosti Parkinson požádali na červnovém jednání Pacientské rady VZP, zda by nebylo možné urychlit u indikovaných pacientů nasazování přípravku, který je poslední linií léčby a je určen pro pacienty v pokročilém stadiu nemoci. „Jsme velice rádi, že rada už má konkrétní výsledky s jasným přínosem pro nemocné,“ uvedla Ja-

na Petrenko, která jako předsedkyně Koalice pro zdraví vytvoření Pacientské rady VZP iniciovala. Celkem v loňském roce VZP zaplatila za léčbu Parkinsonovy choroby přes 395 milionů korun. Největší podíl (více než 52 %) tvořily náklady na běžně užívané léky předepisované na recept v rámci ambulantní péče. Téměř 10 % pak představovaly náklady na léčivo Duodopa.

(Zdroj: VZP)

(red)

Odbor farmacie MZ má nové vedení

Novou ředitelkou odboru farmacie na ministerstvu zdravotnictví se od 1. srpna stala PharmDr. Alena Tomášková.

Ve funkci tak nahradila Mgr. Martina Mátl, který k 31. červenci postoupil. Informaci přinesl server Apatykar.info. PharmDr. Tomášková podle serveru působí jako ředitelka společnosti Med-Service Group, s. r. o., již vlastní švýcarská firma Swiss Pharmacy Group a která provozu-

je v České republice několik lékáren. Její kariéra je spojena především s řetězcem Lékárny Lloyds, v němž do roku 2012 (kdy řetězec koupila investiční skupina Penta) působila na různých pozicích. Působila rovněž jako vedoucí lékární Nemocnice Vyškov.

(Zdroj: Apatykar.info)

(kha)

Krátce z (farma)byznysu

- Investiční fond **Hartenberg Holding**, který společně s bývalým investičním ředitelem společnosti Penta Josefem Janovem založil Andrej Babiš, koupil prostřednictvím firmy FutureLife klinické centrum ISCARE I.V.F. To se zabývá reprodukční medicínou, ale také léčbou obezity či plastickou chirurgií apod. Podle serveru motylek.com bude holding po dokončení transakce zastřešovat společnost s ročními tržbami okolo 650 milionů korun. V loňském roce založený Hartenberg Holding již letos koupil společnost Reprofit International a GynCentrum, specializující se na gynekologii a reprodukční medicínu, získal navíc podíly ve slovenských farmaceutických firmách Imunoglukan a Pleuran. Podle Josefa Janova se chce holding zaměřit především na investiční příležitosti v České republice, na Slovensku, v Polsku a Rakousku.

- Společnost **GlaxoSmithKline** (GSK) ve druhém čtvrtletí roku 2014 zaznamenala 4% pokles tržeb. Divize léků a vakcín eviduje 4% pokles příjmů. 10% procentní pokles tržeb v USA a 7% v Japonsku byl vyvážen 11% růstem na nově se rozvíjejících trzích. Tržby v oblasti volně prodávajících produktů divize Consumer Healthcare ve 2. čtvrtletí klesly o 4%, což bylo způsobeno především přerušением dodávek do USA a do Evropy. Situace se ale již zlepšuje a divize Consumer Healthcare očekává v ročním součtu vyrovnanost tržeb. Divize Viiv Healthcare, která vyrábí léky proti HIV, dosáhla 13% růstu prodeje.

- Farmaceutická společnost **Teva Pharmaceutical Industries** oznámila výsledky hospodaření za první čtvrtletí roku 2014. Celkové tržby dosáhly 5 miliard dolarů, což znamená meziroční nárůst o 2%. Non-GAAP čistý zisk meziročně vzrostl

o 4% na 1,4 miliardy dolarů, GAAP čistý zisk pak na 925 milionů dolarů. Čtvrtletní non-GAAP EPS nárůst hodnoty dosáhl 1,23 dolaru (meziroční nárůst o 3%), GAAP dosáhl 0,87 dolaru (meziroční nárůst o 18%). Objem provozního *cash flow* ve výši 1,25 miliard dolarů znamená nárůst o 43% (nezahrnuje vyrovnání vyplývající z právních závazků). Tržby z prodeje generik celkově vzrostly o 5%, na trhu v USA o 10%. Ziskovost segmentu generik se zvýšila o 41%.

- Švýcarská farmaceutická společnost **Roche** oznámila, že koupí dánskou biotechnologickou firmu **Santaris Pharma**. Cena transakce dosahuje 450 milionů dolarů (asi 9,3 miliardy korun). Roche tak podle svého vyjádření získá přístup k nové skupině přípravků určených pro dosud těžko léčitelná onemocnění. Švýcarský koncern má zaplatit 250 milionů dolarů okamžitě, zby-

tek částky závisí na splnění stanovených cílů při vývoji léčiv. Pro Roche se jedná již o druhou akvizici v krátké době – v červenci koupila za 1,73 miliardy společnost Seragon Pharmaceuticals, v červnu pak firmu Genia Technologies.

- Americký farmaceutický koncern **Pfizer** oznámil, že od společnosti **Baxter International** získal za 635 milionů dolarů portfolio očkovacích látek. Jedná se o vakcíny proti klíšťové encefalitidě a nákazám meningokokem skupiny C. Pfizer rovněž přebírá rakouský závod Orth, kde se očkovací látky vyrábějí. Transakce čeká na schválení příslušnými úřady, dokončena by mohla být do konce roku 2014.

- Farmaceutická společnost **AstraZeneca** získala práva na přípravky určené k léčbě respiračních onemocnění od svého španělského konkurenta **Almirall**. AstraZeneca

zaplatí 875 milionů dolarů, přičemž v závislosti na dosažení určených cílů ve vývoji a prodeji se cena transakce může vyšplhat až na 1,22 miliardy dolarů.

- Švédská farmaceutická společnost **Meda** oznámila, že za 2,275 miliardy eur převezme italskou rodinnou farmaceutickou firmu **Rottapharm Madaus**. Transakce ještě podléhá schválení regulačních úřadů, její dokončení se nicméně očekává do konce letošního roku.

- Americká biofarmaceutická společnost **Amgen** představila plán na restrukturalizaci, v jehož rámci do roku 2015 propustí ve Spojených státech amerických až 15% všech svých zaměstnanců (2 400–2 900 lidí). Uzavřeny budou výrobní závody ve státech Colorado a Washington, naopak na jiných místech hodlá Amgen svou pozici posilovat.

(Zdroje: ČTK, Apatykar, Teva, GSK)

(kha)

Dárcovské centrum Chodov – „první pětiletka“

DC CH

Dárcovské centrum Chodov

V září uplyne pět let, kdy v Obchodním centru Chodov zahájilo svou úspěšnou činnost Dárcovské centrum krevní plasmy Chodov (DCCH).

Mezinárodní skupina EUROPLASMA v roce 2009 otevřela po pečlivých přípravách své zatím první české plasmaferetické centrum na pražském Chodově. Vzniklo zde jedno z nejmodernějších dárcovských center plasmy pro výrobu léků a z hlediska množství dodávané plasmy i jedno z největších v Evropě. K tomu ale vedla několikaletá náročná práce celého pracovního týmu DCCH.

Vybrat správné místo, postavit a moderně vybavit pracoviště je sice velmi důležitým předpokladem, k dosažení úspěchu to ale zdaleka nestačí. Úspěšnost každého podniku a každého pracoviště mohou zajistit pouze lidé a v případě dárcovských center to platí dvojnásob – personál a dárci.

Maximálně přátelské prostředí

Začátky byly opravdu náročné a řízení rozběh postupný. Budo-

val se a školil pracovní tým, tvořila se náročná výrobní dokumentace, popisovaly technologické postupy. To vše v režimu nekompromisních pravidel řízení kvality. Každé dárcovské centrum plasmy se stává součástí národní transfúzní služby, a musí proto splňovat kritéria nejen zdravotnického zařízení, ale i přísné požadavky kladené na farmaceutické výrobce Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Po získání všech potřebných oprávnění a absolvování odborných auditů mohlo DCCH v září 2009 zahájit příjem svých dárců a odběry plasmy. Již po prvním roce svého působení, do konce roku 2010, bylo do evidence přihlášeno přes 8 tisíc dárců a bylo provedeno více než 50 tisíc odběrů.

Dárcovské centrum Chodov se prioritně zaměřilo na vytvoření maximálně přátelského prostředí pro své dárci. Vysoká odbornost lékařů a sester, jejich profesionální chování, stejně jako



úsměv, patří do standardu. Doplněno je komfortním prostředím, pestrou nabídkou nápojů a drobných dárečků a podpořeno inteligentním nevtíravým marketingem. Úspěšnost tohoto přístupu oceňují dárci svou návštěvností DCCH navzdory tomu, že se v minulých letech ne zcela příznivě změnila česká legislativa v oblasti povolené frekvence darování a finančních náhrad dárcům. Každým rokem se daří počet dárců i odběrů postupně navyšovat. Ke konci roku 2013 je v registru evidováno téměř 10 tisíc aktivních dárců a za minulý rok bylo provedeno přes 80 tisíc odběrů.

Všestranná péče o dárci

I když se získávání zájemců a nových dárců úspěšně daří, neméně důležité je jejich motivování k dlouhodobé spolupráci. Významným faktorem pro kontrolu zdraví dárců, a tím i pro bezpečnou plasmu, je totiž pravidelné darování! Opakovaná darování jsou pro zdravého dárce zcela bezpečná. Všechny látky se v plasmě doplní nejpozději do 48 hodin a nečiní to organismu žádný problém. Naopak někteří dárci plasmy mají pocit, že po odběrech se cítí vyložené lépe a dožadují se proto odběru s tím „že už ho potřebují“. Fyziologicky tyto pocity nelze vysvětlit, stejně jako informace dárců, že se jim daří lépe redukovat tělesnou hmotnost nebo že se jim snížil cholesterol či upravil krevní tlak.

Praxí potvrzenou skutečností ale je, že kvalitu zvyšují jednak přísná vstupní kritéria, ale hlavně opakovaná darování respektive vyšetření. Pokud mají lékaři k dispozici ucelenou řadu výsledků krevního obrazu, tělesných hodnot a protilátek proti infekcím, mohou po jejich pečlivém vyhodnocení neprodleně zajistit buď doplňující speciální vyšetření, či přímo kvalitní léčeni. To je pro dárci důležité zvláště v případě ohrožení infekčními nemocemi. Všestranná péče

o dárci je prioritou DCCH, která vede k bezpečné plasmě a léčivům z ní vyrobených.

Polevit nelze

Dosažené úspěchy a výsledky stály mnoho úsilí, ale polevit nelze. DCCH připravuje další zlepšování spolupráce s dárci, upravuje prostorové podmínky a modernizuje pracovní a technologické postupy. V letošním roce dárci kladně ohodnotili vstup DCCH na Facebook a také již byly zahájeny některé stavební úpravy vnitřních prostor. V první fázi proběhlo budování nové vyšetřovny a následovat budou úpravy administrativních prostor. Ve druhé fázi – snad ještě v tomto roce – bude provedena rozsáhlejší přístavba dárcovského centra, bude rozšířen odběrový sál, ale hlavně se zvětší zpracovatelské, skladové a sociální zázemí. Aktuálně se dokončuje projekt instalace nových, kapacitně výkonnějších a spolehlivějších zmrazovačů plasmy a současně bude zvětšen i komorový mrazicí box na uskladnění plasmy.

Tímto nejsou plány DCCH a skupiny EUROPLASMA v České republice zdaleka vyčerpány, ale nechme se všichni překvapit, co dalšího budoucnost přinese.



PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrové řízení

Primář/primářka

**ŘEDITELKA
MĚSTSKÉ NEMOCNICE HOŘICE**
vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení pracovního místa:

■ primář / primářka LDN MĚN Hořice

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- min. 10 let praxe,
- velmi dobré organizační, řídicí a manažerské dovednosti,
- dobré komunikační a prezentační schopnosti,
- zdravotní způsobilost,
- morální a občanská bezúhonnost.

Příhlaška musí obsahovat:

- strukturovaný profesní životopis,
- vyplněný osobní dotazník SEFT č. 30-1029,
- ověřené doklady o dosaženém vzdělání,
- specializovaná způsobilost v interním oboru, všeobecném praktickém lékařství, chirurgii, atestace z geriatry výhodou,
- licenci ČLK pro výkon primáře,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 90 dnů),
- osvědčení dle § 4 zákona č. 451/1991 Sb.,
- souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení dle zákona č. 101/2000 Sb.

Písemné přihlášky s profesním životopisem, motivačním

dopisem a návrhem koncepce vedení LDN (v max. rozsahu 3 str. formátu A4), výpisem z rejstříku trestů a doklady o dosaženém vzdělání posílejte do 15. 9. 2014 na adresu: Městská nemocnice Hořice, Riegrova 655, 508 01 Hořice, s označením „Výběrové řízení primář/ka LDN“.

M141001191

Hlavní sestra

**ŘEDITELKA
MĚSTSKÉ NEMOCNICE HOŘICE**
vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení pracovního místa:

■ hlavní sestra MĚN Hořice

Kvalifikační požadavky:

- VŠ v oboru ošetrovatelství,
- odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra bez odborného dohledu,
- min. 5 let praxe ve vedoucí funkci,
- velmi dobré organizační, řídicí a manažerské dovednosti,
- dobré komunikační a prezentační schopnosti,
- znalost legislativy ve zdravotnictví a sociální sféře,
- schopnost koordinace týmové práce,
- samostatnost a vysoké pracovní nasazení,
- orientace v ekonomice zdravotnictví,
- morální a občanská bezúhonnost.

Příhlaška musí obsahovat:

- strukturovaný profesní životopis,
- vyplněný osobní dotazník SEFT č. 30-1029,
- ověřené kopie dokladů o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- návrh koncepce rozvoje a řízení,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 90 dnů),
- souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení dle zákona č. 101/2000 Sb.

Písemné přihlášky posílejte do 15. 9. 2014 na adresu: Městská nemocnice Hořice, Riegrova 655, 508 01 Hořice, s označením „Výběrové řízení hlavní sestra MĚN“.

Předpokládaný termín nástupu dle dohody, nejdéle 1. 1. 2015.

M141001209

Všeobecná sestra

**POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**
vypisuje výběrové řízení
na pozici:

■ všeobecná sestra

Požadujeme:

- SŠ nebo VŠ vzdělání,
- registrace k výkonu zdravotnického povolání bez dohledu, dle zák. 96/2006 Sb., nutná,
- bezúhonnost dle § 79 odst. 2 a odst. 3 věty první až třetí,
- dobrý zdravotní stav,
- spolupráci s odbornými lékaři,
- znalost problematiky cílové skupiny DA,
- empatii, schopnost komunikace s klienty s demencí, iniciativnost, samostatnost, organizační schopnosti, chuť dále se vzdělávat.

Nabízíme:

- zázemí stabilní společnosti,
- příjemné pracovní prostředí,
- lokalitu Roztoky u Prahy,
- dobré platové podmínky,
- třisměnný provoz,
- možnost dalšího vzdělávání,
- stravování na pracovišti.

Profesní životopis a motivační dopis zasílejte emailem na adresu:

petra.bradacova@domovalzheimer.cz;
do předmětu uveďte „Roztoky“;
tel.: 220 514 078.

M141001179

Ošetrovatel v sociálních službách

**POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**
vypisuje výběrové řízení
na pozici:

■ ošetrovatel v sociálních službách

Požadujeme:

- základní nebo SŠ vzdělání,
- výhodou je „Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách“ (dle právního předpisu 45), dle § 110,
- odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách,
- bezúhonnost,
- praxe v sociálních službách výhodou,
- empatii, schopnost komunikace s klienty s demencí, samostatnost, chuť se dále vzdělávat.

Nabízíme:

- zázemí stabilní společnosti,
- příjemné pracovní prostředí,
- lokalitu Roztoky u Prahy,
- dobré platové podmínky,
- třisměnný provoz,
- možnost dalšího vzdělávání,
- stravování.

Profesní životopis a motivační dopis zasílejte emailem na adresu: petra.bradacova@domovalzheimer.cz;
do předmětu uveďte „Roztoky“;
tel.: 220 514 078.

M141001179

Volná místa

Fyzioterapeuté

**OBLASTNÍ NEMOCNICE
NÁCHOD, A. S.,
hledá:**

■ fyzioterapeuty pro Oddělení akutní lůžkové rehabilitace i Ambulantní rehabilitace – Nemocnice Náchod a Rychnov nad Kněžnou

Nabízíme:

- nadprůměrné mzdové ohodnocení včetně výkonnostního příplatku,
- zaměstnanecké benefity,
- výraznou podporu vzdělávání,
- možnost ubytování,
- vhodné i pro absolventy,
- nástup možný ihned.

Kontaktujte nás na adrese:
holub.lukas@nemocnicenachod.cz

M141000962

Více pozic

LITOMYŠLSKÁ NEMOCNICE, A. S.,
přijme do svého pracovního kolektivu lékaře se specializovanou způsobilostí v oborech:

- gynekologie a porodnictví
- neurologie
- chirurgie

Nabízíme:

- nadstandardní podmínky,
- podporu vzdělávání a seberealizace,
- týden dovolené navíc,
- příspěvek na stravování,
- přidělení bytu,
- náborový příspěvek 50 tis. Kč.

Bližší informace podá náměstek pro lékařskou péči,
e-mail: juraj.bona@litnem.cz,
tel.: 461 655 290
nebo mobil: 734 570 689

M141001150

Urolog/uroložka

Hledáme lékaře/ku do urologické ambulance se specializovanou způsobilostí v oboru urologie na zkrácený úvazek. Nabízíme nadstandardní ohodnocení a kvalitní podmínky pro profesní růst. Více informací na tel.: 222 999 926, e-mail: hr@ptc.cz

M141001205

Lékař pro oddělení ARO

NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,
přijme do pracovního poměru:

■ lékaře pro oddělení ARO

Požadujeme:

- specializovaná způsobilost v oboru anestezie a resuscitace vítána,
- uvítáme zařazení v přípravě v oboru anestezie a resuscitace,
- vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek,
- výhodné mzdové ohodnocení,
- nástup od 1. 10. 2014, popř. podle dohody. Oddělení ARO má udělenou akreditaci I. stupně pro vzdělávání lékařů v oboru anestezie a resuscitace.

Bližší informace podá MUDr. Radovan Prchlík, primář oddělení,
tel.: 381 605 000;
e-mail:
radovan.prchlik@nemta.cz

M141001161

Fyzioterapeut a ergoterapeut

NEMOCNICE KYJOV, P. O.,
přijme do pracovního poměru:

■ fyzioterapeuta a ergoterapeuta

Požadavky:

- vzdělání SŠ, VOŠ nebo VŠ podle zákona č. 96/2004 Sb.,
- osvědčení o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu,
- zdravotní způsobilost,
- trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- dobré pracovní podmínky,
- možnost dalšího vzdělávání,
- příspěvek na penzijní připojištění.

Nástup možný ihned.

Specialista/specialistka
zdravotní péče

Magistrát hl. m. Prahy vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa specialisty/specialistky zdravotní péče v oboru správních činností ve zdravotnictví a sociální péči.

Úplné znění oznámení o výběrovém řízení s podrobnými požadavky a termínem pro podání přihlášek je uveřejněno do 8. 9. 2014 na

www.praha.eu

v sekci Magistrát hl. m. Prahy, Volná místa, na úřední desce a v informačních střediscích Magistrátu.

Inzerce M141001222

PERSONÁLNÍ INZERCE

Bližší informace podá
R. Zemanová, tel.: 602 752 490.
M141001170

Praktický lékař

NZZ ROKOSKA V PRAZE 8
přijme

■ praktického lékaře pro dospělé
na plný/částečný úvazek.

Nabízíme práci v příjemném
prostředí i kolektivu,
příspěvek na dopravu
a stravu.

Mzda dohodou.
Info na tel.: 222 233 222,
e-mail: uctcih@seznam.cz
M141001187

Lékař ZZS

**ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ
SLUŽBA STŘEDOČESKÉHO
KRAJE, P. O., VANČUROVA 1544,
272 01 KLDNO,**
přijme do pracovního poměru
na plný úvazek:

■ lékaře zdravotnické
záchranné služby

pro výjezdové základny
v okrese Benešov

Požadujeme:
• specializovanou způsobilost
v základním oboru nebo
v oboru urgentní medicína.

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

Nástup možný ihned nebo podle
dohody.

Kontakty: tel.: 731 137 053,
e-mail: michal.gozon@
zachranka.cz

M141001194

**Rehabilitační
pracovnice**

**REHABILITAČNÍ PRACOVNIŠTĚ
POLIČKA, SPOL. S R. O.,**
nabízí zaměstnání
rehabilitační pracovníci.

Možnost ubytování v budově
ordinace.
Kontakty:
www.rehabilitace-policka.cz,
resp. tel.: 461 724 511

M141001201

FBLR lékař

**AKREDITOVANÉ LŮŽKOVÉ
A AMBULANTNÍ
REHABILITAČNÍ ZAŘÍZENÍ
VRŠOVICKÁ ZDRAVOTNÍ, A. S.,
V PRAZE**

přijme FBLR lékaře s odbornou
i bez odborné způsobilosti.
Kontakt:
barbora.danielova@vzas.cz,
tel.: 271 008 303.

M141001214

**Všeobecná sestra
se spec. způsobilostí
pro péči v psychiatrii**

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S.,
přijme všeobecnou sestru se
spec. způsobilostí pro péči
v psychiatrii, úvazek 1,0
pracovního místa,
do nepřetržitého provozu na
dobu neurčitou. Předpokládáný
nástup do nového a rozšířeného

provozu oddělení psychiatrie
a psychoterapie koncem
roku 2014.
Kontakt: Mgr. Nemšová,
nám. řed. pro OP,
tel.: 461 569147,
nemsovka@nemsy.cz nebo
Bc. Blaževská, staniční sestra
psych. odd., tel.: 461 569 341,
blazevska@nemsy.cz

M141001229

Prodám

Prodám, ev. pronajmu ordinaci
Léčebná rehabilitace Polička,
s. r. o. Bližší informace na
www.rehabilitace-policka.cz/.
Tel.: 461 724 511.

M141001197

Pronajmu

Pro zřízení ordinace praktického
lékaře pro dospělé na celý
úvazek nabízíme za příznivých
podmínek k pronajmu nebytový
prostor o velikosti 87,5 m²
v Praze - Horních Měcholupích.
Nástup možný od listopadu 2014.
Kontakt: 281 003 416,
trkovaj@praha15.cz

M141001090

**PERSONÁLNÍ
INZERCE**

je přijímána na adrese:
Jana Schrammová
tel.: 225 276 380,
725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz
personalni.inzerce@mf.cz

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

Inzerce M141001224

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

**a získejte Astrid INTENSIVE
multiaktivní výživný krém**

Podporuje výživu a regeneraci pleti v době spánku.
Obsažený vitamínový komplex D-panthenolu,
vitaminu E a beta karotenu účinně napomáhá
obnově buněk, významně zpomaluje tvorbu
vrásek a dodává pleti svěží vzhled. Krém je
vhodný k nočnímu ošetření všech typů pleti, ale
i jako denní krém pro suchou a stárnoucí pleť.

Neváhejte!

**Tato nabídka platí
jen do 21. 9. 2014.
Předplatné na rok
pouze za 299 Kč.**



**Předplatte
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte
své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo
nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.
Do předmetu napište kód **ZM 0914**. Předplatit si můžete
také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



**Volejte zdarma
800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném
předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0914**. Nezapomeňte
operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník
ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku 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 zpracovány 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 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 správce 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

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services

Profesionální
partner
pro vydávání
zdravotnické
literatury

Napsali jste knihu? My vám ji vydáme!

Kontaktujte nás e-mailem:
knihyms@mf.cz

**MEDICAL
SERVICES**



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

