

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



17/2014

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 20. 10. 2014



TÉMA ČÍSLA

Audity v nemocnicích
Meziresortní přestřelka
nad kontrolou z EU

STRANA 4



Z MEDICÍNY

Trendy v ORL
Otitis media secretorica
– diagnostika, léčba a prevence
pozdních následků

STRANA 35



SESTRA

Ze zahraničí
Postavení sestry ve Spolkové
republice Německo

STRANA 22

Síť ambulantní psychiatrické péče o děti v ČR nehoustne

Při Psychiatrické klinice 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice Praha již 15 let funguje jedinečné zařízení pro diagnostiku a léčbu psychických poruch starších dětí, tzv. Denní stacionář pro adolescenty. Stále jde o jediné zařízení v ČR, síť obdobných ambulantních center se ne-rozbujela, navíc chybí i dětské psychiatry.

„Péče o adolescenty není systematicky řešená, kromě Denního stacionáře pro adolescenty Psychiatrické kliniky VFN neexistuje specializované psychiatrické pracoviště pro uvedenou věkovou kategorii,“ upozornila vedoucí lékařka Centra dorostové a vývojové psychiatrie VFN Petra Uhlíková.

Už nemusí končit v ústavěch...

„Jak dokládá řada studií, lidská společnost se v posledních desetiletích psychopatologizuje. I v dětské psychiatrii přibývá

vá depresivita, psychopatie či hypomanie,“ připomněl přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Jiří Raboch. „Přestože se míra duševních poruch u dětí zvyšuje, v některých obdobích zaznamenáváme propad počtu dětských pacientů. Není to způsobeno tím, že by děti duševními chorobami netrpěly, ale tím, že se v daném období téměř rozpadla péče o dětské pacienty,“ konstatoval prof. Raboch a poukázal také na významná data European brain council, z nichž vyplývá, že přestože dětské pacienti

představují pouze menší sektor psychiatrické péče, problematika dětské psychiatrie zaznamenává mnohonásobně vyšší náklady než například problematika nádorů mozku malých pacientů. Dětské psychiatry připomínají, že řada pacientů s autismem, úzkostnými projevy, manickými poruchami a ADHD dříve končila v diagnostických ústavech či dětských domovech, dnes jsou tyto projevy léčeny a děti jsou součástí běžné společnosti.

(pokračování na straně 2)



Bohuslav Sobotka:
Nebylo by dobře,
aby ministerstvo financí
způsobilo nemocnicím
velké rozpočtové
problémy.

(více viz str. 4)

Foto: Anna Pecková / ochravec.cz

Inzerce M141000985

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

Sít ambulantní psychiatrické péče o děti v ČR nehoustne

(pokračování ze str. 1)

ADHD a emoční poruchy

Denní stacionář, který vznikl za výrazného přispění Rotary klubu Praha Staré Město, s komunitní formou vedení a samosprávou pacientů, pečuje o mládež od 14 do 21 let. Terapeutický program probíhá každý pracovní den od 8 do 16 hodin, na oddělení je zajištěna výuka ve třídě základní školy při VFN. Do stacionáře dochází průměrně 55 pacientů za rok. „Obecně k nejčastěji léčeným poruchám patří hyperkinetické poruchy (ADHD) – tři okruhy příznaků jsou nepozornost, impulzivita a hyperaktivita, nově se přidávají poruchy nálady a sociální selhávání, které se někdy řadí k vedlejším příznakům ADHD. Druhou velkou skupinou, která je u nás zastoupená nejčastěji, jsou emoční poruchy, zejména dětské úzkostné poruchy, které většinou nepřetrvávají do dospělosti,“ ozřejmila Petra Uhlíková s tím, že právě forma stacionáře je pro léčbu těchto dětí ideální, protože umožňuje nácvik sociálních dovedností v běžném prostředí.

Další skupinou jsou děti s poruchami příjmu potravy, pro něž bylo na Psychiatrické klinice zřízeno Centrum pro léčbu poruch příjmu potravy. „Diagnostický proces je u těchto pacientů komplikovanější než u dospělých, protože děti nejsou schopny snadno vyjádřit své emoce, navíc pro diagnózu mentální anorexie není nutný pokles váhy, stačí zástava somatického vývoje a stagnace váhy, což může dlouho unikat pozornosti, protože děti nerostou kontinuálně. Spolupracujeme s Klinikou dětského a dorostového lékařství, protože jejich vyšetření musí být stanoveno na základě celkového somatického vývoje. Jsme také v součinnosti s lůžkovým oddělením Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol,“ dodává lékařka stacionáře.

Protichůdné přístupy ministerstev

Léčbu dospívajících komplikují podle Petry Uhlíkové sociální a právní aspekty, při práci s adolescenty je nutné pracovat zároveň se zákonnými zástupci

a dalšími osobami a institucemi, které se v péči o dítě angažují. Postupy, ale i platná legislativa ministerstev (zdravotnictví, práce a sociálních věcí a školství) si totiž mnohdy protřečejí. „Jeden zákon nám nařizuje zachovat ohledně stavu pacienta mlčenlivost, druhý nás nabádá ke spolupráci s pracovníky sociálně-právní ochrany dítěte,“ vysvětlila rozpor Uhlíková a její slova z jiného úhlu pohledu potvrzuje předseda Asociace dětské a dorostové psychiatrie Jaroslav Matýs. „Narážíme zejména na přístup resortu školství. Nedaří se nám prosadit povinnost respektovat lékařský posudek. Když například kardiolog doporučí dítěti necvičit, necvičí. Pokud ale psychiatr žádá, aby dítě nebylo zkoušeno, protože je po akutní psychologické atace (kupříkladu schizofrenie) nebo v těžké depresi, nikdo takové doporučení nerespektuje. Což je dle mého těžké profesní pochybení. Přestože povinnost dodržovat doporučení lékaře je uvedena například v zákoníku práce, ve školském zákoně taková povinnost chybí. Ministerstvo školství na to není připraveno,“ popsal Jaroslav Matýs praxi multioborové spolupráce.

Neschválená farmakologická léčba

Adolescentních pacientů s duševní poruchou není málo, ročně spáchá sebevraždu 5 až 10 dětí do 15 let a asi 40 dětí ve věku 15 až 19 let. Nedokonaných pokusů je mnohonásobně víc, odhaduje se, že desetkrát až čtyřicetkrát. Sebeпоškozování je u psychiatrických pacientů padesátkrát častější než v běžné populaci. „U depresivních adolescentů je riziko sebevražedných pokusů dvacetkrát vyšší než v běžné populaci. Alespoň jednou v životě spáchá sebevražedný pokus až 85 procent dětí, které se sebeпоškozují. Za posledních pět let došlo na Lince bezpečí ke zdvojnásobení hovorů dětí o sebevraždě,“ doplnila Petra Uhlíková.

Specifickou otázkou dětské psychiatrie je farmakoterapie. „Protože je schvalovací řízení u léků pro děti velmi komplikovaná a pro výrobce nákladná procedura, je schválených psychofarmak pro dětskou věkovou kategorii

velmi málo. Léčíme většinou *off label*, nejde sice o postup *non lege artis*, ale není to schválená léčba. Jednak k ní potřebujeme souhlas rodičů a navíc se vystavujeme riziku, že tuto léčbu neproplatí zdravotní pojišťovny,“ osvětlila MUDr. Uhlíková s tím, že ve skupině antipsychotik a antidepressiv je schválen vždy jeden přípravek pro děti. Naopak pro terapii ADHD jsou dva léky schváleny pro dětské pacienty, ale už ne pro dospělé, u nichž by měl být v 18 letech lék vysazen, přestože ADHD je celoživotní onemocnění.

Vysoká vytíženost ambulantních psychiatrů

Ukotvení a systematizaci oboru pedopsychiatrie si lékaři slibují od reformy psychiatrické péče, kterou připravilo ministerstvo zdravotnictví. K aktuálnímu stavu, který reformu vyžaduje, se pro časopis Postgraduální medicína vyjádřil ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice Martin Holý. „Dle analýzy údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny a jejich extrapolací na všechny pojišťovny vyplynula reálná průměrná vytíženost ambulantních psychiatrů více než 170 % oproti základní ordinační době. Regule ze strany pojišťoven ani při této vytíženosti nedovolují strávit s pacientem v průměru víc než 2,6 hodiny ročně. Nedílnou součástí systému péče o duševně nemocné jsou psychologické ambulace. Celorepublikově v roce 2012 bylo 552 psychologických ambulančních se smlouvou s pojišťovnou, celkem bylo nasmlouváno 581,7 úvazků, což je průměr 1,05 na jednu ambulanci. Jedna ambulance průměrně ošetřila 240 pacientů (unicitních). Mnohem méně rozvinutá je síť ambulantních zařízení pedopsychiatrických, sexuologických a specializovaných k léčbě závislosti,“ vypočetl ředitel Holý.

Jako zásadní vidí dostupnost pedopsychiatrické péče také Petra Uhlíková. „Obrací se na nás dvojnásobně množství indikovaných pacientů, než kolik jsme schopni mít v péči. Pojišťovny argumentují tím, že pokud dájí pedopsychiatrům smlouvu, okamžitě se jim zvýší náklady,

protože ambulance se zaplní pacienty. Pokud nevznikne ambulance, nejsou sice náklady, ale ani péče o tyto děti,“ uvedla.

Dostupnost stanovená nařízením vlády

Na dotaz ZaM, zda má VZP vůli uzavírat s novými pedopsychiatry smlouvy, čímž by se (vedle nákladů pojišťovným) zvýšil počet pedopsychiatrů i dostupnost jimi poskytované péče, odpověděl tiskový mluvčí Oldřich Tichý: „VZP je při zajištění jak časově, tak místní dostupnosti zdravotní péče vázána nařízením vlády č. 307/2012 Sb. Mohu prohlásit, že děláme vše pro to, abychom svým klientům zajišťovali péči striktně v souladu s platnou legislativou. Pokud by se snad v konkrétních ojedinělých případech ukázalo, že péče o klienty VZP není zajištěna tak, jak uvedené vládní nařízení předepisuje, bude VZP ráda, pokud ji na tyto konkrétní případy kdokoli upozorní. Mohu slíbit, že pojišťovna pak vyvine maximální úsilí pro to, aby zjednotila nápravu,“ poukázal mluvčí Tichý na nařízení vlády, které bylo vydáno s účinností do 1. ledna 2013 za exministra zdravotnictví Leoše Hegera. Je zde stanovena dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb podle oborů nebo služeb poskytovaných poskytovateli ambulantní péče. Dětská a dorostová psychiatrie je zařazena ve skupině 4, kde je dojezdová doba za péči stanovena v maximální délce 90 minut. Jenže v ČR stále jediný Denní stacionář pro adolescenty v pražské VFN je dokladem, že dostupnost vyjádřená 90 minutami dojezdu je zavádějící měřítko.

Nedostatek dětských psychiatrů

Psychiatr Jaroslav Matýs vypočetl, že v současné době vyžaduje ambulantní psychiatrickou péči zhruba 10 %, tedy 200 tisíc dětí. „V celé ČR je nyní zhruba 90 ambulantních dětských psychiatrů, z nichž každý může zvládnout 200 až 250 dětí v ambulanci. Snažili jsme se zvýšit počet dětských psychiatrů tím, že jsme prosadili samostatnost oboru. Přestože Evropská unie požaduje dva samostatné obory



Prof. Jiří Raboch | Zdroj: Jan Rasch / Euro

– dětskou chirurgii a dětskou psychiatrii – o samostatnosti oboru se na úrovni ministerstva stále váhá,“ řekl MUDr. Matýs. Snaha o osamostatnění oboru v české legislativě sahá až k vyhlášce č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví (tehdy pod označením „dětská psychiatrie), kdy se obor stal součástí systému specializačního vzdělávání lékařů. Do minulého roku přípravu budoucích dětských psychiatrů upravovala vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, kde byla dětská a dorostová psychiatrie zařazena mezi obory nástavbové (certifikované kurzy). „Vstup do vzdělávání v tomto oboru byl podmíněn nejprve získáním specializované způsobilosti v oboru dětské lékařství nebo v oboru psychiatrie, nebylo tedy možné vstoupit ihned po absolvování lékařské fakulty, bylo nutné nejprve úspěšně složit atestační zkoušku. Vzdělávání tak bylo poměrně dlouhé – 5 let vzdělávání v rámci základního oboru dětské lékařství nebo psychiatrie a další 4 roky vzdělávání v rámci certifikovaného kurzu dětská a dorostová psychiatrie,“ vysvětlila motivaci ministerstva zdravotnictví k novelizaci vyhlášky v roce 2013 tisková mluvčí Štěpánka Čechová. MZ tehdy zohlednilo připomínku odborné veřejnosti k délce vzdělávání, která byla nejvýznamnější příčinou nedostatku lékařů s touto způsobilostí. Obor byl následně přeznačen mezi obory základní, do kterých lze vstoupit ihned po absolvování lékařské fakulty. Tento krok je z pohledu ministerstva zdravotnictví řešením nedostatku lékařů s touto způsobilostí.

Petra Klusáková

Je dost dobrých důvodů pro udržení samostatnosti dětské a dorostové psychiatrie?

K nutnosti zachování samostatnosti dětské a dorostové psychiatrie se vyjádřil předseda Asociace dětské a dorostové psychiatrie a místopředseda výboru sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP **MUDr. Jaroslav Matýs**.

Chápu snahu ministerstva zdravotnictví uspořádat a zracionalizovat smysluplným způsobem současný systém vzdělávání s nadměrně nabobtnalým počtem lékařských specializací. Informace o opětovném vyřazení dětské a dorostové psychiatrie z okruhu základních lékařských specializací v ČR je velice závažná a nebezpečná pro dětské psychiatrické pacienty i pro obor jako celek. Pod vcelku racionálním rozhodnutím zredukovat počet základních lékařských oborů dle požadavků Evropské unie by měla být v ČR zlikvidována samostatnost dětské a dorostové psychiatrie. Paradoxně té dětské a dorostové psychiatrie, která je právě pod ochranou Evropské komise, společně s dětskou chirurgií.

V ČR byly nové samostatné lékařské specializace uznávány spíše pod tlakem či díky využití vztahů lékařských akademiků mezi sebou navzájem nebo přímo na příslušném odboru ministerstva u některého z náměstků. Někdy byl dokonce využit osobní vztah s ministrem zdravotnictví samým. Šlo spíše o subjektivní zájmové dohody než objektivní odbornou odlišnost specializace. Akademici jednotlivých oborů v podkladech jistě uvedli dostatek dobrých důvodů, proč je právě ten jejich obor natolik specifický, že má nárok na svou samostatnou specializaci. Po takovém kroku vždy stoupne prestiž nového lékařského oboru, a tedy i příslušných akademiků. Otvírá to dveře k podstatně vyšším dotacím na vzdělávání. Uznání samostatnosti oboru vede ke zkrácení celkové odborné přípravy v oboru minimálně o 2 roky a tím se zvyšuje jeho atraktivita. Je tedy jasné, proč se všechny lékařské obory snaží vyhnout přesunutí z kategorie základního oboru do kategorie oboru specializačních.

Devastující dopad na neléčené děti

Dětská a dorostová psychiatrie je na tom z formálního hlediska stejně jako jiné specializa-

ční obory. I v našem oboru stoupá incidence a prevalence poruch. Celosvětové statistiky a průzkumy dlouhodobě ukazují, že prevalence duševních poruch dětí a adolescentů dosahuje kolem 10 %. U většiny dětí je téměř pravidlem komorbidita minimálně dvou duševních poruch (Remschmidt H. et al., 2004). Dnes bezpečně víme, že duševní poruchy se vyskytují již v předškolním věku. Vývojem oboru se přesunula dolní věková hranice léčby psychofarmakoterapie už do raného dětství. Je prokázáno, že včasná léčba u dětí znamená výrazně lepší prognózu ve smyslu prevence závažných nebo chronifikovaných duševních poruch v dospělosti. I přes výrazné terapeutické úspěchy přetrvávají nesprávné pohledy a podceňování duševních nemocí dětí. Jako kdyby na ně dítě nemělo nárok, protože není dospělý.

Včasná diagnostika a léčba totiž dávají naději, že vývojově alterovaný centrální nervový systém podstatně lépe maturuje. Je prokázáno, že antidepresiva i moderní antipsychotika mají kromě léčebného také neuroprotektivní účinek. Výrazným problémem kapacity současné pedopsychiatrické sítě je včasný záchyt a léčba ADHD – hyperaktivity s poruchou pozornosti. Dětskou psychiatrii v posledních letech rovněž zaplavila obrovská vlna pacientů raného dětského věku s poruchami autistického spektra. Autismus i ADHD dnes začínají zatěžovat psychiatrii pro dospělé. Zvláště ní kapitolu tvoří u dětí těžké duševní psychotické poruchy typu schizofrenie, bipolární poruchy, těžké depresivní stavy, které při neléčení mají doslovně devastující dopady na dítě, tedy na vývoj CNS. Dnes je už prokázáno, že pozdní diagnostika duševní poruchy v dětství znamená poškození vývoje CNS s celoživotním dopadem.

Rozdíl oproti dospělé psychiatrii

Současná dětská a dorostová psychiatrie disponuje obsáhlými poznatky z oblasti neurověd, gene-

tiky, biochemie, farmakologie, prenatální medicíny... Integruje a využívá poznatky a zkušenosti z nemedicinských oborů, jako jsou vývojová psychologie a psychoterapie. Výuka dětské a dorostové psychiatrie musí zahrnovat také vývojový aspekt dětské psychiky. Je nutno zohledňovat absolutně rozdílné projevy duševních poruch v raném dětském věku oproti kupříkladu pubertálnímu nebo adolescentnímu věku, nemluvě o pohlavních odlišnostech, o somatických limitech medikace psychofarmaky.

Dle oficiálního publikovaného materiálu sekce dětské a dorostové psychiatrie UEMS (Karabekiroglu et al., Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2006; 15: 467–475) mají samostatný obor dětské a dorostové psychiatrie více než dvě třetiny evropských zemí (67,6 %). V užším propočtu pouze na státy EU v roce 2006 je to stejný podíl (68 %). Dětská a dorostová psychiatrie je oborem, který má vlastní evropskou organizaci – ESCAP. Podobně v USA je dětská a dorostová psychiatrie organizována v American Academy Child and Adolescent Psychiatry. Dětská a dorostová psychiatrie je jmenovitě uvedena ve Směrnici Evropského parlamentu a Rady Evropy č. 2005/36/EC, o uznávání odborných kvalifikací, ze dne 7. 9. 2005. Ze specializovaných dětských oborů jsou tam uvedeny pouze dva: dětská chirurgie a dětská a dorostová psychiatrie, která je všude oborem pětiletým a většina odborné problematiky je originální a v ostatních oborech se nevyskytuje (až 70 %). I když je to obor velice mladý a odštěpil se od psychiatrie pro dospělé, odlišnosti v chápání, diagnostice i terapii jsou tak rozdílné, že se žádný psychiatr pro dospělé v pedopsychiatrii neangažuje.

Regiony bez pedopsychiatrie

Realitou dne je absolutní nedostatek pedopsychiatrií. Tento nedostatek je celosvětový, nejedná se tedy o situaci lokální.



Ilustrační foto: Shutterstock

V ČR nyní působí téměř 70 % pedopsychiatrií starších 50 let. Absolutně nedostatečná je síť pedopsychiatrických ambulancí. V provozu je cca kolem 70 celých pedopsychiatrických lékařských úvazků. Celkově chybí asi 30 dětských lékařských psychiatrických úvazků, z bazálně kalkulovaného počtu 100 ambulancí na ČR. Do optima v současnosti chybí dalších 100 ambulantních pedopsychiatrií. Proto je dnes mnoho regionů bez pedopsychiatrie. Objednací doby k pedopsychiatrovi v ambulancích jsou, dle regionu, od 3 do 6 měsíců. V okresních nemocnicích nejsou pedopsychiatrii v zaměstnaneckém poměru vůbec a nemocnice nemůžou zajistit konziliární službu. Obrovským problémem je zajištění akutního vyšetření. Reálný je také fakt, že pedopsychiatrické oddělení některých psychiatrických nemocnic by muselo být ihned uzavřeno v případě náhlého odchodu současného primáře. Celorepublikově není totiž možné zajistit kvalifikovaného pedopsychiatra s dostatečnou délkou praxe.

Tento tristní stav v ČR poprvé popsal, zkonstatovat a zveřejnil veřejný ochránce práv v roce 2013 ve své „Zprávě ze systematických návštěv dětských psychiatrických nemocnic“, kde uvedl: „Doporučuji ministerstvu zdravotnictví zvážit změnu právní úpravy, která by dětskou a dorostovou psychiatrii učinila základním oborem specializačního vzdělávání lékařů.“ Což se nakonec stalo a v roce 2014 byla pedopsychiatrie ministerstvem opět zařazena do základních oborů. Právě to vedlo k výraznému zvý-

šení zájmu o náš obor a za necelý rok 2014 se do přípravy přihlásilo 15 lékařů. Doufáme, že současný moderní a ověřený model při vzdělávání pedopsychiatrií jako samostatného oboru přežije vlnu „kultivace“ počtu lékařských specializací bez úhony a bude akceptován i v České republice.

Brojlerový výkrm

Paradoxem současné situace je, že hlavním argumentem redukce počtu specializačních oborů v České republice je direktiva Evropské komise zredukovat počet specializačních oborů u nás tak, aby bylo možné vzájemně uznávání oborů v rámci EU, tedy právě i dětské a dorostové psychiatrie.

Máme tedy skutečně dost dobrých důvodů pro současné vedení ministerstva zdravotnictví, proč by měla ČR respektovat směrnici Evropského parlamentu a Rady Evropy a zachovat při „kultivaci“ samostatnou specializaci dětské a dorostové psychiatrie a dětské chirurgie? Nebo dostane zelenou vylepšený, skutečně velice originální, ale odborně nepodložený projekt dvouleté kurzové nadstavby, který není kompatibilní s EU? Projekt připomíná totalitní éru „brojlerového rychlovýkrmu“ a produkce nových „specialistů“ (pedopsychiatrií) nerespektuje složitost a důležitost oboru pedopsychiatrie pro další generace dětí. Nezačne reforma psychiatrické péče vedena ministerstvem zdravotnictví likvidací dětské a dorostové psychiatrie? Doufám, že máme dost dobrých důvodů nejenom pro zdravý rozum, ale i pro politické rozhodnutí.

Audity v nemocnicích přiostrily meziresortní diskusi o financování zdravotnictví

Nemocnice, které od ministerstva financí (MF) obdržely návrhy auditních zpráv hodnotících veřejné zakázky, si ve společném prohlášení postěžovaly na neprůhlednost auditu. Spustily tak politickou přestřelku mezi resorty financí a zdravotnictví, nad kterou se pozastavuje i Evropská komise (EK).

Audity veřejných zakázek letos v červnu a červenci provádělo ministerstvo financí. Kontrola se týkala zejména čerpání peněz z Evropské unie (EU) z let 2008 až 2013, a to na nákup přístrojů a vybavení onkologických a traumatologických center. Jak ale uvedli zástupci nemocnic, auditori vytykali zdravotnickým zařízením také procesní chyby související s tehdy platným zněním zákona o veřejných zakázkách. „Cílem auditu bylo mimo jiné ověřit riziko a podezření Evropské komise ohledně možné předraženosti pořizované zdravotnické techniky a dodržení postupů pro zadávání veřejných zakázek. Všechny audity jsou nyní v tzv. kontraktorní řízení, kdy auditované subjekty obdržely návrhy zpráv z auditu a měly by k těmto návrhům zpráv poslat svá stanoviska. To znamená, že audit nebyl dosud dokončen,“ uvedl mluvčí ministerstva financí Radek Ležatka.

Nemocnice se chtějí soudit

Ředitelé ale považují audit za nekorektní a účelově vedený k negativním výsledkům. Ředitelů kontrolovaných nemocnic se zastal i ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. „Dosud jsem měl ojedinelé signály od některých ředitelů, že s audity nebylo něco v pořádku, ale svědectví řady ředitelů předčilo veškerá špatná očekávání a upřímně mě šokovalo. Všichni ředitelé mi telefonicky potvrdili, že se již na počátku auditu neoficiálně dozvěděli, že výsledek kontroly bude špatný a audit pouze zjistí, jak moc špatně dopadne,“ uvedl ministr Němeček v prvotní reakci. Ředitelům se dle jejich vyjádření na tiskové konferenci nelíbilo, že auditori nechtěli uvést jména expertů, kteří nákup přístrojů posuzovali.

Ředitelé také zmiňovali, že některé zakázky již dříve kontrolovaly jiné české kontrolní úřady a chyby nenašly. To uvedl například ředitel Nemocnice Jihlava Lukáš Velev pro regionální deník. „Tuto konkrétní zakázku už zkoumal finanční úřad i Úřad

pro ochranu hospodářské soutěže a pochybení nenašly. V návrhu auditní zprávy z ministerstva financí nám nevytykají ceny, ale procesní pochybení z pohledu tehdy platné verze zákona o veřejných zakázkách. A v tomto případě jde o spekulativní věc,“ domnívá se ředitel Velev a dodává se v případě potřeby soudit: „Budeme se bránit právní cestou, požadují právo na spravedlivý proces.“

(Ne)sdělená jména auditorů

„Není pravda, že by byly osoby provádějící audit neznámé, jak uvádí někteří ředitelé nemocnic a ministr zdravotnictví. Jména členů auditních týmů včetně expertů na jednotlivé oblasti byla sdělena regionálním radám, ministerstvu pro místní rozvoj i ministerstvu zdravotnictví, tedy panu ministru Svatoplukovi Němečkovi. A mimo jiné i ROP Jihovýchod, reprezentovanému panem poslancem a hejtmánem MUDr. Jiřím Běhounkem. Všechny auditované subjekty tak byly informovány o složení auditních týmů a osob, které se na auditu podílejí,“ konkrétně mluví ministr zdravotnictví Ležatka.

To ale předseda Regionální rady Jihovýchod Jiří Běhounek odmítá: „Jako předseda Regionální rady Jihovýchod se ohrazuji proti nepravdivé tiskové zprávě ministerstva financí týkající se auditů zdravotnictví, v níž se výslovně uvádí, že byla Regionální radě Jihovýchod kromě jmen auditorů sdělena i ‚jména expertů na jednotlivé oblasti‘, kteří se na auditu budou podílet. Tato jména sdělena nebyla. Fakt, že nelze přezkoumat tvrzení nebo posudky konkrétních expertů na zdravotnická zařízení, je přitom jasným znakem netransparentnosti těchto auditů,“ ohradil se Jiří Běhounek.

Na popud EU

Ministerstvo financí považuje reakci ministerstva zdravotnictví, které se slovy ministra nemocnic zastalo, jako nepřijatelné ovliv-

ňování auditu. „Audit MF je nezávislý na jakýchkoli jiných kontrolních mechanismech. Pokud jsme odhalili problémy v čerpání dotací, které neodhalilo MZ, je možné, že to svědčí o nějakém systémovém selhání jejich funkce. Audit provádíme na základě zadání Evropské komise. Již před rokem jsme si s EK vyjasňovali vzorek auditu, jeho proces i metodiku,“ řekl první náměstek ministra financí Jakub Wagenknecht s tím, že bylo navrženo dvacet auditů v integrovaném operačním programu a patnáct auditů v regionálních operačních programech, které budou auditovány v druhé fázi.

Politický tlak na kontroly

Zadání auditů bylo reakcí na zprávu, kterou si Evropská komise nechala vypracovat během podzimu 2013. V dokumentu, hodnotícím míru korupce v českém zdravotnictví, byly tehdy nejčastější příčinou zpronevěry označeny právě veřejné zakázky. Evropská komise vyjádřila slovy své mluvčí Shirin Wheelerové znepokojení nad nynější politizací auditů v nemocnicích. „Jsme velmi znepokojeni tím, jak se celá věc politizuje, a také veřejným zpochybňováním kvality auditu. Ohrožuje to nezávislost auditního orgánu na ministerstvu financí,“ řekla ČRo mluvčí komise. Jako politickou kauzu ze strany ČSSD označil audit i ministr financí Andrej Babiš. Ministerstvo financí na svých stránkách navíc dodalo, že současný ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček byl v případě auditovaných projektů příjemce FN Ostrava v pozici statutárního zástupce této nemocnice, a tudíž byl odpovědný za realizaci daných projektů. „Zásah do činnosti auditního orgánu formou zpochybňování auditních postupů, nezávislosti a jeho objektivitě je nepřijatelné, zvláště pak osobami, které měly zodpovědnost za řízení a realizaci jak na úrovni operačních programů, tak na úrovni financovaných projektů, které jsou předmětem pro-

bíhajícího auditu,“ uvedl mluvčí MF Ležatka.

Kolik to bude stát

Sankce, které z auditních zpráv zatím vyplynuly, se podle informací nemocnic počítají na desítky milionů korun. MF ale prozatím žádné výsledky nezveřejnilo a do ukončení ani nesmí, zakazuje to zákon. I proto MF odmítlo vyhovět žádosti ministra zdravotnictví, aby byly zprávy z auditů zveřejněny.

Rozepří mezi jednotlivými ministerstvy okomentoval také premiér Bohuslav Sobotka. „Nebylo by dobře, aby ministerstvo financí způsobilo nemocnicím velké rozpočtové problémy. Audit může mít velmi negativní rozpočtové dopady a my chceme peníze šetřit, ne je utrácet za zbytečné soudní spory mezi nemocnicemi a ministerstvem financí,“ řekl v ČT premiér. Zároveň však dodal: „Pokládám za důležité, aby ministerstvo financí nepřišlo o svou pověst z hlediska nestrannosti, odbornosti a kompetence. Neměly by být žádné pochybnosti o tom, že audity jsou vykonávány maximálně profesionálně na základě platné metodiky.“ S konkrétními závěry chce Bohuslav Sobotka počkat, dokud nebudou hotové kompletní výsledky auditu. V polovině října by se nad jednotlivými zprávami měli sejít také ministři dotčených resortů Svatopluk Němeček a Andrej Babiš. Závěrečná auditní zpráva pro Evropskou komisi bude podle náměstka MF Wagenknechta hotová do poloviny prosince 2014.

MF schraňuje data o hospitalizacích

V těchto dnech uvedlo ministerstvo financí, že sestavilo databázi údajů o nákladech nemocnic a srovnání úhrad zdravotních pojišťoven. Cílem je zmapování a následné vyhodnocení informací o poskytované zdravotní péči a úhradách v aktuální lůžkové péči, která tvoří největší podíl vynaložených prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění. Databáze obsahuje finanční to-

ky v pětileté časové řadě v rozsahu téměř 100 miliard korun ročně ve zhruba 150 nemocnicích. Databáze obsahuje přes 9 milionů hospitalizací, 100 milionů kódů výkonů, léků a materiálů za období pěti let. „Již první výstupy poukazují na značné rozdíly v úhradách za výkony, nákladech za léky a zdravotnické prostředky a za srovnatelnou péči mezi jednotlivými nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami,“ řekl ministr Babiš. Ministerstvo zdravotnictví databázi zpochybnilo. „Zpráva o databázi je zarážející, protože zákony jasně definují možnosti zpracování dat podobného rozsahu a ministerstvo financí není v těchto záležitostech zahrnuto jako zpracovatel dat zdravotních pojišťoven,“ reagoval na dotaz ČTK Svatopluk Němeček.

Metodika vykazování

Podle ministra zdravotnictví je zarážející i to, kde ministerstvo financí vzalo metodiku ke zpracování dat o hospitalizacích. „Je veřejným tajemstvím, že tuto metodu nemáme v ČR v pořádku. Je-li tedy hlavním objevem projektu, že vykazování hospitalizační péče a její úhrady v ČR neprobíhají standardně a transparentně, pak jde o objev srovnatelný s objevem Ameriky,“ prohlásil ministr Němeček. Ministr zdravotnictví připomněl, že problémy s financováním nemocniční péče vedly už před řadou měsíců k tomu, že ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) zahájil jeho úřad komplexní práci na novém pojetí úhrad tak, aby byl systém v budoucnu maximálně spravedlivý a odrážel skutečně oprávněné náklady. „Už v dubnu pan ministr Němeček označil za chybu, že správa a rozvoj systému není pod kontrolou zdravotnictví, a oznámil, že převedení této činnosti od současného správce, jímž je Národní referenční centrum, bude vzhledem ke složitosti problematiky připraveno jako samostatné opatření,“ doplnila mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová. Záměr, který je obsažen i v koaliční smlouvě, se má podle ní uskutečnit počátkem roku 2015.

Němeček v Hegerových stopách

Vláda chce rozdávat, ale svou nešikovností vyvolává zlou krev.

Kolem platů lékařů a zdravotníků začíná doutnat další konflikt. Čím to? Vždyť oheď nastoupila vláda ochotná slíbit a rozdat všechno všem, zejména pak z eráru, a s jejím příchodem se měl po zemi rozlít klid a sociální smír. Příčina hrozícího střetu má několik rovin. Především vláda Bohuslava Sobotky se do rozdávání vrhla poněkud bez rozmyslu. Jakmile premiér oznámil záměr zvýšit plošně platy státních zaměstnanců o 3,5 procenta, místo vědu se od několika svých ministrů (vnitro, školství, zdravotnictví) dočkal upozornění, že pro zaměstnance v jejich kompetencích je to málo. Začali se tedy hledat rovnější mezi rovnými a původní plošné vlídné gesto s visáčkou opatření napomáhajícího oživení ekonomiky se zvrhlo v lobbičskou válku s cílem urvat víc. To byla první taktická chyba.

Žehlení pomocí slibů

Když byly vyváženy dohody, podle nichž ministr zdravotnictví

urval pro zdravotníky pětiprocentní nárůst, chtěli zřejmě premiér s ministrem financí vylepšit dojem a oznámili, že díky příznivému vývoji letošního státního rozpočtu se platy o 3,5 procenta zvednou už od listopadu. Jenže minulý týden vláda schválila příslušné tabulky a ejhle – na zdravotníky se zapomnělo, přesněji řečeno vláda nabyla přesvědčení, že na rozdíl od všech ostatních státních zaměstnanců zdravotníkům platy mávnutím vládního proutku zvýšit nelze. Což je jednak nesmysl (třeba šéf Motola Ludvík už měl podle svých slov potřebných 20 milionů připravených) a jednak flagrantní porušení slibu, takže ministr Němeček to spolu s premiérem horko těžko žehnil dalšími sliby mimořádných odměn na konci roku. Tedy druhá hrubá chyba, kvůli níž další zamýš-



Martin Čaban

lené velké gesto vyústilo v chaos a nejistotu.

Probuzený LOK

A konečně třetí příčinou napětí je fakt, že rozdávačná nálada kabinetu probudila delší dobu spící Lékařský odborový klub, který si vzpomněl na svou dnes už poněkud zašlou slávu. A hlavně na memorandum, které z této slávy vzešlo, naslibovalo lékařům hory doly, načež jej ministr Leoš Heger po polovičatém naplnění prvních pár řádků bez skrupulí spláchl do záchodu. LOK nyní zkouší tento dokument vytáhnout a domáhat se podle něj desetiprocentního navýšení platů. Připomeňme, že takové zvýšení slibovalo memorandum od začátku roku 2012, přišlo jen zhruba šestiprocentní. Od roku 2013 pak měl plat lékařů dosahovat 1,5- až znásobku průměrné mzdy. Memorandum vytáhli odboráři na Němečka už v srpnu,



Foto: Leoš Chodura

ale ministr se k němu nehlásí. Nelze se mu divit. Stranami dohody sice jsou ministerstvo zdravotnictví a LOK, nikoli jen podepsaní Heger a Engel, jenže takové právní filigránství by bylo co platné jen v případě, že by memorandum mělo nějakou právní sílu, což nemá. Jenomže místo aby Němeček na vládě důrazně prosadil alespoň svůj slib lékařům, připustil, aby z nich kabinet svým rozhodnutím udělal jedině státní zaměstnan-

ce, kteří od listopadu nedostanou nic. Jako by tím vykročil v Hegerových stopách. Že je na to LOK citlivý, lze pochopit. I když zároveň platí, že tahanice o dvě výplaty se „směšným“ navýšením, jak je nazval druhý muž LOK Miloš Voleman, odborářům v očích veřejnosti nepřidá. Vláda, jak se zdá, rozdávat moc neumí, i když by tolik chtěla. Tolik ostrých a nespokojených slov snad ještě žádné plošné zvýšení platů nevyvolalo.

ÚZIS musí doznat řady změn

Nový ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) doc. Ladislav Dušek chce pro ústav nové elektronické úložiště, omezení nadměrného sběru dat jednotlivými lékaři a efektivněji sdílené informace s pojišťovkami i odbornými společnostmi.

Jak ředitel ÚZIS zdůraznil, ústav má sloužit především jako servisní služba pro systém zdravotnictví a odborníky, kteří ve zdravotnictví pracují. „Bohužel ústav sbírá data velmi zastaralým způsobem. Relevance informací je pak mnohdy sporná,“ uvedl Ladislav Dušek, který doposud vedl Institut biostatistiky a analýz Lékařské a Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity (IBA MU). Zaměstnanci ÚZIS podle něj potřebují – a zatím nemají – základní trénink vědecké produkce informací a velmi málo z nich lze označit jako analyticky dat. Právě odborná analýza sbíraných dat podle nového ředitele chybí. Ústav má v systému zdravotnictví nezastupitelné místo, jeho spolupráci s Českým statistickým úřadem vědomí agregované sběry dat, jde o tzv. klinické a ekonomické výkazy ÚZIS. Většina výkazové agendy je v papírové podobě, ročně se ručně přepisuje

neověřitelných 70 tisíc výkazů. Ostatní používané technologie jsou podle ředitele na úrovni 70. let 20. století. S tím navíc souvisí validita dat. „Jak zachováte kvalitu dat, pokud je ručně přepisujete z papíru?“ dotázal se ředitel Dušek s tím, že řada informací byla dosud v některých agendách i dvakrát přepisována ručně, čímž trpěla už jen jejich čitelnost, nmluvě o vyšším riziku chybovosti. Jak ale Ladislav Dušek informoval, již začíná příprava na přechod informací do elektronického úložiště dat.

Sběr informací bez racia

Zároveň ale bude nutná revize metodiky sběru zdravotnických informací. O obsahu sbíraných dat totiž ústav dosud minimálně komunikoval s odbornými společnostmi, Státním zdravotním ústavem nebo vysokými školami. „Na ÚZIS běží výzkum dat v oblastech, které nebyly nikdy recenzovány odborníky da-

né oblasti. Není mi jasné, proč například registrující gynekologové a porodníci ročně vyplňují informace o tom, zda zaregistrovali nádor prsu u tříletých dětí, když funguje Národní onkologický registr, který sbírá reprezentativní data, a v regionech jsou navíc odborníci, kteří informace validují. Proč gynekologové nesbírají data, která skutečně potřebují a nemají?“ uvedl Ladislav Dušek, který chce osobně metodiku kolekce dat svěřeného ústavu revidovat a kultivovat spolu se zástupci odborných lékařských společností.

Navíc ústav sběr dat pro tzv. výkazy v blízké budoucnosti významně omezí. „Činnost ÚZIS upravuje zákon o státní statistické službě, takže sběr má svou setrvačnost. Usilují ale o to, aby se v příštím roce, nejpozději v roce 2016, sběr dat snížil o 40 až 70 procent,“ okomentoval ředitel Dušek úsilí zbavit lékaře ručního vyplňování výkazů.

Dvě sanitky pro celou Prahu

ÚZIS je také správcem Národních zdravotnických informačních systémů (NZIS), kde funguje 49 soliterních databází, tzv. registrů. Spravuje klinické a populační registry, prostřednictvím nichž mají odborné lékařské společnosti přinášet informace mapující jednotlivé segmenty péče o české pacienty. Patří sem ale také registry exekutivní, organizační a hygienické. Úkolem ÚZIS je také aktualizovat pohled na české zdravotnictví v zahraničí, ústav reportuje pro OECD a další organizace, které v Evropské unii sbírají data o zdraví Evropanů. „Některé reporty, které odcházejí do zahraničí, jsou pro ČR ostudou. Jak mě například upozornil ředitel Záchrané zdravotnické služby hlavního města Prahy Zdeněk Schwarz, do evropské databáze odešla informace, že ZZS HMP používá dva sanitní vozy, které mají ročně sto tisíc výjez-

dů,“ uvedl Ladislav Dušek úsměvnou chybou, která ale negativně odráží obraz českého zdravotnictví v zahraničí.

Sdílení dat s pojišťovkami

Ředitel ÚZIS také uvedl, že ve spolupráci ministerstva, pojišťoven a ÚZIS vznikl záměr ustavení Národního registru vykázaných zdravotních služeb. Ten by měl, s ohledem na dodržení legislativního rámce dotčených subjektů, shromažďovat údaje o veškeré vykázané péči. Vedle zamezení zbytečnému hromadění dat na několika stranách by navíc jednotný registr mohl přispět k větší průhlednosti celého zdravotního systému. Jak uvedl mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Oldřich Tichý, pojišťovna zřízení registru podporuje: „Vzhledem k tomu, že VZP minimálně od nástupu nového managementu v čele s ředitelem Zdeňkem Kabátkem usiluje o zpřehlednění toků peněz vydaných za zdravotní péči, záměr podporujeme. V této souvislosti je dobré si uvědomit, že to byla právě VZP, která jako první ze všech zdravotních pojišťoven zveřejnila smlouvy se všemi nemocnicemi, protože nemá důvod cokoliv tajit.“

Z DOMOVA

Znalost hladiny cholesterolu je pro pacienty klíčová

V rámci Světového dne srdce upozornily farmaceutické společnosti i dotčené odborné lékařské společnosti na význam včasného testování cholesterolu. Čeští pacienti nejenže hladinu svého cholesterolu neznají, ale testy navíc ukazují na problémy u více než poloviny pozorovaných.

Společnost Sanofi se ve spolupráci s Českou společností pro aterosklerózu rozhodla v rámci s letošního Světového dne srdce (29. 9.) upozornit na značnou neinformovanost pacientů o výši cholesterolu v krvi. Jak odborníci upozornili, rizika spojená s nadměrnou výši cholesterolu jsou stále zlehčována a hodnotu svého cholesterolu většina pacientů nezná. Průzkum agentury Ipsos ukázal, že polovina Čechů nad 40 let nezná hladinu cholesterolu ve své krvi, přestože vysoký cholesterol je jednou z nejčastějších příčin infarktu nebo cévní mozkové příhody.

„Pacienti přicházejí k lékařům až ve chvíli, kdy mají konkrétní problém. To už však bývá pozdě a často nezbyvá než nasadit léky. Přitom na preventivní prohlídku má

člověk nárok každý druhý rok a díky včasnému podchycení problému by mnohdy stačilo jen upravit jídelníček,“ říká místopředseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP Otto Herber.

Problémy má 61 procent

Zajímavé výsledky přineslo mimořádné čtrnáctidenní testování lipidů v krvi v rámci preventivního programu společnosti synlab Zdraví národa. Závěry testování více než 1000 osob nejsou povzbudivé. Výsledky za hraniční mezí u LDL cholesterolu byly zaznamenány u 61 % testovaných. „Výsledky jasně ukazují, že v průměru jsou na tom hůře muži (81 % s nálezem mimo referenční mez) než ženy (78 % s nálezem mimo referenční mez). U obou skupin se navíc

ukázalo, že nebylo výjimkou mít mimo referenční mez více sledovaných parametrů najednou (mnohdy i 3 ze 4),“ říká k výsledkům testování praktický lékař společnosti synlab Aleš Ducháček.

Přes 5 miliard na celou Evropu

Jeho slova doplnil mluvčí Sanofi Libor Kytýr. „V žádném případě není dobré podceňovat prevenci. Vysoký cholesterol lze u mnohých pacientů regulovat pomocí statinů,“ uvedl mluvčí.

Navíc má včasná léčba také ekonomický aspekt. Jak uvádí Evropská statistika kardiovaskulárních chorob (European Cardiovascular Disease Statistics), celkové náklady na léčbu kardiovaskulárních nemocí se jen v Evropské unii v roce

2012 vyšplhaly na 196 miliard eur (tedy zhruba 5,4 bilionu korun). „Léčba kardiovaskulárních chorob představuje vysokou finanční zátěž. Pacient s infarktem myokardu potřebuje nákladnou akutní péči, jejíž cena se může vyšplhat na stovky tisíc korun. Chronická léčba nemocných s oběhovými chorobami představuje pro zdravotní systém druhou nejvyšší položku po onkologické léčbě,“ vysvětlil předseda České společnosti pro aterosklerózu Michal Vrablík.

Prevence po 10 letech nestačí

Zatímco preventivní prohlídky hraří zdravotní pojišťovny od dovršení 19. narozenin jednou za dva roky, vyšetření na hladinu cholesterolu se standardně provádí pouze v 18, 30, 40, 50 a 60 letech. „Preventivní prohlídky v pozdějším věku zůstanou. Většina lidí nad 60 let řeší se svým ošetřujícím lékařem různé zdravotní potíže, jejichž diagnostika a kontrola může zvýšenou hladinu cholesterolu odhalit,“ říká Otto Herber. Průzkum však ukázal, že 46 % lidí ve věku 56–65 let svou hladinu cholesterolu nezná. S věkem se pak tato neznalost snižuje, nicméně mezi lidmi ve

věku 66–70 let je stále třetina těch, kteří svou hladinu cholesterolu neznají, a dokonce 20 % lidí z této věkové skupiny ani nepovažuje vysoký cholesterol za problém.

Diagnóza FH

Odborníci ale v této souvislosti připomínají také geneticky podmíněnou familiární hypercholesterolemii (FH). „Způsobuje dramatické urychlení aterosklerózy a pacienti mohou zemřít na infarkt nebo mozkovou mrtvici už kolem pětaticátého roku věku,“ říká Michal Vrablík. Byly však zaznamenány i případy infarktu u dětí mladších deseti let, které měly tuto genetickou poruchu. Familiární hypercholesterolemii trpí v ČR 20 tisíc lidí. Česká republika patří v léčbě vysokého cholesterolu ke světové špičce. Lékaři mají přitom zachyceno 30 % z předpokládaného počtu nemocných FH, což je třetí nejlepší výsledek na světě.

Česká společnost pro aterosklerózu iniciovala založení nezávislé organizace pacientů s názvem Diagnóza FH, která bude poskytovat psychosociální podporu nemocným, předávat informace o diagnóze a aktuálních možnostech léčby včetně praktických doporučení. (kdu)

Inzerce M141001388

UZS
UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

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

mf
EVENTS & CONGRESSES

Pozvánka
na konferenci

Zdravotnictví 2015

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

27. 11. 2014 Diplomat Hotel Prague

MÍSTO KONÁNÍ

Diplomat Hotel Prague, Evropská 15, Praha 6

REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ

8.00–9.30 hodin

Zveme Vás na unikátní konferenci na stále aktuální téma:

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

Odborné sekce:

- lůžková péče v ČR
- zdravotní pojištění v ČR
- léková politika v ČR
- dlouhodobá péče v ČR

Hlavní partneři:



Mediální partneři:



INFORMACE POŘADATELE

Informace a přihlášky
on-line na internetových
stránkách:

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

Adresa:
Mladá fronta a. s.
divize Medical Services
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4-Modřany

Telefon: +420 225 276 443

Registrační
poplatek: 1190 Kč

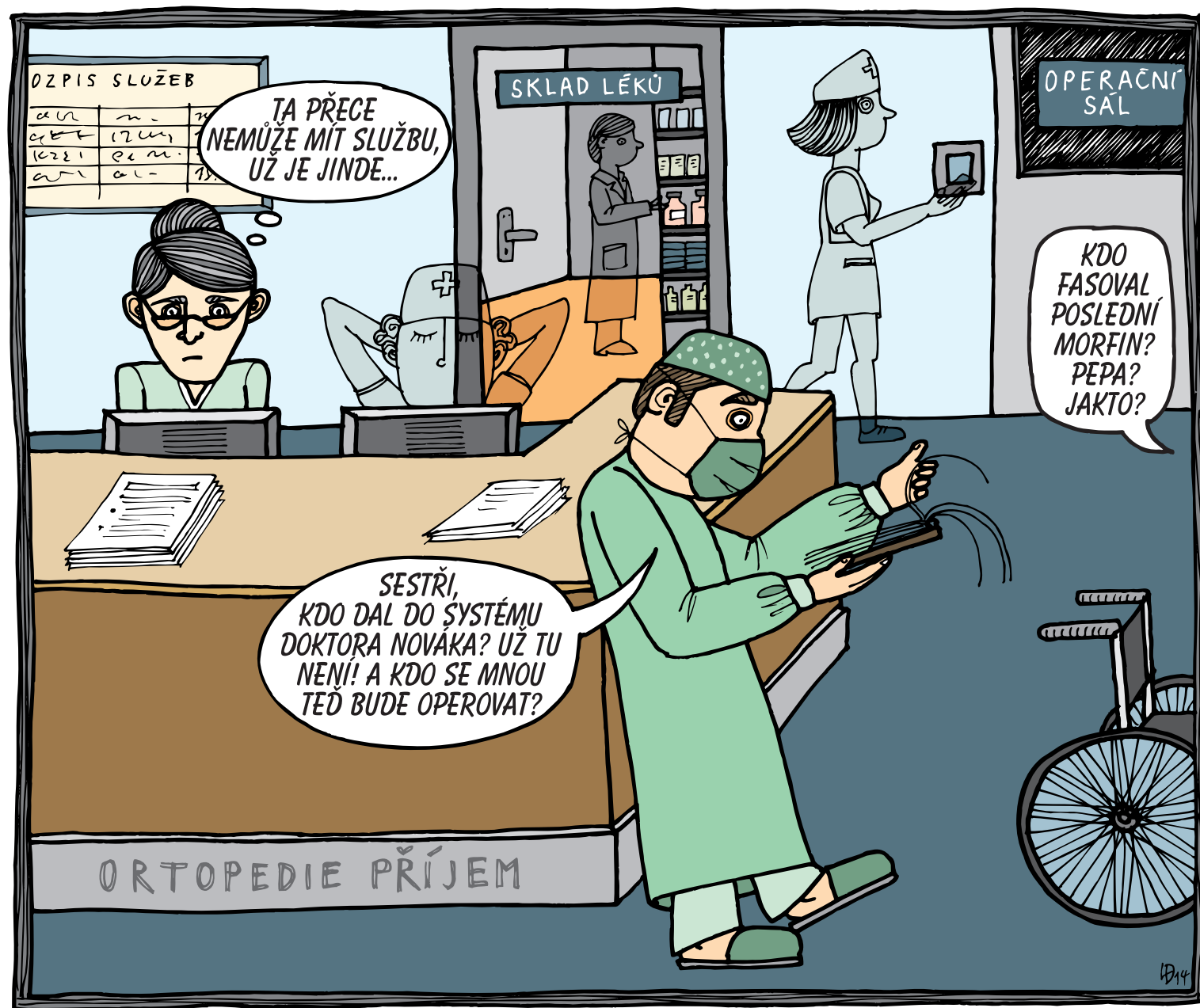
EST4IDM

JEN SKUTEČNÍ UŽIVATELÉ,
ŽÁDNÉ ČERNÉ DUŠE

EST4IDM SYNCHRONIZUJE UŽIVATELSKÉ IDENTITY NAPŘÍČ RŮZNÝMI SYSTÉMY

EST4IDM VYUŽÍVÁ POUZE AUTORITATIVNÍ ZDROJE DAT

EST4IDM SPRAVUJE UŽIVATELSKÉ IDENTITY Z JEDNOHO MÍSTA



- ŘÍZENÍ IDENTIT - SPRÁVA PROFILU UŽIVATELŮ A PŘÍSTUPOVÝCH OPRÁVNĚNÍ ZDRAVOTNICKÉHO ÚSTAVU
- POUŽÍVÁNÍ AUTORITATIVNÍHO ZDROJE DAT (NEJLÉPE PERSONÁLNÍHO SYSTÉMU)
- AUTOMATICKÁ PROPAGACE ZMĚN PROMÍTNUTA DO PŘÍPOJENÝCH SYSTÉMŮ
- NEPOPIRATELNÝ ČASOVÝ ZÁZNAM TRANSAKČÍ, AUDITNÍ STOPA A HISTORIE ZMĚN IDENTITY
- JEDNO PŘÍSTUPOVÉ HESLO A JMÉNO
- EFEKTIVNÍ SPRÁVA PŘÍSTUPOVÝCH OPRÁVNĚNÍ S VYUŽITÍM KONCEPTU TZV. BUSINESS ROLÍ

Z REGIONŮ

Krajská nemocnice Liberec zlepšila hospodaření, rostou i mzdy

Krajské nemocnici Liberec (KNL) se za první rok působení nového managementu podařilo stabilizovat hospodaření. Za prvních sedm měsíců roku 2014 představuje zisk liberecké a turnovské nemocnice, které před časem prošly fúzí, 31 milionů korun.

Zisk liberecké nemocnice prozatím činí 25 milionů korun, turnovské pak 6 milionů.

Změna vedení prospěla

Ještě loni přitom ztráta za stejné období činila 65 milionů. „Úspěch tkví v několika rovinách. Především se podařilo optimalizovat veškeré náklady nemocnic, vyjednat nadstandardní vyúčtování u zdravotních pojišťoven za rok 2013 pro obě nemocnice a motivovat zaměstnance k nadstandardním pracovním výkonům díky důvěře k novému vedení,“ uvedl ředitel nemocnice Luděk Nečesaný, který také zdůraznil, že objem vyplacených mezd meziročně narostl o téměř 14 milionů korun.

Provozování transportů

Nemocnice začala pracovat také na dalších projektech, které by měly

rozšířit její služby. V plánu má odkup části společnosti Česká sanita, jež zajišťuje transporty rodiček, nemocných a raněných osob mimo působení zdravotnické záchranné služby. „Několik měsíců jsme vyjednávali s majiteli společnosti. V současné době jsme uzavřeli konečnou dohodu, kterou musí ještě schválit představenstvo Krajské nemocnice Liberec,“ vysvětlil Luděk Nečesaný. Po schválení odkupu získá KNL k sedmi sanitám působícím na Turnovsku dalších jedenáct pro transport pacientů na Liberecku. Nemocnice Liberec také provozuje restauraci Radniční sklípek v historické budově liberecké radnice. Podařilo se vyřešit také problém se složitější gynekologickou operativou, která se bude provádět pouze v liberecké nemocnici.

Irena Soukupová

Krátce z regionů

• Hejtman Hašek se dohodl s ministrem na vzniku pracovní skupiny pro zdravotnictví

Hejtman Jihomoravského kraje Michal Hašek představil ministru zdravotnictví Svatopluku Němečkovi záměr zřídit společnou pracovní skupinu, která by se věnovala problematice zdravotnictví v Brně a celém Jihomoravském kraji. Ve skupině by měli působit zástupci ministerstva, Jihomoravského kraje a zdravotních pojišťoven. „Po debatě s předsedou vlády jsme se dohodli na společné pracovní skupině, která bude definovat budoucnost brněnského a jihomoravského veřejného zdravotnictví. Považují to za průlomovou věc. Do této skupiny budou samozřejmě přizváni zástupci všech organizací, Jihomoravského kraje, nového vedení statutárního města Brna, případně dalších municipalit, které zřizují nemocnice v regionu,“ uvedl hejtman v prohlášení. Skupina by měla řešit status ICRC nebo provozování brněnské Vojenské nemocnice. Hejtman také prosazuje zavedení tzv. zdravotně-sociálních lůžek, pro ob-

čany vyžadující zdravotní i sociální péči. Lůžka by měla být financována oběma ministerstvy, tedy zdravotnictví i práce a sociálních věcí. Podle hejtmána se Jihomoravský kraj stane prvním regionem, který dospěl k takové dohodě.

• Obvinění v kauze prodeje příbramské polikliniky už nejsou stíhány

Krajské státní zastupitelství v Praze zrušilo stíhání obviněných v případě údajně kontroverzního prodeje příbramské polikliniky. Rozhodlo tak na základě stížnosti obviněných. Náměstek krajského státního zástupce Martin Erazím pro ČTK uvedl, že věc byla odložena a v případě nebylo prokázáno spáchání trestného činu. Obvinění byli dva úředníci města a advokát, kteří měli na starosti otevření obálek s nabídkami odkupu. Policie jejich jednání vyhodnotila jako trestný čin sjednání výhody při zadávání veřejné zakázky, při veřejné soutěži a veřejné dražbě. Podle žalobce ale nebyly naplněny všechny znaky této skutkové podstaty. V usnesení krajské-

ho zastupitelství je dále uvedeno, že chování obžalovaných nelze posoudit ani jako přestupek.

• Karlovarský kraj dá peníze i oddělení soukromých nemocnic

Karlovarský kraj zřejmě finančně podpoří provoz důležitých, ale ztrátových oddělení i v soukromých nemocnicích v Sokolově a Ostrově. Stane se tak v rámci závazku veřejné služby. Tři oddělení dostanou od kraje cca 19 milionů korun, na tiskové konferenci to uvedl náměstek hejtmána Karlovarského kraje Miloslav Čermák (ČSSD). Dotaci ještě musí schválit krajské zastupitelstvo. Zatím má kraj povoleno uvolnění 38 milionů korun pro Karlovarskou krajskou nemocnici. Nemocnice v Sokolově i Ostrově provozuje společnost Nemos, která musí kraji doložit, že zmiňovaná oddělení jsou opravdu ztrátová. Podle Čermáka bude ale dotování provozu nemocnic záležitostí jen letošního roku. Kraj tak nahrazuje důsledky loňské restriktivní úhradové vyhlášky.

(ČTK, Iso)

Inzerce M141000331



EFEKTIVNÍ NEMOCNICE
STRATEGIE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A NEMOCNIC

Na této odborné konferenci potvrdili svou účast například tyto osobnosti:

- MUDr. Přemysl Sobotka - místopředseda Senátu Parlamentu České republiky
- prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc. - předseda Výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky
- MUDr. Svatopluk Němeček, MBA - ministr zdravotnictví České republiky
- MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA - náměstek pro zdravotní pojištění, Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- Prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc. - náměstek pro zdravotní péči, Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- JUDr. Lenka Teska Arnoštová - náměstkyně ministra pro legislativu a právo, Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- Ing. Zdeněk Kabátek - generální ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA - ředitel Fakultní nemocnice v Motole
- MUDr. Jiří Běhounek - hejtman Kraje Vysočina, předseda správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA - rektor, Univerzita Karlova
- PharmDr. Zdeněk Blahuta - ředitel, Státní ústav pro kontrolu léčiv
- MUDr. Filip Horák, MBA

Moderuje p. Daniel Takáč, moderátor České televize

Odborná konference Efektivní nemocnice 2014

se bude konat ve dnech 25. – 26. 11. 2014
v Clarion Congress Hotelu v Praze – Vysočanech.

HLASUJTE NEJLEPŠÍ NEMOCNICE
ZEBŘÍČKY ČESKÝCH NEMOCNIC

Sledování a hodnocení probíhá v těchto strategických oblastech:

- sledování spokojenosti a bezpečnosti hospitalizovaných pacientů
- sledování spokojenosti a bezpečnosti ambulantních pacientů
- sledování spokojenosti a bezpečnosti zaměstnanců

Detaily naleznete na www.hc-institute.org

hlavní partneři			sponzor hlavní ceny		finanční partneři	marketingoví partneři		hlavní mediální partneři	podporujeme
			<p>Vřezná nemocnice obdržel od společnosti LINET novinku z portfolia svých výrobků – nemocniční lůžko Eleganza 2 a aktivní matraci Precioso.</p>		<p>partner Nejismělejší nemocnice</p> <p>SHARING EXPERIENCE</p>				
hlavní odborný partneři	odborní partneři		spolupracujeme		partneři	realizační partneři	mediální partneři	organizátor	
hlavní realizační partneři									

Krátce z domova

• **Legislativa k regulaci zdravotnických prostředků**

Sněmovna schválila návrh zákona o regulaci zdravotnických prostředků. Bez normy by podle dřívějšího vyjádření ministra Svatopluka Němečka (ČSSD) byla jejich úhrada velmi obtížná. Předloha míří k posouzení do Senátu. Zdravotnické prostředky představují obchod zhruba za 40 miliard korun ročně. Zákon dá vzniknout registru prostředků i metodice cenotvorby. „Dochází k redukci počtu kompetentních subjektů za účelem zvýšení efektivity regulace. Regulace zdravotnických prostředků zůstala v kompetenci pouze Státního ústavu pro kontrolu léčiv, který bude řešit většinu prvoinstančních agend. Ministerstvo zdravotnictví bude odvolacím orgánem. Zavádí se Národní informační systém zdravotnických prostředků a Registr zdravotnických prostředků (RZPRO), jejichž prostřednictvím budou poskytovány informace o všech zdravotnických prostředcích na českém trhu, včetně seznamu subjektů zacházejících s těmito prostředky (to jest výrobci, zplnomocnění zástupci, dovozci, distributoři). Elektronická forma plnění ohlašovacích povinností prostřednictvím RZPRO snižuje administrativní zátěž jak pro žadatele, tak pro stát. Novinkou zákona je zavedení pravomoci správnímu orgánu autoritativně rozhodnout, zda se v případě konkrétních výrobků jedná o zdravotnické prostředky, či nikoli,“ uvedla pro naši redakci mluvčí MZ Štěpánka Čechová.

Jak doplnil zástupce advokátní kanceláře KMVS Libor Štajer, mezi konkrétní změny v oblasti používání zdravotnických prostředků patří registrace a notifikace zdravotnických prostředků, zákonné zakotvení FSC (free sale certificate), klasifikace, kde se o zařazení do tříd rozhoduje dle rizikovitosti, rozhodnutí o hraničním výrobku (tj. produkt, který při prvním pohledu vyhovuje více definicím), nastavení správné distribuční a dovozní praxe, možnost používání zdravotnických prostředků *off label* a zavedení metodiky jejich odborného odstraňování. Předpokládána platnost zákona je od dubna 2015. „Přibude také nová a především přesnější úprava oblasti klinického hodnocení a hodnocení funkční způsobilosti. Zákon obsahuje jasné definice pojmů i povinnosti výrobců zdravotnických prostřed-

ků na provedení klinického hodnocení či hodnocení funkční způsobilosti. Je definována taktéž osoba kvalifikovaná pro provádění klinického hodnocení, výstup hodnocení a jeho požadovaná forma. V příslušné kapitole je řešena také možnost zásilkového výdeje,“ dodala Štěpánka Čechová.

• **Odklad povinných elektronických receptů**

Sněmovna požaduje odklad zavedení povinnosti předepisovat recepty výhradně elektronicky, a to o tři roky. Novela zákona o léčivech míří po schválení této úpravy k posouzení do Senátu. Odložení podpořil i ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Drtivá většina receptů je nyní v papírové formě. Povinný elektronický recept měla od roku 2015 zavést novela schválená začátkem minulého roku. Ministerstvo uvádí, že na povinnost není připraven ani Státní ústav pro kontrolu léčiv, nepřipravena je také část lékařů, kteří nevyužívají výpočetní techniku. Jde prý vesměs o starší lékaře v odlehlejších regionech.

Povinné využívání elektronického receptu prosadil Výbor pro zdravotnictví poslanecké sněmovny v minulém volebním období do původně technické vládní normy, která přejímala evropské směrnice. Předkladatelé z řad tehdejších koaličních poslanců si od zavedení povinných elektronických receptů slibovali úspory jedné až dvou miliard korun ročně. Zmizely by podle nich také falešné recepty.

• **VZP opět navýší úhrady internistům**

Sdružení ambulantních specialistů (SAS) informovalo o dohodě se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP), která bude nové smlouvy na dobu neurčitou (s výpovědí za jen definovaných podmínek) lékařům distribuovat na konci března 2015. Sdružení dále uvedlo, že správní rada VZP koncem září schválila pro rok 2014 prolongaci pomoci internistům stejným režimem, jaký byl v roce 2013. „Vyhláška stanovující seznam hrazených výkonů znevýhodnila internisty oproti ostatním odbornostem a VZP jim toto znevýhodnění, úplně stejně jako v loňském roce, kompenzuje mírným navýšením úhrad. Celkově jde o částku v řádech desítek milionů,“ potvrdil naší redakci mluvčí VZP Oldřich Tichý.

(ktu)



DGS - Diakoniegesellschaft Sachsen gGmbH

Mitglied im Diakonischen Werk der
Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V.

Die DGS-Diakoniegesellschaft Sachsen gGmbH ist ein kirchlich-diakonisches Unternehmen und betreibt in **Bad Elster** die **Evangelische Fachklinik Sonnenhöhe** sowie die **Diakonie Sozialstation Bad Elster/Betreutes Wohnen**.

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir ab sofort einen/eine

Fachärztin / Facharzt für Kinderheilkunde

Die Evangelische Fachklinik für Rehabilitation und Vorsorge Bad Elster besitzt eine nahezu 100-jährige Tradition in der Kinderheilbehandlung. Schwerpunkte der Behandlung sind die Rehabilitation bei orthopädischen Erkrankungen des Kinder- und Jugendalters, speziell der idiopathischen Skoliose, Verfahren zur orthopädischen Anschlussheilbehandlung sowie die Vorsorge bei adoleszenter Adipositas und Entwicklungs-, Befindlichkeits- und Regulationsstörungen Kinder und Jugendlicher.

In der Klinik arbeiten Sie gemeinsam mit Pädiatern, Psychologen und Physiotherapeuten bei der Versorgung der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen. Ihnen bereitet die Arbeit mit Kindern Freude? Rehabilitation und Vorsorge sind für Sie wichtige Bausteine in der Gesundheitsversorgung? Dann bewerben Sie sich und bringen Ihre Persönlichkeit engagiert in die weitere Entwicklung der Klinik ein.

Besonders gilt das für:

- Die Schärfung des Profils der Klinik unter Einbeziehung moderner Behandlungsmethoden
- Die regionale, überregionale und nationale Vernetzung mit Partnern der verschiedenen Sektoren der Gesundheitswirtschaft
- Die fachliche und strukturelle Entwicklung der Rehabilitation und Vorsorge in der Klinik

Wir bieten Ihnen:

- Ein angenehmes Arbeitsklima in einem motivierten Team
- Zielorientierte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Eine Vergütung nach Vereinbarung
- Eine Tätigkeit in Teilzeit für 10 - 20 h/Woche (der Einsatz sollte an 5 bis 10 Tagen im Monat nach Vereinbarung erfolgen)

Für Rückfragen steht Ihnen unser Betriebsdirektor, Herr Dr. Thomas Zink (Tel.: 037437 52300, t.zink@bbgnet.de) gern persönlich zur Verfügung.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an:

DGS-Diakoniegesellschaft Sachsen gGmbH

Personalabteilung

Wildparkstr. 3

09247 Chemnitz

Z DOMOVA

Transparentní spolupráce jako nástroj pro zlepšení reputace

Podstatou iniciativy Transparentní spolupráce, za níž stojí Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP), je zprůhlednění pracovních vztahů mezi zdravotnickými odborníky a farmaceutickým průmyslem. AIFP nyní získala zpětnou vazbu od zástupců dvaceti lékařských odborných společností.

K etickému kodexu Transparentní spolupráce se zavázaly všechny členské společnosti AIFP a Evropské federace farmaceutických společností a asociací (EFPIA). Nejpozději v posledním červnovém dnu roku 2016 zveřejní farmaceutické firmy platby, které v předchozím roce (2015) poskytly spolupracujícím lékařům. Proto na konci září AIFP uspořádala v Praze a Brně semináře pro šedesát zástupců více než dvaceti lékařských společností, spolků, ale i vedoucích klinických studií či mladých mediků. Zdravotníci mohli v diskusní sekci seminářů pokládat dotazy výkonnému řediteli AIFP Jakubu Dvořáčkovi a předsedovi Etické komise AIFP Patriku Kastnerovi.

Výzkum je důležitý

Jak naši redakci informoval mluvčí AIFP Michal Kaderka, lékaři mají mimo jiné pochybnosti, zda bude iniciativa Transparentní spolupráce chápána pozitivně celá společnost. Obávají se, že většinu lidí budou zveřejněné příjmy trnem v oku. Na straně zdravotnických odborníků vzniká obava, zda budou laici schopni posoudit adekvátnost odměn pro lékaře.

„První zemí, kde farmaceutické firmy i lékaři přistoupili na společný etický kodex, bylo Nizozemsko. Lékaři přijetím etického

kodexu získali maximální možnou podporu ze strany veřejnosti, podařilo se předat související informace o důležitosti vývoje a výzkumu a vzájemně potřebné spolupráci. Máme šanci ukázat, že spolupráce je přínosná pro celou společnost a že odměny jsou přiměřené,“ odpověděl výkonný ředitel AIFP Dvořáček a připomněl, že k transparentní spolupráci přistoupily všechny společnosti, které jsou členy AIFP či Evropské federace farmaceutického průmyslu a asociací. „V obou případech se jedná o výrobce originálních léčivých přípravků. Zajímavým příkladem v otevřené spolupráci mezi lékaři a výrobcí léků je Rakousko, kde se od samotného začátku projektu přidaly i společnosti zastupující v zemi generický průmysl. Věřím, že se to podaří časem i u nás,“ dodal Jakub Dvořáček.

Spolupráci určuje kodex

Pravidla transparentní spolupráce již nelze příliš měnit. Jsou přijata na celoevropské úrovni, proto prostor pro změny či adaptaci již v zásadě není. Úpravy lze připustit pouze v případech, kdy by kodex nebyl v souladu s lokální legislativou. Zdravotníci odborníci chtěli také vědět, zda mohou kodex otevřené spolupráce s fir-

Zveřejňování odměn

- Prvním vykazovaným obdobím bude rok 2015.
- Publikace informací poprvé proběhne 30. 6. 2016.
- Informace se budou do systému dodávat jednou ročně.
- Zúčtovací období představuje jeden kalendářní rok.



Foto: Shutterstock

mami odmítnout. „Spolupráci odmítnout lze a je na lékařích, lékárnících, ale i celých zdravotnických zařízeních, zda za podmínek zveřejnění odměn budou s farmaceutickým průmyslem spolupracovat. V současnosti však všechny členské společnosti AIFP deklarovaly, že s lékařem či zdravotnickým zařízením nebudou spolupracovat, pokud transparentnost odmítne. V zahraničí je ovšem patrné, že se zvyšuje počet odborníků, kteří své platby zveřejňují. Například v Rakousku přední představitel místní lékařské komory podpořil iniciativu i ostatní lékaře objasněním spolupráce i plateb na veřejném setkání,“ poukázal na zkušenosti zahraničních lékařů Patrik Kastner z etické komise AIFP.

Pokud by odborník odmítl udělit souhlas se zveřejněním osobních údajů, AIFP zdůrazňuje, že v žádném případě farmaceutická společnost nemůže zveřejňovat cokoli bez lékařova souhlasu. O další spolupráci se zdravotnickým odborníkem, který zásady kodexu odmítne, rozhoduje farmaceutická společnost. Jak zástupci AIFP lékařům vysvětlili, sama asociace takovou spolupráci nedoporučuje.

Ekonomika kodexu

Pokud farmaceutická společnost platila dosud lékaři například cestovné na odborný kongres v zahraničí, zdravotnický odborník musel řešit, zda se například částka za dopravu neodrazí na výši odváděných daní. „Otevřenou, transparentní spoluprací se vaše daňové povinnosti nemění. Jakékoli danění proplacených letenek, hotelů a dalších nákladů zůstává ve stejném režimu jako dříve,“ vzkázal lékařům Jakub Dvořáček. Potvrdil, že kodex počítá také s variantou finančního plnění, které se fakturuje přes třetí osoby. Farmaceutické firmy si například na organizaci kongresů mohou najímat agenturu a další spolupracující organizace. Jedná se pak o nepřímé plnění, které je zveřejňováno u jednotlivého lékaře nebo zdravotnického zařízení v případě, že jsou tyto subjekty jasně identifikovatelné jako koneční příjemci.

AIFP počítá také s významnou ochranou internetových stránek, kde budou platby za spolupráci zveřejněny, proti zneužití uvedených informací. „Pro vyhledání lékaře bude nutné uvést hlavní pracoviště a identifikační číslo. Internetové stránky www.transparentnispoluprace.cz budou taktéž za-

Definice pojmu

• Příjemce

- Jakýkoli zdravotnický odborník, případně zdravotnické zařízení s hlavní praxí, pracovištěm či sídlem v České republice.

• Platby nebo jiná plnění v souvislosti s výzkumem a vývojem

Jde o platby za:

- neklinické studie (dle definice uvedené v Zásadách správné laboratorní praxe OECD);
- klinická hodnocení (dle definice uvedené ve směrnici 2001/20/ES);
- neintervenci studie, které jsou svým charakterem prospektivní a které zahrnují sběr údajů o pacientech ze strany jednotlivých zdravotnických odborníků nebo skupin zdravotnických odborníků či v jejich zastoupení konkrétně pro danou studii.

• Platby nebo jiná plnění

Jde o platby za:

- přímé a nepřímé platby nebo jiná plnění, ať již ve formě finanční částky, v naturálních nebo jinak provedené pro propagační či jiné účely v souvislosti s vývojem a prodejem výhradně humánních generických či originálních léčivých přípravků vydávaných pouze na lékařský předpis.

bezpečeny proti robotickému vyhledávání a nebude z nich možné sestavovat jakékoli souhrnné informace,“ ujistil přítomné lékaře Jakub Dvořáček.

Zlepšit reputaci spolupráce

Lékaři vyslovili obavu, aby jejich odborná činnost nebyla označována jako „melouch“, „práce bokem“ nebo legalizace úplatkářství. Zástupci AIFP uvedli, že není pochopitelné v silách AIFP zdůvodnit oprávněnost odměny u každého lékaře, nicméně interpretace průběhu a charakteru spolupráce mezi lékaři a farmaceutickými společnostmi bude jedním z pilířů vysvětlovací kampaně. V té lékařské zárověň vidí velkou příležitost zlepšení profesní reputace a svých aktivit při výzkumné činnosti. Tento zájem potvrzují i zástupci farmaceutických společností. „Cílem AIFP je posílit pozitivní vnímání vzájemné spolupráce, budeme pracovat na vysvětlení jednotlivých pojmů i na významu vzájemné spolupráce,“ stvrdil předseda etické komise AIFP Kastner.

(red)

Portál

- Bude spravovat AIFP a bude rozdělen na dvě části – veřejně dostupnou a interní.
- Ve veřejně dostupné části bude vyhledávání možné na základě jména lékaře a čísla ČLK nebo názvu a IČO zařízení.
- Zobrazí se vždy pouze jeden zdravotnický odborník či zařízení.
- Za správné nahrávání dat na transparentní portál bude zodpovídat farmaceutická společnost, nikoli AIFP či lékař (ten bude mít vždy možnost data před zveřejněním ověřit a nechat opravit).
- Data na webových stránkách bude možné pozměňovat na zá-

kladě požadavku zdravotnického odborníka či zdravotnického zařízení jen v případě nesprávného údaje.

- Interní část bude dostupná pouze prostřednictvím elektronického podpisu zdravotnického odborníka (pro kontrolu svých údajů).

- Vstoupit do interní části budou moci administrátoři AIFP a členské společnosti EFPIA, ty ale budou mít přístup pouze ke svým datům.

- Zveřejnění veškerých údajů bude v souladu s požadavky Úřadu na ochranu osobních údajů (ÚOÚ).

Stát potřebuje od zaměstnavatelů zpětnou vazbu

Prezident Unie zaměstnavatelských svazů České republiky a Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky **Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA**, hovořil o dialogu ve zdravotnictví, rozmanitosti členů unie či blížící se konferenci Zdravotnictví 2015, která dá zaznít hlasům státu i zaměstnavatelů a poskytovatelů péče.

Co je předmětem vyjednávání zaměstnavatelů a zaměstnanců ve zdravotnictví?

Pracovní tým pro zdravotnictví při Radě pro hospodářskou a sociální dohodu se nezabývá pouze pracovně-právní problematikou nebo odměňováním, ostatně obdobně jako ostatní pracovní týmy včetně pléna tripartity. Ten záběr je daleko širší, od stability celého systému, a tím přirozeně i finanční stability jednotlivých aktérů, až pro odborné záležitosti, jako např. jednotlivé výkony v některých odbornostech, postgraduální vzdělávání, financování adiktologických služeb, úhrady zdravotních pomůcek a materiálu a mnoho dalšího.

Unie zaměstnavatelských svazů se podílí na sociálním dialogu ve zdravotnictví. Které oblasti jsou z vašeho pohledu nyní nejpalčivější?

Vždy jsou to primárně témata, která souvisí s financováním či legislativním prostředím. Každoročně jde tedy např. o úhradovou vyhlášku. V poslední době jsme se ale pravidelně zabývali kompenzacemi rušených regulačních poplatků nebo v těchto dnech kompenzací, mírou i technikou zvýšení tarifních platů zdravotnických pracovníků a lékařů. Mezi aktuální problémy patří ale i směrnice o pracovní době, resp. problematika přesčasů v lůžkových zařízeních, nastavení systému dlouhodobé péče, reforma psychiatrické péče a řada dalších oblastí.

Mohl byste popsat vyjednanou variantu navýšení tarifní složky platu zdravotníků?

Poskytovatelé se nebrání zvyšování platů, pokud existují zdroje na jejich krytí. Zdravotní pojišťovny potvrdily, že jsou schopny pokrýt 5% navýšení. Bohužel zdravotnické služby nejsou financovány přímo z veřejných rozpočtů, a neexistuje tedy způsob jak promítnout v úhradách poskytovatelům navýšení platů v průběhu roku. Proto jsme po MZ požadovali u zdravotnických

pracovníků a lékařů navýšení až od 1. 1. 2015. V tuto chvíli probíhá jednání na tripartitní úrovni o tom, jak se tato kompenzace projeví v úhradové vyhlášce na příští rok. Navýšení o 5% vnímáme jako rozumný kompromis mezi státem navrhovanými 3,5% a odborovými svazy navrhovanými 10%. Považujeme za nutné v závislosti na hospodářském růstu a aktuální ekonomické situaci pokračovat ve zvyšování platů v celé veřejné sféře.

Zmínil jste směrnici o pracovní době, jaká je zde současná vyjednávací pozice?

V České republice skončila letošním rokem výjimka z evropské směrnice o pracovní době. Lékaři, u nichž to působí problém, směřují tak podle platné legislativy mít v daném roce maximálně 416 přesčasových hodin (v loňském roce se celkový úhrn přesčasových hodin běžně blížil 1000 hodin). Situací se zabýváme v pracovním týmu pro zdravotnictví již delší dobu. MZ realizovalo dotazníkové šetření v nemocnicích, aby zjistilo, kdy, kde a do jaké míry situace způsobuje problém. Řada nemocnic to jako problém nevnímá a maximální objem přesčasových 416 hodin je pro ně dostačující, na druhou stranu se lze domnívat, že na vyplnění dotazníku reagovala spíše ta zařízení, která nejsou svým konáním na hraně nebo za hranou zákona. Běžnou praxí je také paralelní pracovní poměr, nejčastěji formou dohody o pracovní činnosti, a to jak u stejného, tak i jiného zaměstnavatele. Tento problém je dán zejména nedostatkem lékařů. Je ale nutné podotknout, že důsledným omezením přesčasových hodin dojde k poklesu průměrného platu, resp.pektive mzdy u lékařů. Pracovní doba lékařů bude ještě v příštích měsících stále aktuálním tématem, kterým se budeme zabývat.

Které skupiny se tohoto vyjednávání účastní?

Všechny tripartitní pracovní týmy jsou rozděleny stejně pomě-

rem 3 : 3 : 3, tj. tři zástupci vládní strany, tři zástupci zaměstnavatelů a tři ze strany zaměstnanců. Kromě toho se jednání většinou účastní stálí a mimořádní hosté, a to za všechny uvedené strany. Unie zaměstnavatelských svazů ČR má za strany zaměstnavatelů dominantní postavení, neboť sdružujeme širokou řadu zaměstnavatelských asociací a svazů ve zdravotnictví, jako např. všechny asociace nemocnic, záchrané služby, lékární, farmaceutický průmysl, dodavatele zdravotnických potřeb, velkodistributory léčiv, ale i zdravotní pojišťovny. Tato rozmanitost může mít své dílčí výhody, ale někdy je velmi náročné najít průniková či konsensuální řešení a stanoviska.

Jak hodnotíte probíhající komunikaci o daných tématech s ministerstvem zdravotnictví?

Zástupci na jednání tripartitního týmu pro zdravotnictví jsou vždy zastoupeni prostřednictvím náměstků a většinou i ministrem. Stejně tak příprava podkladů na jednání je v porovnání s jinými pracovními týmy, ve kterých zastupujeme zaměstnavatele, nadprůměrná. Možnost jednání o aktuálních problémech na úrovni jednotlivých asociací či různých platforme přímo s panem ministrem Němečkem je v porovnání s minulostí omezenější.

Jste členem pracovní skupiny pro koncepční řešení následné a dlouhodobé péče na MZ, o čem tato pracovní skupina nyní jedná?

Tato expertní skupina navazuje na podobné aktivity v minulosti (expertní panel k dlouhodobé péči, věcný návrh zákona o dlouhodobé péči, poslední návrh novelizace dílčích právních norem z konce roku 2013) a její ambicí je nastavit návrh systému dlouhodobé péče, zejména ve zdravotnické části, tzn. i s přesahem na sociální sféru (ale pouze v té zdravotnické části). Kromě toho existuje meziresortní sku-



Foto: archív

pina k témuž problému, tedy k dlouhodobé péči, kde jsou zástupci MPSV ČR, MZ ČR a krajů. Právem však rozdílné přístupy a paradigmatu obou těchto resortů byly v minulosti důvodem, nebo jedním z důvodů, ztroskotání snah o konsensuální řešení. Není náhodou, že dlouhodobá péče funguje nejlépe v zemích, kde je zdravotní i sociální část řešena jedním ministerstvem.

O efektivnějším propojení sociální a zdravotní sféry se hovoří roky, až nyní ale VZP a Asociace poskytovatelů sociální péče podepsaly přelomové memorandum, kde se strany dohodly na výši úhrad zdravotní péče. Dokument navíc působí jako mediátor, protože strany odstoupily od soudních sporů... Tato dohoda je pragmatickým konsenzem obou stran, a to zejména v době, kdy po téměř dvou letech soudních sporů nebyl ve stejných sporech konsenzuální výsledek. Odvolací soudy rozhodovaly – a ve zbývajících sporech stále ještě rozhodují – nejednoznačně. Dohoda nespočívá ani tak ve výši úhrad, jako v nastavení regulačních mechanismů. Nicméně otevírá možnost dohod i v dalších oblastech, jednáme například o pilotním nastavení paušálních úhrad místo stávajícího výkonového systému. Tento problém a tyto spory jsou ale spíše důsledkem nastavení celkového konceptu dlouhodobé péče napříč zdravotní a sociální sférou. Máme tak velmi podobné pacienty/klienty ve dvou systémech, kdy každý vykazuje radikálně jinou finanční participaci, systém financování, podmínky poskytování, nastavení kvality, ale i reálnou dostupnost či přístupnost.

Vidíte další oblast, která by obdobnou smlouvu vyžadovala?

Ne, poskytování ošetrovatelské péče, respektive zdravotních služeb v pobytových službách sociální péče, je zcela mimo klasický rámec. Poskytovatelé sociálních služeb mohou poskytovat zdravotní služby, a jsou tak považováni za poskytovatele zdravotních služeb, avšak bez oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Nevztahuje se na ně úhradová vyhláška, a nejsou tedy ani účastníky dohadovacího řízení. Způsob a parametry úhrad jsou tak předmětem jednání a dohody mezi poskytovatelem a danou zdravotní pojišťovnou. Mimoto mají zdravotní pojišťovny vůči tomuto segmentu kontrakční povinnost.

Unie zaměstnavatelských svazů ČR pořádá konferenci Zdravotnictví 2015, která témata by zde měla v odborné diskusi zaznít?

Jde o první ročník série odborných konferencí, které proběhnou pod záštitou předsedy vlády ČR. Dá se také konstatovat, že se nám podařilo shromáždit na jedno místo téměř všechny přední odborníky a klíčové aktéry v oblasti zdravotnictví. Hlavním důvodem pořádání této ojedinělé konference je otevřít diskusi mezi státem a odbornými asociacemi a svazy, tedy zaměstnavateli a poskytovateli. Dát prostor ministerstvu zdravotnictví k prezentaci zásadních změn nadcházejícího roku a vizí pro další období, ale i dát státu zpětnou vazbu od jednotlivých segmentů, přiblížit a popsat nejpalčivější problémy. V rámci odborných sekcí chceme pak jít v diskuzích a odborných přednáškách hlouběji do problémů na témata: lůžková zdravotní péče, léková politika, zdravotní pojištění a dlouhodobá péče v ČR.

ZE ZAHRANIČÍ / FARMABYZNYS

Nobelovu cenu si odnáší trojice neurologů

Letošními laureáty Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu se stala trojice neurologů, kteří objevili buňky, díky nimž je náš mozek schopen orientovat se v prostoru. Prestižní ocenění spojené s finanční odměnou si rozdělili americko-britský vědec John O'Keefe a norští manželé May-Britt a Edvard Moserovi.

„Jejich objevy vyřešily problém, nad nímž si celá staletí lámali hlavu nejen vědci, ale i filosofové. Jak mozek vytváří mapu prostoru, který nás obklopuje, a jak se dokážeme v tak složitém prostředí orientovat,“ píše se v odůvodnění švédského Karolinska Institutet, jenž laureáty vyhlašuje. Vědci tak svým výzkumem přispěli k pochopení mechanismu ztráty prostorové paměti, a tedy řa-

dy nemocí včetně Alzheimerovy choroby.

Vnitřní mapa

John O'Keefe, který v současnosti působí na University College London, v roce 1971 při pokusech s krysy zjistil, že když se zvíře ocitne v jisté části místnosti, dojde u něho k aktivaci určitého typu nervových buněk. Vědec tehdy dokázal, že tyto buňky

neregistrují pouze zrakový vjem, ale kreslí vnitřní mapu daného prostředí.

O 34 let později, tedy v roce 2005, norští manželé May-Britt a Edvard Moserovi, vědci působící na Noršské univerzitě pro vědu a technologie v Trondheimu (NTNU), identifikovali další typ nervových buněk, které vytvářejí systém souřadnic a umožňují přesné hledání cesty v prostoru. Jak pro ČTK uvedla předsedkyně České společnosti pro neurovědy prof. Eva Syková, objev do budoucna šanci lidem s poruchami paměti a orientace, k nimž patří i pacienti s Alzheimerovou chorobou, u kterých jsou tyto buňky poškozeny. „Podpora tvorby těchto buněk různými léky nebo činnostmi vede ke zlepšení paměti. V budoucnosti by bylo možné podpořit dobrou funkci tvorbu nových buněk v hipokampu nebo třeba i transplantacemi kmenových buněk,“ domnívá se prof. Syková.

Uznání po letech

„Jsem nesmírně potěšen a šťasten, pořád se ještě nacházím ve stavu šoku,“ komentoval získání No-



May-Britt a Edvard Moserovi | Foto: NTNU

belovy ceny prof. O'Keefe. „Je to nejvyšší pocta, jíž můžete dosáhnout,“ dodal. Dr. Colin Lever, který s prof. O'Keefem spolupracoval v laboratoři, neskrýval své nadšení z výběru jednoho z letošních laureátů. „Nobelovu cenu si rozhodně zaslouží, vždyť jeho objevy patří k naprosto revolučním! V roce 1971 však na ně nebyl svět připravený, takže tehdy žádného uznání nedošel,“ uvedl pro BBC dr. Lever. „Nobelova cena je obrovská čest nejen pro nás, ale patří i všem lidem, kteří s námi spolupracovali a podporovali nás,“ reagovala na oznámení letošních Nobelových cen prof. Moserová s tím, že ve své práci hodlají s manželem i nadále pokračovat. Ona a je-

jí muž jsou pátým manželským párem v historii, který toto prestižní ocenění získal.

Naopak negativně zareagovali na letošní nositele Nobelových cen za fyziologii a medicínu norští ochránci zvířat, kteří poukázali na skutečnost, že výzkum oceněných probíhá na myších. Prof. O'Keefe však naopak vyjádřil pro BBC znepokojení nad zamýšlenými regulacemi výzkumu na zvířatech ve Velké Británii. „Je neoddiskutovatelným faktem, že pokud chceme dosáhnout pokroku ve výzkumu základních oblastí medicíny a biologie, potřebujeme laboratorní zvířata,“ uzavřel John O'Keefe.

(Zdroje: BBC, ČTK)

(kha)



John O'Keefe | Foto: Per Henning / NTNU

Krátce z (farma)byznysu

- Společnost **Bayer** uzavřela akvizici divize Consumer Care americké farmaceutické společnosti **Merck & Co, Inc.** Bayer zaplatil kupní cenu 14,2 miliardy dolarů. Integrace získaného byznysu již úspěšně začala. Divizi Bayer Consumer Care vede Erica Mann. Akvizice výrazně posiluje obchodní činnost společnosti Bayer v oblasti volně prodejných léků v četných terapeutických oblastech (přípravky proti rýmě, alergii, chřipce a pro léčbu nosních dutin, dermatologické přípravky, přípravky pro péči o nohy a léky na zažívací ústrojí), společnost získá u volně prodejných léků druhou pozici na světovém trhu. Současně vstupuje v platnost i strategická farmaceutická spolupráce mezi společnostmi Bayer a Merck &

Co., Inc., v oblasti rozpustných modulatorů sGC. Bayer plánuje posílení svých možností rozvoje v kardiologii pomocí globální smlouvy o společném vývoji a společném komerčním využití, která již byla schválena příslušnými antitrustovými úřady. Merck & Co., Inc., zaplatí společnosti Bayer až 2,1 miliardy dolarů.

- Zhruba 120 tun (tedy asi 400 tisíc balení) přírodních kolagenních doplňků stravy pro komplexní výživu a regeneraci kloubního systému lidí a zvířat dodá na trh v roce 2014 firma **Orling, s. r. o.**, z Ústí nad Orlicí. Letos česká společnost předpokládá mírný, 1% meziroční nárůst obrátu na 70 milionů korun. O více než 2,5 % přitom vzroste export, který

v roce 2014 dosáhne 39 milionů Kč a na celkových tržbách firmy se bude podílet 55%. Informovala o tom spolumajitelka a jednatelka společnosti Ing. Kateřina Marie Dušková s tím, že své kolagenní doplňky stravy pro komplexní výživu kloubů a pohybového systému Orling vyváží do Srbska, Chorvatska, Polska, Bulharska, Ruska, Litvy a Lotyšska, ale také třeba do Turecka, Vietnamu nebo Číny. Pro humánní užití je určeno až 80% celkové produkce doplňků stravy. Zbýlá část napomáhá ochraně a výživě kloubů a pohybového ústrojí zvířat. Společnost působí v oboru od roku 1992.

- Farmaceutické firmy **GlaxoSmithKline** (GSK) a **NewLink** posilují výrobní kapacity, aby v první polo-

vině roku 2015 dokázaly razantně zvýšit produkci svých experimentálních vakcín proti Ebole. GSK i NewLink nezávisle na sobě vyvíjejí očkovací látky, které jsou nyní ve fázi testování. To se odehrává, případně brzy bude, v 10 zdravotnických zařízeních v Africe, Severní Americe a Evropě.

- Společnost **Johnson & Johnson** koupí za 1,75 miliardy USD (38,1 miliardy Kč) biofarmaceutickou firmu **Alios BioPharma Inc.** J&J tak získá napojení na sérii léků zaměřených na virové infekce. Dohoda by měla být dokončena v posledním čtvrtletí letošního roku po schválení antimonopolním úřadem. Alios je soukromou společností, jež se zaměřuje na vývoj léčebných preparátů proti

virovým onemocněním. Dohoda zahrnuje i řadu léků v experimentální fázi vývoje.

- Německá farmaceutická a chemická společnost **Merck KGaA** koupí za 17 miliard dolarů (364,6 miliardy Kč) americkou firmu **Sigma-Aldrich**. Akvizice je největším převzetím v historii Mercku a firma si díky němu zároveň posílí pozici v oblasti chemikálií používaných ve výzkumných laboratořích. Merck za jednu akcii nabídl 140 dolarů, což ve srovnání s páteční závěrečnou cenou akcií na burze představuje prémii 37%. Dohodu musí ještě schválit akcionáři americké firmy a také antimonopolní úřady. Dokončena by měla být v polovině příštího roku.

(Zdroje: Orling, Bayer, ČTK)

(kha)

Bayer plánuje zaměřit se výhradně na Life Science

Farmaceutická společnost Bayer se v budoucnu hodlá zaměřit výhradně na byznys v oblasti Life Science – HealthCare a CropScience – a provést úpis akcií MaterialScience na akciovém trhu jako samostatné společnosti.

„Máme v úmyslu vytvořit dvě špičkové globální korporace: Bayer jako prvotřídní společnost zabývající se vývojem nových léčiv v oblasti Life Science, a MaterialScience jako předního hráče na poli polymerů,“ uvedl výkonný ředitel společnosti dr. Marijn Dekkers.

Přímý přístup ke kapitálu

V posledních letech se těžiště činnosti společnosti Bayer výrazně posunulo směrem k činnosti v rámci Life Science. Došlo k úspěšnému uvedení nových farmaceutických výrobků na trh a rozvoji v oblasti CropScience. Po pravidelném hodnocení obchodního portfolia se představenstvo proto rozhodlo směřovat společnost do těchto oblastí činnosti. Life Science v současné době již tvoří asi 70 procent prodeje koncernu Bayer a 88 procent EBITDA před odedčením zvláštních položek.

Během příštích 12 až 18 měsíců se plánuje úpis společnosti MaterialScience na burze jako samostatné společnosti. Hlavním důvodem pro tento krok je umožnit společnosti MaterialScience přímý přístup ke kapitálu, aby jej mohla v budoucnu rozvíjet. Tento přístup již nelze dostatečně zajistit uvnitř skupiny Bayer kvůli značným investičním potřebám oblastí Life Science v oblasti jak strukturálního, tak i vnějšího růstu.

Vyšší výdaje na výzkum

„Společnost Bayer bude i nadále působit jako společnost s atraktivním a vyváženým portfoliem a primárním zaměřením na růst,“ vysvětlil Marijn Dekkers. Za tímto účelem firma hodlá zvýšit své výdaje na výzkum a vývoj, selektivně posílí výzkum v oblastech zdravotní péče HealthCare a ochrany rostlin CropScience a pokračovat v úspěšné komercializaci farma-



Foto: Shutterstock

ceutických výrobků uvedených na trh v poslední době. „Pevně věříme, že společnost MaterialScience bude moci využívat své samostatné postavení k využití svých stávajících silných stránek ještě rychleji, účinněji a pružněji na poli globální konkurence,“ dodal výkonný ředitel.

(Zdroj: Bayer)

(red)

Tocilizumab i pro pacienty se závažnou, aktivní a progresivní RA

Evropská komise schválila přípravek tocilizumab (RoACTEMRA, výrobcem Roche) pro použití u pacientů se závažnou, aktivní a progresivní revmatoidní artritidou (RA), kteří dosud nebyli léčeni methotrexátem.

Léčba onemocnění v této kritické fázi může zabránit nevratnému poškození kloubů a dlouhodobé invaliditě. Tocilizumab je prvním antagonistou receptoru pro interleukin-6 (IL-6), který je v Evropě schválen pro použití u pacientů s časnou RA.

„Přípravek představuje účinnou biologickou léčbu pacientů s časnou RA, která může změnit průběh onemocnění a snížit pravděpodobnost invalidity,“ uvedla ředitelka mediálního oddělení a oddělení vývoje léků společnosti Roche dr. Sandra Horningová. „Tocilizumab, coby první antagonistu receptoru pro IL-6 schválený pro časnou RA, řeší potřebu dalších léčebných možností kromě léčby pomocí anti-TNF u tohoto invalidizujícího onemocnění,“ dodala dr. Horningová.

Schválení vycházelo z výsledků studie FUNCTION, klinické-

ho hodnocení fáze III, které posuzovalo účinnost, bezpečnost a prevenci strukturálního poškození kloubů u pacientů s časnou středně závažnou až závažnou RA (definovanou jako ≤ 2 roky od diagnózy), kteří dosud nebyli léčeni methotrexátem. Studie prokázala, že u pacientů, kteří dostávali tocilizumab v kombinaci s methotrexátem nebo jako jedinou léčbu (monoterapii), došlo po 24 týdnech k významně většímu zlepšení aktivity onemocnění (DAS28 remise) než u pacientů, kteří dostávali samotný methotrexát.

Údaje také prokázaly, že při léčbě tocilizumabem s i bez methotrexátem bylo dosaženo větší inhibice strukturálního poškození kloubů ve srovnání se samotným methotrexátem.

(Zdroj: Roche)

(red)

KOMERČNÍ PREZENTACE

Zentiva: osvěta je potřebná, veřejnost mnohá zdravotní rizika podceňuje

Farmaceutická společnost Zentiva patří mezi nejvýznamnější firmy na českém trhu. V posledních letech zažívá expanzi, léky s jejím logem seženete už i v Asii, Africe nebo na Středním východě. I přes svůj úspěch stojí ale Zentiva nohama stále pevně na zemi. Uvědomuje si, že široká veřejnost nepotřebuje k uzdravení jen léky, ale také dostatek informací.

I proto se Zentiva orientuje na osvětu široké veřejnosti. Varuje veřejnost před padělkami léků, uvedla na trh digitální aplikaci „Lékárnička“ a nově také upozorňuje na rizika, která s sebou nese podceňování preventivních prohlídek. „Každý rok na podzim si připomínáme Světový den srdce. Využili jsme tuto příležitost, abychom české veřejnosti připomněli rizika spojená s vysokým cholesterolem,“ vysvětluje Libor Kytýr, ředitel komunikace společnosti Zentiva a Sanofi. Vysoký cholesterol pacienti často podceňují hlavně proto, že je nebolí a neomezuje v běžném životě. O to horší však mohou být následky. „Infarkty, mozkové mrtvice a také smrt padesáti tisíc Čechů ročně, to vše má na svědomí,“ vypočítává Libor Ky-

týr důvody, jež přivedly Zentiva a její mateřskou společnost Sanofi k tématu vysokého cholesterolu. Obě farmaceutické firmy se proto spojily s Českou společností pro aterosklerózu a upozornily veřejnost na význam včasného testování. „Medicína už velice pokročila. Vysoký cholesterol lze u mnohých pacientů regulovat pomocí statinů,“ zmiňuje Libor Kytýr skupinu léků. Včasné podchyzení nemoci by zároveň výrazně ulehčilo zdravotním systémům jednotlivých zemí. „Léčba kardiovaskulárních chorob představuje vysokou finanční zátěž. Pacient s infarktem myokardu potřebuje nákladnou akutní péči, jejíž cena se může vyšplhat na stovky tisíc korun. Chronická léčba nemocných s oběhovými chorobami předsta-

vuje pro zdravotní systém druhou nejvyšší položku po onkologické léčbě,“ vysvětluje doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., předseda České společnosti pro aterosklerózu. Celkové náklady na léčbu kardiovaskulárních chorob se jen v Evropské unii v roce 2012 vyšplhaly na 196 miliard eur (tedy zhruba 5,4 bilionu korun), jak uvádí Evropská statistika kardiovaskulárních chorob (European Cardiovascular Disease Statistics). Vysoký cholesterol však neohrožuje jen lidi s nesprávnou životosprávou. Často za něj mohou i geny. Vrozená porucha metabolismu, která se projevuje právě výrazně zvýšenými hladinami cholesterolu, má název familiární hypercholesterolemie (FH). „Tato nemoc způsobuje dramatické urychlení aterosklerózy

a pacienti mohou zemřít na infarkt nebo mozkovou mrtvici už kolem pětaticátého roku věku,“ říká doc. Vrablík. Byly však zaznamenány i případy infarktu u dětí mladších deseti let, které měly tuto genetickou poruchu. Familiární hypercholesterolemii má jeden Čech z 500 a tato porucha se dědí z generace na generaci. Nevyhýbá se ani malým dětem. „Jestliže je tedy v rodině pacient s FH, měli by se nechat otestovat všichni její členové. Je pravděpodobné, že každý druhý

potomek nemoc zdědí,“ radí lékař. Prvním krokem k odhalení FH je běžné a prakticky neobsluhované vyšetření hladiny cholesterolu v krvi. Cholesterol se kontroluje při preventivní prohlídce v 18 letech a dále od 30 let věku v desetiletých intervalech. U dětí mladších 18 let se krev vyšetřuje v případech, že se v rodině již FH vyskytuje. Česká republika patří v léčbě vysokého cholesterolu ke světové špičce. V současnosti mají lékaři zachyceno 30 % z předpokládaného počtu nemocných FH, což je třetí nejlepší výsledek na světě. „Familiární hypercholesterolemii u nás trpí zhruba 20 tisíc lidí. Pokud nemoc zachytíme včas, stačí k léčbě statiny,“ říká doc. Vrablík.

ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI

ZE SPOLEČNOSTI

Pamětní medaile uděleny v Senátu

U příležitosti Dne české státnosti byly 26. září ve Valdštejnském paláci v Praze uděleny Stříbrné pamětní medaile Senátu Parlamentu České republiky významným osobnostem z oblasti vědy, kultury, sportu a vědeckého života. Mezi oceněnými bylo také pět osobností medicínského výzkumu.

Z rukou předsedy Senátu Milana Štěcha medaili převzal dlouholetý pracovník Biofyzikálního ústavu Akademie věd ČR, mezinárodně respektovaný český vědec prof. RNDr. Emil Paleček, DrSc., za vynikající vědeckou práci v oblasti fyzikální biochemie, struktury genetického materiálu a molekulární onkologie. Za vynikající vědeckou práci byl oceněn také náš přední neurofyziolog, profesor fyziologie a farmakologie prof. RNDr. František Vyskočil, DrSc. Ve své práci se



Foto: archiv PCR

věnoval především oblasti fyziologie synapsí a nervosvalového přenosu, neurofarmakologii, srovnávací neurofyziologii a chemicky řízeným iontovým kanálům. Pamětní medaili za vynikající vědeckou práci převzal také doc. MUDr. Dimitrij Slonim, CSc., který je klíčovou osobností české virologie, již vědec zasvětil celý svůj život. Třicet let vedl Výzkumný ústav imunologický a během této doby zde bylo vyvinuto 7 důležitých virových očkovacích látek a 27 diagnostických preparátů.

Oceněna byla dále přední česká lékařka se specializací na dětskou neurologii doc. MUDr. Miluše Havlová, CSc., za rozvoj léčby nervosvalových onemocnění. Přes čtyřicet let působila na Neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, kde se věnovala dětské neurologii, zejména progresivní nervosvalové nemoci, a kde také založila specializované centrum pro tyto nemoci. Pamětní medaili obdržela také jedna z nejznámějších českých psychologek a terapeutek a průkopnice moderních terapeutických metod PhDr. Darja Kocábová za mimořádný přínos psychologii. Ve své práci se věnovala především práci s mladými delikventy a těžce postiženými pacienty, významně přispěla také ke zrodu SOS dětských vesniček. (eta)

Největším rizikem je nevědomost

V medicínské divizi vydavatelství Mladá fronta vyšla evropsky jedinečná kniha o HIV. Autory jsou dva zdravotníci z Bulovky, kteří se s pacienty s HIV infekcí denně zabývají. Tiskovou konferenci s autory pořádalo sdružení Art For Life, jemuž se na vydání knihy podařilo získat grant a bezplatně ji šířit.

„Priorita publikace MUDr. Davida Jilicha a Mgr. Veroniky Kulířové ‚HIV infekce – současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství‘ je

v tom, že o tématu pojednává zcela srozumitelně, aniž by ztrácela na odbornosti. Má otevřít oči zdravotníkům nebo lidem, kteří se dostávají do kontaktu s HIV-pozitivními a stále ještě trpí možná někdy zbytečnými obavami. Tahle kniha přichází v pravý čas, protože HIV se vyvíjí opravdu dramaticky. Za posledních deset až dvanáct let se počet nakažených zvýšil až o 400 procent! Každý rok je maximum,“ řekl na tiskové konferenci RNDr. Vratislav Němeček, CSc., z referenční laboratoře pro HIV/AIDS Státního zdravotního ústavu. Jen za loňský rok bylo nově diagnostikováno 235 lidí.

Boji s AIDS pomáhá i Rihanna

Knihy na necelých dvou stech stranách nejen popisuje cestu viru od rizik, samotného přenosu, stadia nemoci, ale dotýká se i témat jako HIV a péče o domácí zvířata, HIV a sexuální život a ze-

jména pak zdravotníkům dá odpovědi na to, jak mají o HIV pozitivní pacienty pečovat. „Na knížku jsem pomýšlela několik let, protože jsem se opakovaně setkávala se zdravotníky, kteří měli k takovým pacientům odstup,“ vysvětlila svoji motivaci pustit se

do psaní Veronika Kulířová. „Kolikrát mě až udivily dotazy, které jsem dostával od poměrně vzdělaných lidí. A to je největší riziko, nevědomost,“ dodal doktor David Jilich, který se o HIV-pozitivní pacienty na Bulovce stará. Knížka vyšla za podpory MAC AIDS FUND. Letos nadace vybírá peníze za prodej rtěnky a lesku na rty, jejichž odstín navrhla zpěvačka Rihanna. A část peněz se prostřednictvím grantu dostala i do sdružení ART FOR LIFE, které knihu podpořilo. (D)



Veronika Kulířová a David Jilich, hlavní autoři knížky. | Foto: Martin Kámen

Mladí vědci získali ceny Discovery Award

V pražském Karolinu byly 24. září uděleny prestižní ceny za projekty, které pomáhají zlepšovat kvalitu života pacientů a poukazují na inovativní potenciál českého zdravotnictví a farmacie.

Ceny Discovery Award, určené pro mladé české vědce do 40 let, získali za rok 2013 Matyáš Flemr, Marek Mráz a Luděk Stehlík. Práce byly hodnoceny ve dvou kategoriích: a) základní výzkum v oblasti biomedicíny a b) inovativní klinické, diagnostické a preventivní přístupy.

Ing. Matyáš Flemr, Ph.D., z Ústavu molekulární genetiky AVČR, v. v. i., byl oceněn za publikaci v časopise *Cell*, která vysvětluje molekulární mechanismus vzniku vysoce aktiv-

ní RNA interference (RNAi) v myším vajíčku. Originalita práce spočívá v tom, že mechanismus, kterým došlo ke zvýšení aktivity RNAi ve vajíčku, lze snadno přenést i na jiné buněčné typy a savčí druhy. Autor se domnívá, že by výsledky výzkumu mohly být využitelné v aktivaci imunitní odpovědi proti některým virům.

MUDr. Mgr. Marek Mráz, Ph.D., z CEITEC MU a FN Brno byl oceněn za výzkum objasňující význam ne-

kódujících RNA v (de)regulaci molekulární dráhy, která v nádorových buňkách řídí jejich množení a přežití, tzv. signalizace přes B buněčný receptor. Práce byla publikována v časopise *Blood* a získala již cenu Evropské hematologické asociace. MUDr. Luděk Stehlík z Pneumologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze pak získal cenu za biodegradabilní stenty v řešení stenóz velkých dýchacích cest. Polydiioxanonový stent by měl být šetrnější ke sliznici průdušnice než dosud používané silikonové a kovové stenty. O rozdělení cen rozhodla hodnotící komise složená z renomovaných odborníků, kteří dlouhodobě působí v oblasti zdravotnictví. Kritérii hodnocení byly originalita, aplikovatelnost, společenský přínos a ekonomický dopad předložených projektů. Ceny vypisuje společnost Novartis, která poskytla pro ocenění vítězů finanční prostředky ve výši 200 000 Kč. Další ročník ceny Discovery Award bude vyhlášen koncem letošního roku. Více na: www.discoveryaward.eu. (asa)



Luděk Stehlík (vpravo) a zástupci dalších dvou oceněných – MUDr. Petr Svoboda přebírá cenu za Matyáše Flemra a Mgr. Kateřina Černá za Marka Mráze. | Foto: V. Brada

Myslete na Kouzelný klíč!

Můžete se zdát, že do konce roku zbývá spousta času, avšak chcete-li se zúčastnit literární soutěže Kouzelný klíč, možná je právě teď ten pravý čas myslet na psaní soutěžního příspěvku.

Pořadatelé děkují všem soutěžícím a všem, kteří je motivují, za dosud zasláné literární příspěvky do 10. ročníku literární soutěže pro pacienty a zaměstnance psychiatrických zařízení v České a Slovenské republice Kouzelný klíč. Ti, kteří dosud váha-

li a teprve nyní cítí, že by se rádi zúčastnili, mohou zaslat své literární dílo do soutěže na adresu: dagmar.zaludova@bohnice.cz, a to do 20. 12. 2014, nejpозději však do 1. ledna 2015. Další informace o soutěži: www.bohnice.cz. (red)

Pozvánka na výstavu „Doživotí“

Putovní výstava o Parkinsonově chorobě nazvaná „Doživotí“ je součástí kampaně, která má bojovat se stereotypy spojovanými s tímto onemocněním a s malým povědomím o nemoci, již trpí více

než 1 milion Evropanů. Do 12. října byla výstava v Praze (konkrétně v OC Letňany), nyní ji až do 26. října hostí FORUM Liberec a pak bude do 29. října opět v Praze, tentokrát v NC Eden. (red)

Dar na výzkum neuroblastomu

Shobokshi Investment daroval 2, 5 milionu korun na tříletý výzkum dětské rakoviny.

Částkou 2,5 milionu korun přispěla společnost Shobokshi Fakultní nemocnici Motol na tříletý výzkum nejčastějšího typu nádoru v raném dětství, neuroblastomu.

Šek předal majitel společnosti a honorární konzul České republiky v Saudské Arábii Hussein Shobokshi přednostovi Kliniky dětské hematologie a onkologie prof.



Prof. MUDr. Esckschlager s panem Shobokshim v laboratořích FN Motol.

Foto: Kapka naděje

MUDr. Janu Starému, DrSc. Charitativní akce se zúčastnila i Vendula Svobodová za nadaci Kapka Naděje, která se této problematice dlouhodobě věnuje. „Rakovina jakéhokoli typu je čím dál tím častějším onemocněním v každém věku. Neuroblastom, který postihuje děti do 15 let, je nejrozšířenějším nádorem právě u dětí a my bychom chtěli pomoci vývoji nových metod léčení a především rozvoji informací, kterých je o neuroblastomu stále málo,“ řekl majitel společnosti a honorární konzul Hussein Shobokshi.

Dar převzal na klinice onkologie z rukou Husseina Shobokshih prof. Starý společně s prof. MUDr. Tomášem Esckschlagerem, CSC., kteří se podílejí na výzkumu a mají dlouholeté zkušenosti s léčbou rakoviny.

„Tento projekt jsme se rozhodli podporovat nejen kvůli tomu, že může být důležitým mezníkem v léčbě nádoru u dětí, ale také na základě vlastní zkušenosti, jelikož tato choroba postihla mou dceru a v takovém momentě zjistíte, že zdraví je opravdu nejpřednější,“ dodal na závěr Hussein Shobokshi. (red)

Otevřeno další poradenské místo pro seniory

Nadace Taťány Kuchařové – Krása pomoci má druhé kontaktní místo s bezplatným poradenstvím pro seniory a jejich blízké.

Obecně prospěšná společnost Krása pomoci, patří pod Nadaci Taťány Kuchařové – Krása pomoci, otevřela v hlavní budově Ústřední vojenské nemocnice Praha své druhé kontaktní místo. V provozu bude každé úterý a čtvrtek od 10 do 14 hodin. První kontaktní místo s úspěchem od začátku dubna funguje v pasáži Kotva. Na obou místech je seniorům, jejich příbuzným či přátelům zdarma poskytováno odborné poradenství (informace o sociálních dávkách, kompenzačních pomůckách, dostupných službách atd.), zprostředkována pomoc a podpora při řešení problémů, se kterými se setkávají. Více informací: www.krasapomoci.cz (red)

tech je seniorům, jejich příbuzným či přátelům zdarma poskytováno odborné poradenství (informace o sociálních dávkách, kompenzačních pomůckách, dostupných službách atd.), zprostředkována pomoc a podpora při řešení problémů, se kterými se setkávají. Více informací: www.krasapomoci.cz (red)



Náměstek ředitele ÚVN pro léčebnou a preventivní péči Ivan Jeřábek a Taťána Kuchařová. Foto: Zmedia.cz

Inzerce M141001128

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 pojištěných 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.

OZP

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠTOVNA A STAVEBNICTVÍ

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 koncentrátoři 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

SERVIS

Kalendář akcí odborných lékařských společností – listopad 2014

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

23. konference sekce gynekologické endoskopie ČGPS

31. 10. – 1. 11. 2014/Olomouc

Místo konání: Kongresové centrum NH

Pořadatel: Sekce gynekologické endoskopie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

Kontakt:

www.laparoskop.cz/sge2014

Infekce vyvolané multirezistentními G- bakteriami

4. 11. 2014/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP, Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP

Kontakt: www.infekce.cz

9. brněnské hematologické dny

Trombóza a hemostáza, lymfoproliferativní onemocnění

4.–5. 11. 2014/Brno

Místo konání: Hotel International

Pořadatel: Česká hematologická společnost ČLS JEP, LF MU a FN Brno

Kontakt: www.hematology.cz

15. česko-slovenská konference revizního lékařství

8. konference Společnosti revizního lékařství

Onkologie, biologická léčba, nutriční léčba

5.–7. 11. 2014/Hodonín

Místo konání: Lázně Hodonín

Pořadatel: Společnost revizního lékařství ČLS JEP, Společnost revizního lékařství SLS

Kontakt:

www.revizni-lekarstvi.cz

17. liberecké osteologické dny

Zobrazování muskuloskeletálního aparátu

6.–7. 11. 2014/Liberec

Místo konání: Naivní divadlo

Pořadatel: ZRIR IKEM Praha

Kontakt: www.crs.cz

3. spinální kongres

6.–7. 11. 2014/Mikulov

Místo konání: Hotel Galant

Pořadatel: Neurologická klinika LF MU a FN Brno

Kontakt: www.spinalni-kongres.cz

16. český a 11. česko-slovenský kongres spánkové medicíny

6.–8. 11. 2014/Praha

Místo konání: Hotel Pyramida

Pořadatel: Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu

Kontakt: www.spanek2014.cz

8. konference Akné a obličejové dermatózy

7. 11. 2014/Brno

Místo konání: Hotel Holiday Inn

Pořadatel: Pracovní skupina pro akné sekce korektivní dermatologie České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP

Kontakt:

<http://web.lfhk.cuni.cz/dermat>

26. česko-slovenská konference Duševní zdraví mládeže

7.–8. 11. 2014/Brno

Místo konání: Hotel Continental

Pořadatel: Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP

Kontakt: www.psychiatrie.cz

Jihočeské psychiatrické dny

7.–8. 11. 2014/Hluboká nad Vltavou

Místo konání: Parkhotel

Pořadatel: Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice

Kontakt: www.psychiatrie.cz

21. sjezd českých a slovenských patologů

7.–8. 11. 2014/Praha

Místo konání: Karolinum

Kontakt: www.patologie.info

20. beskydský ORL den

7.–8. 11. 2014/Ostrava

Místo konání: Hotel Sepetná

Pořadatel: ORL klinika LF OU a FN Ostrava, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP

Kontakt:

www.otolaryngologie.cz

39. flebologické dny

Kontroverzní a aktuální témata v moderní flebologii

7.–8. 11. 2014/Hradec Králové

Místo konání:

Nové Adalbertinum

Pořadatel: Česká flebologická společnost ČLS JEP

Kontakt: www.phlebology.cz

5. konference sekce infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví ČGPS

Infekční komplikace v gynekologii a břišní chirurgii

8. 11. 2014/Praha

Místo konání: Clarion Congress

Hotel

Pořadatel: Sekce infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, ve spolupráci s Českou chirurgickou společností ČLS JEP

Kontakt:

www.infekce-gp.cz/2014

6. sjezd České společnosti kardiologické chirurgie

9.–11. 11. 2014/Brno

Místo konání: Hotel Voroněž

Pořadatel: Česká společnost kardiologické chirurgie

Kontakt: www.cskvch.cz

Aplikovaná farmakokinetika v práci klinického farmaceuta

Význam TDM pro klinickou praxi, základní úskalí v interpretacích výsledků TDM, klinické příklady, nejčastěji monitorovaná léčiva a lékové skupiny, příklady individualizace dávkovacích schémat, racionální úpravy dávkování protiinfekčních léčiv s pomocí TDM, lékové problémy při užití protiinfekčních léčiv, vlastnosti a klinická hodnota vybraných skupin antibiotik.

14. 11. 2014/Hradec Králové

Místo konání: Botanická zahrada FaF UK

Pořadatel: Univerzitní vzdělávací centrum klinické farmacie FaF UK

Kontakt: www.faf.cuni.cz/uckf

15. konference Tabák a zdraví

Závislost na tabáku

15. 11. 2014/Praha

Místo konání: Lékařský dům, Praha

Pořadatel: Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Pracovní skupina pro prevenci

a léčbu závislosti na tabáku ČLS JEP, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

Kontakt: www.slzt.cz

Antibiotický seminář

15. 11. 2014/Praha

Místo konání: Děkanát 3. LF UK

Pořadatel: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.infekce.cz

28. česko-slovenský neurologický sjezd

Bolesti hlavy, cerebrovaskulární onemocnění, demence a kognitivní poruchy, dětská neurologie, epilepsie, neuro-onkologie, neurorehabilitace, poruchy spánku...

19.–22. 11. 2014/Ostrava

Místo konání: Clarion Congress

Hotel

Pořadatel: Česká neurologická společnost ČLS JEP, Slovenská neurologická společnost SLS

Kontakt: www.csns2014.cz

15. česko-slovenská konference laboratorní hematologie

20.–21. 11. 2014/Hradec Králové

Místo konání: Univerzita Hradec Králové

Pořadatel: Česká hematologická společnost ČLS JEP, 4. interní hematologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Kontakt: www.hematology.cz

5. národní kongres České společnosti pro trombózu a hemostázu ČLS JEP

Diagnostika, prevence a léčba krvácivých stavů v: kardiologii, gynekologii a porodnictví, chirurgii a traumatologii, pediatrii, při léčbě antitrombotiky...

20.–21. 11. 2014/Praha

Místo konání: Clarion Congress

Hotel

Pořadatel: Česká společnost pro trombózu a hemostázu ČLS JEP, Česká hematologická společnost ČLS JEP, ČAS

Kontakt: www.csth.cz

22. onkologicko-urologické sympozium 18. mamologické sympozium

20.–21. 11. 2014/Praha

Místo konání: Kongresové centrum Artemis Olympik

Pořadatel: Česká onkologická společnost ČLS JEP, Česká urologická společnost ČLS JEP, Onkologická klinika 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha, KOC Nemocnice Na Bulovce, VFN a Thomayerovy nemocnice, nadační fond Onkologie pro 21. století

Kontakt: www.onkologie21.cz

16. sympozium klinické farmacie Reného Macha Farmakoterapie psychiatrických onemocnění a současné přístupy k antiagregační a antikoagulační léčbě

21.–22. 11. 2014/Mikulov

Místo konání: Zámek Mikulov

Pořadatel: Sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP, katedra sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové

Kontakt: www.faf.cuni.cz/sympoziumKF2014

Bauerův den

22. 11. 2014/Praha

Místo konání: FN Motol

Pořadatel: Onkogynekologická sekce České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

Kontakt: www.gynstart.cz

Kontakt: www.cggs.cz

Kontakt: www.kongres-medical.cz

Kontakt: www.kardio-cz.cz

Kontakt: www.linkos.cz

Kontakt: www.sngp.cz

Místo konání: Kongresové centrum Artemis Olympik

Pořadatel: Česká onkologická společnost ČLS JEP, Česká urologická společnost ČLS JEP, Onkologická klinika 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha, KOC Nemocnice Na Bulovce, VFN a Thomayerovy nemocnice, nadační fond Onkologie pro 21. století

Kontakt: www.onkologie21.cz

Místo konání: Děkanát 3. LF UK

Pořadatel: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.infekce.cz

28. česko-slovenský neurologický sjezd

Bolesti hlavy, cerebrovaskulární onemocnění, demence a kognitivní poruchy, dětská neurologie, epilepsie, neuro-onkologie, neurorehabilitace, poruchy spánku...

19.–22. 11. 2014/Ostrava

Místo konání: Clarion Congress

Hotel

Pořadatel: Česká neurologická společnost ČLS JEP, Slovenská neurologická společnost SLS

Kontakt: www.csns2014.cz

Místo konání: FN Motol

Pořadatel: Onkogynekologická sekce České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

Kontakt: www.gynstart.cz

20. celostátní gerontologický kongres

26.–27. 11. 2014/Hradec Králové

Místo konání: FN Motol

Pořadatel: Česká hematologická společnost ČLS JEP, Slovenská hematologická společnost SLS

Kontakt: www.cggs.cz

Zdravotnictví 2015

Stav českého zdravotnictví, výhled, vize, záměry, očekávané změny

27. 11. 2014/Praha

Místo konání: Hotel Diplomat

Pořadatel: Mladá fronta a.s., Events & Congresses

Kontakt: www.kongres-medical.cz

České kardiologické dny

27.–28. 11. 2014/Praha

Pořadatel: Česká kardiologická společnost

Kontakt: www.kardio-cz.cz

10. dny diagnostické, prediktivní a experimentální onkologie

27.–28. 11. 2014/Olomouc

Pořadatel: Česká společnost pro trombózu a hemostázu ČLS JEP, Česká hematologická společnost ČLS JEP, ČAS

Kontakt: www.csth.cz

4. konference Sdružení nemocničních gynekologů a porodníků

28.–30. 11. 2014/Ostrava

Místo konání: Clarion Congress

Pořadatel: Sdružení nemocničních gynekologů a porodníků

Kontakt: www.sngp.cz

(sta)

Výkon telefonické konzultace

Co přesně smí být považováno za výkon telefonické konzultace mezi pacientem a lékařem? Musí se o tom vést záznam ve zdravotnické dokumentaci? Je výkonem telefonické konzultace i objednání receptu pacientem po telefonu?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

postupu a všech jeho změnách. Poskytovatel zdravotních služeb je současně povinen umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám,

které musí být srozumitelně zodpovězeny. Zákon přitom výslovně neuvádí, jakou formou mají být pacientovi informace o zdravotním stavu poskytovány. V dnešní moderní době je zcela přirozené, pokud konzultace mezi lékařem a pacientem budou probíhat také po telefonu, skype či facebooku. Za výkon telefonické konzulta-

ce mezi lékařem a pacientem lze považovat patrně každou konzultaci, která souvisí se zdravotním stavem a léčbou pacienta. Pod výkon telefonické konzultace zřejmě spadá také „objednání“ receptu pacientem po telefonu, neboť toto „pouhé objednání“ receptu po telefonu předpokládá na straně lékaře předchozí posouzení zdravotního stavu pacienta a zvážení vhodné medikace.

Záznam do dokumentace nutný

Pokud jde o vedení zdravotnické dokumentace, pak vyhláška o zdravotnické dokumentaci výslovně stanovuje, že tato dokumentace obsahuje také informace o zdravotním stavu pacienta,

o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta. Zákon rovněž výslovně stanovuje, že zdravotnická dokumentace obsahuje záznam o rozsahu poskytovaných nebo vyžádaných zdravotních služeb. Zcela nepochybně tak je potřeba, aby do zdravotnické dokumentace byl proveden záznam také o telefonické konzultaci mezi lékařem a pacientem, byť by jejím obsahem mělo být pouze „objednání“ receptu pacientem u lékaře.

Úhrada a ochrana osobních údajů

V případě jakýchkoli dalších pochybností či nejasností do-

poručují problematiku telefonických konzultací lékaře s pacientem, jejich zaznamenávání ve zdravotnické dokumentaci a vykazování pro zdravotní pojišťovny konzultovat se zdravotní pojišťovnou, jejímž pojištěncem je příslušný pacient. Můžete tak předejít případným budoucím sporům s pojišťovnou ohledně úhrady takto poskytovaných zdravotních služeb.

Nad rámec dotazu ještě zdůrazňuji aspekt ochrany osobních údajů a mlčenlivosti poskytovatele zdravotních služeb. Aby lékař zajistil, že telefonická konzultace proběhla skutečně mezi ním a pacientem, lze jen doporučit, aby byl s pacientem dohodnut bezpečnostní kód či heslo, které pacient na úvod telefonátu sdělí lékaři.

Souhlas s extrakcí zubu

Měl by stomatolog vyžadovat od pacienta podepsaný souhlas s vytržením zubu? V případě dětských pacientů s mléčným chrupem - je třeba souhlasu rodičů s extrakcí mléčného zubu?

Problematikou zásahu do tělesné integrity nezletilých, tj. dětských pacientů, se zabývá nejen nový občanský zákoník, ale také zákon o zdravotních službách.

Nový občanský zákoník stanovuje, že člověk je nedotknutelný. Mimo případ stanovený zákonem nesmí nikdo zasáhnout do integrity jiného člověka bez

jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích. Zákonný zástupce přitom může udělit souhlas k zásahu do integrity zastoupeného, je-li to k přímému prospěchu osoby, která není schopna dát souhlas sama.

Nový občanský zákoník dále uvádí, že kdo chce provést na jiném člověku zákrok, vysvětlí mu srozumitelně povahu tohoto zákroku. Vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že druhá strana pochopila způsob a účel zákroku včetně očekávaných následků i možných nebez-

pečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu případně i jiný postup. Uděluje-li souhlas za jiného jeho zákonný zástupce, podá se vysvětlení tomu, kdo má být zákroku podroben, je-li schopen úsudku, a to způsobem přiměřeným schopnosti dotčeného vysvětlení pochopit.

Nový občanský zákoník konečně stanovuje, že nezletilý, který není plně svéprávný, může v obvyklých záležitostech udělit souhlas k zákroku na svém těle také sám, je-li to přiměřené rozumně a volní vyspělosti jeho věku a jedná-li se o zákrok ne-

zanechávající trvalé nebo závažné následky.

Podrobněji se právy nezletilých pacientů zabývá zákon o zdravotních službách, který mimo jiného stanovuje, že pacient má právo při poskytování zdravotních služeb na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce. Jde-li o nezletilého pacienta, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci pacienta a pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumně a volně vyspělý.

Zákon o zdravotních službách konečně stanovuje, že při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýš-

lených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumně a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor přitom musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumně a volně vyspělosti pacienta.

Domnívám se, že po ryze právní a formální stránce by - velmi striktně vzato - bylo vhodné, aby souhlas rodiče nezletilého byl udělen písemně do zdravotnické dokumentace, má-li být oddělena část těla, která se již neobnoví; popřípadě aby alespoň bylo ve zdravotnické dokumentaci uvedeno, že vytržení zubu z mléčného chrupu bylo provedeno za přítomnosti a se souhlasem rodiče.

Inzerce M141001280

Office

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2	Prům.max	40	38	44	46	51	56	67	72
3	Prům.min	34	33	38	41	45	48	51	55
4	Nejvyšší	61	69	79	83	95	97	100	101
5	Nejnižší	0	2	9	24	28	32	36	39
6									

Chcete přehlednější data? Zkuste podmíněné formátování v Excelu.

A Vaše data budou přehledná na první pohled.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2	Prům.max	40	38	44	46	51	56	67	72
3	Prům.min	34	33	38	41	45	48	51	55
4	Nejvyšší	61	69	79	83	95	97	100	101
5	Nejnižší	0	2	9	24	28	32	36	39
6									

Více se dozvíte na
www.officepower.cz

Nejlepší nástroje pro vaši práci najdete
v Office 2013 pro podnikatele.

Trvalá licence za nejvýhodnější cenu!

Microsoft

SERVIS

Pavel Dungal a kolektiv
Ortopedie

2., přepracované a doplněné vydání

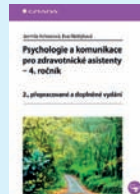


Rozsah:
1192 stran
Cena: 1950 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4357-8
Vydavatel:
Grada

První vydání základní publikace v oboru bylo oceněno kromě jiného Cenou rektora UK a Cenou Hlávko-va nadačního fondu. Druhé vydání vychází doplněné o aktuální poznatky a trendy. Kniha je rozdělena do dvou celků. První část podává přehled o zánětlivých a degenerativních onemocněních, vrozených a systémových vadách, neuromuskulárních onemocněních, metabolických onemocněních se skeletálními projevy, o ortopedické onkologii a shrnuje problematiku postižení šlach a periferních nervů. Součástí je rovněž pojednání o rehabilitaci v ortopedii, o styčných oblastech s neurologií a neurochirurgií i o vyšetřovacích metodách. Následující speciální část se podrobně věnuje jednotlivým topografickým lokalitám. Knihu uzavírá nově zařazená kapitola o traumatologii obecné i končetinové. Publikace obsahuje téměř 1200 kreseb, fotografií a RTG snímků a na 60 tabulek.

Jarmila Kelnarová,
Eva Matějková
**Psychologie
a komunikace
pro zdravotnické
asistenty – 4. ročník**

2., přepracované a doplněné vydání



Rozsah:
148 stran
Cena: 189 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5203-7
Vydavatel:
Grada

Učebnice zpracovává problematiku verbální a neverbální komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty. Získané poznatky žáci později využijí při jednání s nemocným i s jeho rodinou, při zvládnání konfliktů, sdělování informací a edukaci nemocného. Lépe vyhodnotí a porozumí chování pacienta v určité situaci a získají možnost reflexe vlastních reakcí.

Jana Vrbíková, Michael Fanta,
Dana Koryntová
**Syndrom
polycystických ovarii**

Rozsah:
96 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-372-5
Vydavatel:
Maxdorf,
edice
Farmakoterapie
pro praxi

Syndrom polycystických ovarii (PCOS) je s největší pravděpodobností nejčastějším onemocněním žen ve fertilním věku a již téměř 60 let podněcuje gynekology a endokrinology u nás a ve světě k intenzivnímu bádání. Monografie vznikla na základě spolupráce odborníků z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Výzkumného ústavu endokrinologického a podkladem pro její napsání byly výsledky studií společně s doporučeními předních zahraničních odborníků v oblasti PCOS. Obsahuje nové informace ze základního a klinického výzkumu, včetně jejich využití v klinické praxi.

Jindřiška Perušičová
**Diabetes mellitus
a endokrinologie**

Rozsah:
119 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-400-5
Vydavatel:
Maxdorf

Publikace je 13. svazkem edice Současná medicína a autorka v ní přináší informace o tom, jak v minulosti (i dosti vzdálené) lékaři nahlíželi na diabetes ve spojení s postižením dalších žláz s vnitřní sekrecí. Věnuje se především endokrinním žlázám a klinickým jednotkám, které mohou významněji ovlivňovat nemocné diabetem nebo jež se naopak daří výrazněji ovlivňovat.

Darja Jarošová,
Renáta Zeleníková
**Ošetřovatelství
založené na důkazech**

NOVÉ KNIHY



Rozsah:
136 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5345-4
Vydavatel:
Grada

Kniha seznamuje se základními principy Evidence Based Nursing (EBN), obsahuje charakteristiku a popis ošetřovatelského procesu dle EBN. Je určena nejen studentům pregraduálního a postgraduálního studia ošetřovatelství a příbuzných zdravotnických oborů, ale také sestřám, porodním asistentkám a dalším zdravotnickým pracovníkům v praxi.

Marcela Hauke
**Zvládnání
problémových situací
se seniory**

nejen v pečovatelských službách



Rozsah:
128 stran
Cena: 239 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5216-7
Vydavatel:
Grada

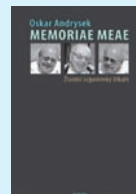
Předmětem publikace je metodický popis zvládnání problémového chování seniorů, ale i dalších komplikací, se kterými se setkávají zejména zaměstnanci terénních sociálních služeb při zajišťování péče seniorům v jejich domácím prostředí. Kniha rovněž představuje výsledky rozsáhlého výzkumu v této oblasti, kterého se zúčastnilo 29 organizací zajišťujících pečovatelskou službu napříč republikou.

Jean Piaget,
Bärbel Inhelderová
Psychologie dítěte

Rozsah:
144 stran
Cena: 275 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0691-0
Vydavatel:
Portál

Kniha shrnuje hlavní výsledky pětačtyřicetileté práce ženevské psychologické školy. Jean Piaget v ní spolu se svou žákyní a nástupkyní na Ženevské univerzitě podává syntetický obraz vývoje dítěte od narození do adolescence. Je to obraz plastický, bohatě členěný a zároveň teoreticky podložený. Autoři poskytují ucelený pohled

na vývoj lidského jedince a obohacují novými hledisky vlastní úvahy o výchovných cílech a prostředcích.

Oskar Andrysek
Memoriae meae
Životní vzpomínky lékaře

Rozsah:
153 stran
Cena: 295 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-399-2
Vydavatel:
Maxdorf

V současné době jsme na jedné straně svědky fascinujících vynálezů a pokroků ve vědě a technice, ale na druhé straně také stále většího vlivu různých šarlatánů na společnost. A nejen u nás, v Česku, jde o fenomén celosvětový. Jedním z těch, kdo to nelibě nesou a poukazují na škodlivost iracionality v medicíně, je profesor onkologie Oskar Andrysek. Profesor Andrysek prožil zajímavou, překotnou a často nelehkou dobu, kterou v knize vzpomínek komentuje s nadhledem, humorem a lidským pochopením pro slabosti člověka a na vlastních zážitcích ukazuje vývoj a problémy lékařské vědy druhé poloviny 20. století.

Dita Rukriřglová a kolektiv
**Moše ben Majmon
– Maimonides**
Filosof, právník a lékař

Rozsah:
528 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-
-200-2367-4
Vydavatel:
Academia

Rozsáhlá monografie představuje tři stěžejní témata myšlenkového odkazu Moše ben Majmona (lat. Maimonides, 1138–1204): řecko-arabskou filozofii, náboženské právo judaismu a hippokratovsko-galénovskou medicínu. Hlavním cílem je ukázat nedělitelnost těchto tří aspektů Maimonidova díla a zdůraznit jeho vizi dokonalého středu, jež představuje návod k dosažení individuální harmonie. Maimonidův životní příběh je zasazen do kontextu společenských a kulturních proměn Středomoří, je představeno jeho nábožensko-právní myšlení na základě kodexu Mišne Tora, jeho filozofické myšlení, jak se projevuje

ve spisu Průvodce tápajících, a také lékařské názory.

Hans Joachim Lang
Ženy z bloku 10

Lékařské pokusy v Osvětimi



Rozsah:
328 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-249-2394-9
Vydavatel:
Ikar

V mužské části osvětimského koncentračního lágru nechalo vedení SS na jaře 1943 oddělit dvoupodlažní budovu kasáren, blok 10, od ostatního táborového území. Prováděly se tam lékařské pokusy na zhruba 800 židovských ženách. Dva doktoři na nich zkoušeli metody sterilizace, jiní je podrobovali dalším experimentům. Autor líčí, co se s těmito ženami dělo, jak zvládaly úkony všedního dne a s jakými následky se přeživilí vězeňkyně – bylo jich kolem 300 – musely po válce vyrovnávat.

Mary Louise Robertsová
Válka a chtíč

Sex a američtí vojáci za 2. světové války ve Francii



Rozsah:
256 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5205-1
Vydavatel:
Grada

Výjimečná, až provokativní, a současně objektivní kniha americké historičky líčí tolik oslavované vylodění Spojenců v Normandii a osvobození Francie z jiného pohledu, než bylo dosud zvykem. A vůbec při tom nejde o lacinou senzacechtivost. Postup spojeneckých armád měl totiž i svou druhou tvář. Jako v každé válce, i tady jej provázely akty násilí a zvrůle. Jak autorka dokládá na základě archivních pramenů, svědectví pamětníků a za spolupráce řady historiků, Francii považovali Američané za zemi vína, zpevu a žen, zdejší život za nemorální a dekadentní, a tak se francouzské ženy v mnoha případech staly obětí násilí. Vojáci se ovšem dopouštěli excesů i v domácnostech. Vždyť Francouzi byli přece do jisté míry kolaboranty a vládla tu vichistická proněmecká vláda. Tento přístup USA k Francii poznamenal i vzájemné vztahy obou států...

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



20 / Rozhovor

S Janou Wills o komunikačních a manažerských dovednostech

22 / Ze zahraničí

Co obnáší profese sestry v Německu

26 / Interna

Životní styl pacientů s hypertenzí

Inzerce M141001349



Cadenza
ZIMA
2014/15

Profesionalita a prestiž!

Přijďte se obléknout do naší prodejny,
Myslíkova 31, Praha 1.

www.cadenza.cz

Zelená linka: 800 148 830

Cadenza[®]

České zdravotnictví málo využívá i nástrojů, které jsou zadarmo

Jana Wills (*1972) je lektorkou komunikačních a manažerských dovedností. Učí profesionály z různých oborů jak v každodenních situacích, které svým účastníkům často přinášejí konflikty a frustrace, pracovat s informacemi, jak efektivně přimět jiné, aby odvedli svou práci precizně a s chutí, jak v dlouhodobém horizontu ochránit sám sebe před vyhořením. Vedle odborníků z jiných oblastí školí také zdravotnický management, lékaře a střední personál v českých nemocnicích.

Jaké vzdělání potřebuje člověk, který chce vzdělávat ve zdravotnictví?

Nejprve jsem vystudovala střední zdravotní školu a několik let pracovala jako laborantka. Potom jsem absolvovala na filozofické fakultě obor pedagogika se zaměřením na pedagogicko-psychologické poradenství a sociální pedagogiku. Už tehdy mě zaujala oblast komunikace, protože zahrnuje celou škálu dalších oborů – od neverbální komunikace přes psychologii až po sociologii. Absolvovala jsem i trénink krizové intervence a čtyři roky pracovala na Lince bezpečí, což je pracoviště, které se mírou stresu a emocí do značné míry blíží práci ve zdravotnictví. Nyní působím jako lektorka školící a konzultační společnosti Centrum dohody.

Pracovala jste několik let ve zdravotnictví. Promítají se vaše osobní zkušenosti z této doby do vaší dnešní práce?

Ve vzdělávání zkušenost z laboratoře přímo nevyužívám. Ale okrajově je pro mě cenné, když si umím představit, z čeho vzešel střední personál, v jakém asi kolektivu a prostředí se pohybuje, jaké má znalosti a zkušenosti. Během školení mi to pak pomáhá lépe navázat kontakt a vcítit se do jejich reality. Ze zdravotnictví mám především klientskou zkušenost.

Proč je správná komunikace právě ve zdravotnictví tak důležitá?

Záleží na tom, zda se díváte z pohledu pacienta, zdravotníka, nebo nemocnice. Když začnu od konce, tak je přinejmenším v ekonomickém zájmu nemoc-

nice, aby měla dobrou pověst ve vztahu k veřejnosti. Pro zdravotníky je zase důležité, aby pacienta přivedli k aktivní spolupráci na léčebném procesu. Aby to, co doktor řekne, pacient skutečně konal. Třeba aby prováděl cviky, které povedou ke zlepšení jeho stavu. Oficiální čísla uvádějí, že podíl případů, kdy se podaří takové spolupráce dosáhnout, je asi 50 procent. Ale když se ptáme na školeních, zdravotníci tvrdí, že lékařské pokyny dodržuje asi třetina pacientů. Takže zjevně je i v zájmu zdravotnického personálu – už pro ten pocit, že odvádí dobrou práci – umět s pacientem efektivně komunikovat. To se týká i soudních sporů, protože je méně pravděpodobné, že by si pacient stěžoval na lékaře, který se k němu choval hezky. Třetina až čtvrtina všech stížností se netýká odbornosti, ale právě chování lékařů a sester.

Tím se dostáváme k významu správné komunikace ve zdravotnictví pro pacienta.

Pacient bude na 100 procent spokojen, když na něj personál bude mít čas, vše mu vysvětlí, bude empatický. Ale zdravotníci obvykle čas nemají a obávají se, že když se do profese příliš zaangažují, tak s větší pravděpodobností vyhoří. Já se jim snažím vysvětlit, že dobré komunikaci se učí nejen proto, aby se měl dobře pacient, ale aby se měli dobře i oni. Aby se naučili pracovat s emocemi svými i druhých lidí, a tím se právě vyhoření bránili.

Komu ve zdravotnictví nejvíce hrozí, že vyhoří?

Nedávný výzkum České lékařské komory ukázal, že vyhoře-



Foto: Martina Řehorová

ním jsou nejvíce ohroženi mladí lékaři. Přicházejí po škole a těší se, že budou zachraňovat životy, namísto toho však bývají konfrontováni s drsnou realitou velmi konkurenčního prostředí, kde paralelně existují dva nepříteli propojené světy sester a lékařů. Organizace velmi často není pro mladé lékaře příliš podpůrná, nikdo se o ně nestará, nikdo je nevede, nikdo je nechválí, navíc se tato profese pojí s velkým stresem. Mladí lékaři nevyhoří většinou kvůli práci s pacienty, ale právě kvůli špatně nastavené vzájemné komunikaci.

Jaké komunikační dovednosti zdravotníky učíte?

Ta škála je poměrně široká. Pracujeme s různými skupinami lidí. Střední personál, mladí lékaři do 30 let, primáři. Školíme i vedení nemocnic, studenty nebo určité věkové vrstvy, třeba skupiny kolem 50 let, jež jsou více ohrožené nezaměstnaností. Přednostně se u všech zaměřujeme na komunikaci s nemocným. Zde může jít například o zacházení s agresivním nebo manipulativním pacientem, učíme je práci s umírajícím nebo s člověkem, který má náročnou diagnózu. Velké téma je komunikace s příbuznými, jež bývá leckdy komplikovanější než péče o samotného pacienta. Učíme sestry a lékaře jak paciento-

vi srozumitelně a v co nejkratším čase předat informace o diagnóze a postupu léčby, trénujeme práci s emocemi a řešení konfliktů. V některých skupinách se zabýváme řešením konfliktů uvnitř týmu, protože je těžké chovat se proklíentky v prostředí, které není vzájemně dobře nastavené. A samozřejmě také učíme lékaře těm takzvaně tvrdým dovednostem, tedy jak získávat granty, jak se prezentovat na vědeckých konferencích a podobně. Posledním tématem je ochrana proti pracovnímu vyhoření.

Proč bývá komunikace s příbuznými komplikovanější než práce s pacientem samotným?

Pacient je především nemocný, nemá tedy tolik sil vstupovat do konfliktů. Zdravý rozum mu také obvykle velí vycházet dobře s personálem, protože se vlastně ocitl v jeho rukou. Zato příbuzní jsou v plné síle a za někoho jiného bojují leckdy víc než za sebe. Instinktivně to dělají zejména rodiče malých dětí. Jednání s nimi často vzbuzuje velké emoce. A zdravotník, který není trénovaný v komunikaci, někdy nechápe, že lidé v emocích mají vypnutou racionální stránku uvažování a že jakékoli sdělení vlastně nevnímají až do chvíle, kdy emoce odezní. Normální je, že když se někdo chová agresivně, odpově-

dí je také agrese. Profesionál ale musí umět ovládnout své přirozené emoce, naučit se jít tak trochu proti přírodě, aby konflikt ustál.

Kterou skupinu pacientů byste označila za specifickou z hlediska komunikace?

Zprv to jsou dlouhodobě nemocní, kteří se na určité oddělení, třeba na dialýzu, vracejí pravidelně. Na těchto odděleních fungují víc vazby, jaké bychom si přáli vidět i jinde. Tito pacienti pro personál přestávají být diagnózami nebo čísly a zdravotníci mají motivaci snažit se, aby odcházelí spokojeni. Motivace je určitě větší než třeba na ambulancích, kde lékař či sestra pacienta s největší pravděpodobností už v životě neuvidí.

Z tohoto pohledu by ale personál třeba ke komunikaci s umírajícím pacientem neměl motivaci žádnou.

Komunikace s umírajícími je také zcela zvláštní kapitolou. Je to téma, které nikdy nebude příjemné k hovoru. A tak se o něm mnozí z nás nikdy s nikým ne bavili. Někteří lékaři dokonce říkají, že studovali proto, aby zachraňovali životy, ne aby pomáhali tam, kde odborně už nic nezmohou. Ale je třeba si uvědomit, že jedině ještě pro umírajícího udělat mohou – a to zvládnout tu situaci komunikčně. Někteří lidé to dovedou

intuitivně, ale rozhodně na to lékaře a sestry nikdo v rámci profesního vzdělávání cíleně nepřipravoval. Anebo tuto průpravu podstoupili, ale protože ve stejné době byli pod tlakem, aby se naučili odborné poznatky, chápali to jako vedlejší prvek a nebrali ji vážně. Jedna z věcí, které jsou u umírajících nejohroženější, je důstojnost. Ve světě existuje tzv. dignity therapy, terapie důstojnosti. Vychází z myšlenky, že umírající nechce, aby na něj tento svět vzpomínal jako na nemohoucí seschlé tělo, které neudrželo moč. Role terapeuta důstojnosti, kterou někde plní personál a jinde dobrovolníci, spočívá v tom, že s umírajícím někdo stráví denně pár minut a vyptá se ho na jeho život. Jak vlastně žil, co byl jeho nehezčí zážitek v životě. Před kterými chybami by chtěl varovat svoje děti. Tyhle myšlenky se – byť jen na pár stránkách – zaznamenají a dají pacientovi pocit, že za sebou zanechává určitý odkaz.

Kterých chyb v komunikaci se čeští lékaři a sestry dopouštějí nejčastěji?

První z běžných chyb je, že lékaři z hloubi svého ponoření do odborného problému leckdy pacienta nedostatečně informují. A dále že zdravotní personál k pacientovi nepřistupuje jako k vlastníkovu léčeného těla. Někteří lékaři na sebe přebírají plnou odpovědnost za toto tělo a mají problémy respektovat, pokud si vlastník těla chce zvolit léčbu. Ale bude to nakonec pacient, kdo ponese případné následky nejvíce. Osobně mi nejvíce vadí, pokud se pacient dozví možné alternativní přístu-

py ke své léčbě z hádky lékařů. Někdy se jedná o prestižní spory po náročné operaci, kdy jeden lékař chce, aby nemocný zůstal ležet, zatímco jeho kolega tvrdí, že musí hned začít chodit, a neuvědomují si, že by možná bylo vhodné nediskutovat o tom před pacientem. Také si myslím, že by kolidštění přístup napomohlo, kdyby zdravotníci mezi sebou o pacientech nemluvili jako o „sekcii vpravo u okna“ či „apendixu u dveří“.

S nedostatečnou informovaností pacientů se v konečném důsledku často setkávají sestry. Jak ale správně zareagovat, pokud pacient řekne: sestřičko, pan doktor mi nic neřekl, můžete mi to vysvětlit vy?

Především je třeba si uvědomit, že některé věci není sestra oprávněna sdělovat. Každý funkční tým musí mít tyto kompetence vyjasněné, co kdo smí pacientovi říkat. Ale ani v případě, že nemá právo podávat informace, neměla by sestra nemocného prostě odmítnout. Žádost o vysvětlení totiž nemusí být vždy žádostí o fakta, může to třeba znamenat, že pacient se bojí a chce někomu svěřit tento svůj strach. Někdy stačí říct: „Já vím, že to pro vás není teď příjemné, že je tu příliš nových věcí a vy tomu nerozumíte, já vás chápu.“ A toho se nám u středního personálu dostává z mého pohledu nedostatečně. Komunikace zůstává hodně na věcné rovině, která je pro pacienty také přínosná, ale musí být vyvážená lidským přístupem. Sestry i lékaři si svou psychickou rovnováhu často ochraňují tím, že do práce investují jen odbornost.

Vystavují se v případě přílišné empatie zdravotníci vlastním emocionálním problémům?

Někdy nám sestry nebo mladé doktorky líčí, jak po sdělení konečné diagnózy strávily večer v mizerné náladě. Tak to ne. Vcítěním se do situace pacienta rozhodně nebylo myšleno, aby se sestra rozbrečela, že pacient má smrtelnou diagnózu. Jen je třeba, aby se jednotliví pracovníci naučili s emocemi druhých i vlastními zacházet a také aby získali systémovou podporu v rámci své organizace. Tato podpora by mohla mít například podobu psychologů či supervizorů, na které by se v rámci oddělení nebo nemocnice mohli zdravotníci po nějakých emocionálně náročných situacích obracet a dostalo by se jim tam „ošetření“. Zažila jsem takové supervize na Lince bezpečí, kde byly každodenní placenou součástí pracovní doby. Jejich smyslem bylo zaopatřit pracovníky, kteří opakovaně pod tlakem řeší vypjaté situace, aby si své emoce neodnášeli domů. Uvítala bych, kdyby i v našich nemocnicích bylo o lidi pracující v této těžké profesi náležitě postaráno.

Velkým nešvarem v mnoha českých nemocnicích je čekací doba. Lze díky lepší komunikaci dosáhnout také v této věci nějakého zlepšení?

Čekací doba je jedním z velkých zdrojů konfliktu. Jestliže pacient třetí hodinu sedí v čekárně, sleduje, jak ho předbíhá jeden pacient za druhým, aniž by znal důvod, bojí se odejít na toaletu, aby nepropásl okamžik, kdy ho sestra zavolá, tak má logicky právo

být nespokojen. Ale stačí, když někdo vyjde ze dveří a vysvětlí čekajícím, proč lékař přednostně ošetřuje jiné pacienty nebo kdy přibližně kdo přijde na řadu. Lze říci: „Vy přijdete na řadu nejdřív za hodinu, mezitím si můžete dojít na kafe nebo odskočit si s dětmi.“ V bankách zavádějí možnost sledovat prostřednictvím mobilního telefonu své pořadí, což je systém, který by se jistě osvědčil i v nemocnicích. A i když se tím čekací doba nejspíš nezkrátí, jistě by bylo o pár konfliktů méně.

Mají čeští zdravotníci zájem o školení komunikačních a manažerských dovedností? Jsou lékaři a sestry přístupní tomu, co jim říkáte?

Prvními reakcemi, se kterými se setkáváme, bývají nedůvěra a despekt. Tento přístup vyplývá někdy i ze způsobu, jakým byli zdravotníci na školení „nahnáni“. Ale mezi účastníky bývá spousta otevřených hlav, zkušených lékařů či sester, které vědí, že vzájemné sdílení zkušeností na téma komunikace s pacientem je důležitým zdrojem pomoci pro jejich práci. Prvním a nejněžším cílem školení je pro mě uvést účastníky do vzájemného poučení napříč obory, aby si uvědomili, že práce v nemocnici není jen o nich a o té jejich pracovní skupině, že někde jde to, co u nich nejde a podobně. To vzájemné zasítování vidím jako jeden z vedlejších benefitů. Často se také stane, že lidé, které školím, už si uvědomují důležitost komunikačních dovedností, jenom jim na jejich zavádění chybí čas. Takoví pak odcházejí ze školení víc

otevření některé postupy aplikovat. Vždycky říkám, že kdyby si odnesli jeden poznatek a začali ho používat v praxi, bylo by to skvělé.

Mají jednotlivé obory medicíny stejné, nebo jiné problémy z hlediska komunikace?

Existuje žebříček lékařských oborů podle míry ohrožení syndromem vyhoření. Když ho během školení ukazují lékařům a sestram, nikdy se nestalo, že by někdo řekl – to je úplný nesmysl. Ale jestli je to chirurg, ortoped, internista... je v podstatě jedno. V některých nemocnicích může být lékař konkrétní specializace ohrožen vyhořením, zatímco v jiné nikoli. Záleží na tom, jakým způsobem je ta nemocnice organizovaná, jestli má příslušné oddělení dobrého primáře či vrchní sestru, kteří zvládnou napětí v týmu – to jsou klíčové prvky, které určují, jaké tam vzniká pracovní prostředí. Mimochodem, jediným oborem, kde si lékaři nestěžovali na problémy v komunikaci s pacienty, byla patologie.

Co byste našemu zdravotnictví do budoucna přála?

Samozřejmě by se mi líbilo, kdyby zdravotnický personál byl za svou práci lépe placen. Ale dokud zde taková finanční odměna není, měly by se zdravotnické organizace snažit své pracovníky motivovat alespoň jinak. Když se někdy zdravotník ptám, kdy naposledy se jim na jejich pracovišti dostalo pochvaly, odpověď bývá prakticky nulová. V českém zdravotnictví se nevyužívají ani ty motivační nástroje, které jsou zadarmo.

Martina Řehořová

Studium zaměřené na samostatnou, koordinační a interdisciplinární práci

Hovoříme s vedoucí katedry ošetrovatelství a děkankou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, **prof. PhDr. Valérií Tóthovou, Ph.D.**

Můžete představit katedru ošetrovatelství vaší fakulty?

V září tohoto roku tomu již bude 15 let, co na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na Zdravotně sociální fakultě zahájila katedra ošetrovatelství svou činnost. Členům katedry se během těchto let podařilo díky jejich maximálnímu nasazení dosáhnout v oboru ošetrovatelství

vynikající výsledky jak v oblasti pedagogické, tak i v oblasti výzkumné. Ve studijním programu ošetrovatelství máme v současnosti kromě bakalářského typu studia akreditovány všechny jeho typy, tedy navazující magisterský i doktorský. Ve všech typech studia probíhá výuka jak v prezenční, tak i kombinované formě. Získali jsme oprávně-

ní i ke konání rigorózního řízení ve studijním programu „ošetřovatelství“. V současnosti jsme jedinou fakultou v České republice, která má také právo na habilitační a profesorské řízení v oboru „ošetřovatelství“. Akademičtí pracovníci katedry věnují významnou část své pracovní kapacity řešení různých vědecko-výzkumných grantů a pro-

jektů v oblasti ošetrovatelství, dále se podílejí na řešení úkolů plynoucích i z jiných výzkumných aktivit fakulty, na aktivní prezentaci výzkumem dosažených výsledků a na publikační činnosti jak na národním, tak i na mezinárodním odborném poli. I v současnosti jsou členové katedry zapojeni do řešení čtyř výzkumných projektů a do dvou



Ilustraci foto: Shutterstock

interních výzkumných záměrů fakulty.

Vědecké zaměření katedry se odráží i v organizaci či spoluorganizaci domácích a mezinárodních konferencí. Během patnácti let své existence si katedra vybudovala síť zahraničních institucí, s nimiž spolupracuje.

Které obory nabízíte a jaký přístup má studium v bakalářských a magisterských studijních oborech pro ošetrovatelství?

Na naší fakultě dnes vzděláváme studenty ve dvanácti bakalářských oborech. Kromě osmi zdravotnických oborů, které jsou zaměřeny na kvalifikační přípravu nelékařských zdravotnických profesí (všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický záchranář, fyzioterapie, ochrana veřejného zdraví, zdravotní laborant, nutriční terapeut, radiologický asistent), máme akreditovány dva studijní obory pro přípravu sociálního pracovníka, „speciální pedagogika – vychovatelství“ a „ochrana obyvatelstva“. Pro absolventy bakalářských oborů jsou na fakultě akreditovány čtyři navazující magisterské studijní programy: rehabilitace, ošetrovatelství, veřejné zdravotnictví a ochrana

obyvatelstva. To, na co musí být každá fakulta obzvlášť hrdá, jsou její doktorské studijní programy. Na naší fakultě máme v současné době akreditované dva – ošetrovatelství a rehabilitace. Abych mohla odpovědět na druhou část otázky, musím se vrátit alespoň krátce do minulosti. Z historie víme, že ošetrovatelství se vyvíjelo v lůně medicínských oborů. Sestra byla akceptována pouze jako asistentka lékaře a ne jako rovnocenná členka zdravotnického týmu. Převážná část zdravotníků, včetně sester, pokládala u nás ošetrovatelství pouze za praktickou činnost, ne za vědní obor s vlastní teorií, kterou je možno uplatnit v praxi. Také obsah výuky na školách se stále více zaměřoval na nácvik ošetrovatelských technik. K náročnému ošetrovatelskému povolání byla mládež připravována ve věku 15-19 let. Tento typ základní přípravy sester byl u nás velmi silně zakořeněn a po několika desetiletích u nás ovlivnil jak charakter ošetrovatelství, tak i chápání ošetrovatelské profese. Dovolují si konstatovat, že i v současné době často cítíme tento silný vliv, přestože již několik let probíhá kvalifikační příprava sester na vyšších a vysokých školách.

Veřejnost a často i zdravotníci si neuvědomují, že potřeba vyššího vzdělávání sester je stimulována především rozvojem medicíny a vznikem nových vztahů, což vyžaduje přestavbu úkolů jednotlivých členů zdravotnického týmu. Mění se odborné aktivity sester, jejich kompetence i odpovědnost. Sestra je stále více samostatným odborníkem a měla by být platným a rovnocenným členem zdravotnických týmů. Transformace ve vzdělávání sester byla realizována v souladu s kritérii EU a do kvalifikačního studia sester na vyšších a vysokých školách jsou nyní přijímáni uchazeči po ukončeném středním vzdělání ve věku 19 let. V těchto letech si uchazeči uvědomují náročnost a důležitost této profese. Během celé profesní přípravy jak teoretické, tak praktické je přístup studentů zodpovědnější, což je samozřejmostí vzhledem k jejich dospělosti věku. Ve výuce se tak studenti při využívání interaktivních metod zapojují mnohem aktivněji. Pedagogové jednotlivé aktivity doplňují následnou zpětnou vazbou a sebereflexí. Zároveň posilují u studentů i vědomí vlastní odpovědnosti za výsledky učení a osobní rozvoj. V rám-

ci diskuse, analýzy jednotlivých situací a sebereflexe učí budoucí sestry přemýšlet o tom, co, proč a jak dělají. Vedou je ke kritickému myšlení, samostatnému uvážování a rozhodování. Studenti jsou vedeni ve výuce tak, aby se vyhnuli bezmyšlenkovité rutíně. V bakalářském programu se střídají teoretické a praktické bloky výuky a rozsah odborné praxe je zárukou, že studentky mají dostatečný prostor k osvojení si potřebných praktických dovedností. Na bakalářské navazuje studium magisterské, jehož charakteristikou je rozvinutí vědomostí a dovedností získaných v bakalářském studijním oboru. V současnosti poskytují magisterské programy v ČR studentům i specializační způsobilost. Studium je zaměřeno především na samostatnou, koordinační a interdisciplinární práci v systému zdravotní péče. Velký důraz je kladen i na výzkumnou práci v oboru. Studenti jsou vedeni tak, aby byli schopni aplikovat získané vědomosti a dovednosti v praxi a tím zlepšovat kvalitu poskytované zdravotní péče.

Jak tím mohou zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče, respektive kvalitu života pacientů?

Jak jsem již uvedla, zodpovědnější přístup k této náročné profesi v dospělém věku, v době profesní přípravy, a uvědomování si důležitosti holistického přístupu v moderním ošetrovatelství, v jehož centru stojí člověk ve zdraví i nemoci, který se stává základním stimulem k aktivní ošetrovatelské péči, vede ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Kvalita kontaktu a práce s nemocným, kvalita základní péče a míra psychické i fyzické pohody nemocného je stejně důležitým kritériem celkové úrovně péče jako kvalita diagnosticko-terapeutické činnosti. Právě míra psychické a fyzické pohody, která je výsledkem uspokojování potřeb, má velký vliv na spokojenost pacientů. Realizaci ošetrovatelského procesu, v rámci něhož respektováním holistického přístupu jednak zajišťujeme nedostatečně saturované potřeby nemocného a jednak naplánovanými a odpovídajícími ošetrovatelskými intervencemi odstraňujeme případný deficit, se projevuje samostatnost, rozhodnost a osobní odpovědnost sestry za svěřené nemocné. Všechny tyto činnosti mají vliv i na kvalitu života jedince.

(eta)

Profese sestry v Německu

Povoláním sestry (ošetrovatele) se v SRN mimo jiné zabývají agentury, které se snaží získat nové zájemce či zprostředkovat vzdělání a zaměstnání také uchazečům ze zahraničí.

Základní informace nabízí např. web www.bildung.de, jehož provozovatelé seznamují s celkovým kontextem výběru studia i pozdějšího pracovního uplatnění. Ti, kteří uvažují o profesní dráze sestry (resp. „sestry pro zdraví i nemoc“), by si měli včas rozmyslet, v jaké oblasti zdravotnictví by se vlastně chtěli uplatnit, zda v nemocnici (a v kterém oboru – chirurgie, interna apod.), v ambulanci ordinaci lékaře či v ošetrovatelském ústavu. Svým rozhodnutím pak uchazeč podmíní zejména povinnou délku a rozsah vzdělávání, ale také výši výdělků.

Německý systém vzdělávání sester

Ve většině případů zájemce o povolání sestry absolvuje nejprve tříletou „zdravotnickou školu“, což obnáší více než tři tisíce hodin teoretického vzdělání a 2500 hodin praxe (před podáním žá-

dosti o přijetí ke studiu některé instituce doporučují absolvovat nejprve půlroční praktikum ve zdravotnictví, aby zájem o obor byl více podepřen znalostí reality). Tyto školy jsou v jednotlivých regionech úzce propojeny se zdravotnickými zařízeními, zvláště s nemocnicemi (jak s univerzitními klinikami, tak i dalšími ústavu). Po tomto studiu následuje státní zkouška (písemná, praktická a ústní). Zpravidla je však třeba absolvovat další specializované vzdělání, jež představuje kolem 800 hodin teorie a praxe. U řady oborů je státem určeno dvouleté další vzdělávání, např. pro oblast intenzivní péče, anestezie, onkologie, pro paliativní péči, hygienu či řízení kvality. Opět je třeba složit státní zkoušku, aby sestra měla právo na úřední zaregistrování. Na tuto oblast dohlíží zemské úřady. Sestra musí umět například plánovat potřeby pacienta, vést do-

kumentaci, aplikovat léky, infuze, zajišťovat a kontrolovat veškerou základní péči (spolu se studenty), někdy je více pověřována náročnějšími výkony (např. na JIP). Právo či povinnost umět provádět u pacienta náročnější výkony se liší podle jednotlivých oborů a vždy se najdou oblasti, o něž je mezi lékaři a středními zdravotnickými pracovníky spor (třeba v současné době sesterské organizace poukazují na to, že je jim v nemocnici povoleno provádět více činností než u samostatně praktikujících lékařů, zpravidla ale stejně záleží na tom, k čemu je lékař paušálně či výjimečně zmocněn – delegování výkonu).

Platové ohodnocení vzdělání

Některé informační zdroje uvádějí, že spokojenost německých sester s jejich povoláním je velmi malá: jde o náročnou práci, která

není společensky dostatečně ceněna. Podle sester se například politici o tomto povolání vyjadřují tak, jako by ho mohli vykonávat v podstatě kdokoli. Na trhu práce ovšem existuje sílící konkurence – do Německa (resp. do všech hospodářsky rozvinutějších zemí) směřují sestry z postkomunistických i dalších, oproti SRN méně rozvinutých států, ale také například z Velké Británie. Zdatnější jedinci se samozřejmě mohou pustit do vysokoškolského studia a usilovat o vedoucí pozice i vyšší příjmy. V SRN se platy sester – podobně jako lékařů – odvíjejí od smluv, jež se podaří vyjednat se zaměstnavateli (nemocnicemi aj.). V jednotlivých spolkových zemích se úroveň mezd odlišuje, což souvisí i s rozdílnou výší životních nákladů (nájem bytu ve velkoměstě bývá vyšší než na venkově). Na webu www.gehaltsvergleich.com je zveřejněn přehled měsíčního



Ilustraci foto: Shutterstock

výdělku sester v období let 2013–2014. Například v Berlíně se pohybuje mezi 1657 a 3186 eury, zatímco v Sasku to je od 1364 do 2863 eur. V průměru za SRN činí mzda sestry 1580–3230 eur. Záleží ovšem na charakteru pracoviště, počtu let praxe atd. V 25 letech může sestra v Německu počítat s 2119 eury hrubého, ve 40 letech činí její mzda 2357 eur, v 50 letech 2403 eur. Rozdíly v jejím finančním ocenění souvisí také s tím, zda působí ve veřejné nebo soukromé nemocnici, zda jde o menší ústav (v něm bývají nižší mzdy) či o zařízení s více než tisícem zaměstnanců (zde sestra dostane téměř tři tisíce eur). Se zaměstnavateli jsou dohodnuty platové třídy a stupně. Podle nich ty nejvzdělanější sestry, schopné vykonávat různě



Ilustrační foto: Shutterstock

né náročné činnosti a plně odpovídat za svěřenou oblast třeba i ve vedoucí pozici (v německých nemocnicích existují např. ředitelky pro ošetrovatelskou péči), dosáhnou i na plat přes šest tisíc eur.

Sestry kritizují politiky

Vzdělávání (včetně celoživotního) a celkovému stálému rozvoji

sesterské profese se v SRN věnuje mj. Německá asociace sester (www.dbfk.de). Jde o nesmírně aktivní organizaci, jež se vytvrzle zasazuje o zvýšení prestiže ve společnosti. Každý měsíc pořádá tiskové konference a zveřejňuje nové návrhy na zlepšení nejen úrovně tohoto povolání, ale i kvality péče. Tak například v září asociace „bojovala“

za zkvalitnění péče o pacienty s demencí a za zlepšení organizace práce v nemocnicích. Sestry v Německu zároveň spolupracují se stejnými profesními iniciativami na celoevropské úrovni. Asociace sester (resp. spolkový svaz pro jejich zastupování) se nedávno podílela také na diskusi o „naléhavé“ potřebě zkvalitnit praktickou výuku v nemocnicích. Při této akci a následně tiskové konferenci padala i značně řízná kritická slova. Podle některých účastníků (kteří se věnují praktickému školení) jsou nedostatečné rámcové podmínky a organizace výuky v ústavech je „dobrá spíše jen výjimečně“. Diskutěři však spravedlivě požadují také zvýšení kvality pedagogů pro praktické vzdělávání. Ačkoli zástupci německých sester nešetřili kritickými slovy na adresu politiků, ti se péce jen zasloužili o určité finanční zajištění těch, kdo usilují o zdravotnické vzdělání. Budoucí sestry dostávají během prvních

tří let studia plat. Jde v závislosti na regionu či druhu školicího zařízení o částky pohybující se kolem 800–1000 eur (hrubě měsíčně), z nichž je třeba ale odečíst cca dvacet procent při zdanění, ale i případně část nákladů na vzdělání (ne vždy se sežene ubytování zdarma, platí se i např. potvrzení lékaře o zdravotním stavu studenta). Podle zákona ke studiu a výkonu zdravotnických povolání (tzv. Krankenpflegegesetz) se mezi studentem a školicí institucí uzavírá smlouva, v níž se pamatuje mj. na přiměřené odměny za pravidelnou práci žáka/žákyně ve prospěch např. školicí nemocnice. Zmíněná právní norma nastavuje rámcové korektní podmínky pro vztah mezi studujícími a jejich školiteli (zaměstnavateli). Například se ve smlouvě upravuje zkušební doba, kdy a jak se co bude platit (některé kurzy mohou být zatíženy poplatkem, případně „připouštění ke zkoušce“ aj.). Stát studenty chrání před nevhodný-

mi smlouvami, kupříkladu aby na ně školitelé nepřenašeli neúnosné pracovní zatížení nebo aby rizika pracoviště musela být v případě poškození zdraví finančně vyrovnána. Školicí pracoviště ovšem mohou do jisté míry studentům přilepsit, např. zdravotnická pracoviště Charité v Berlíně hradí žákům jednou měsíčně dopravu k jejich rodině, pokud je vzdálená. Spolkové předpisy dále zajišťují finanční pomoc v individuálních případech, kdy třeba rodiče žákyně mají nižší příjmy – pak lze žádat o příspěvek na podporu studia. Přes jednotné spolkové předpisy se situace studentů a později i sester může lišit v závislosti na finanční zdatnosti a ochotě konkrétního pracoviště vyjít jim vstříc.

Více informací lze vyhledat např. na www.krankenschwesterausbildung.org (přehled o mzdách sester aj.), dále www.akaemie.charite.de (obsah teoretického a praktického vzdělávání aj.).

(vla)

Nestudujte bez smlouvy, aneb Sestra není děvče pro všechno

V německy mluvících zemích je obligatorní uzavírat mezi školicí institucí a studentem smlouvu opírající se o zákon pro profesní vzdělávání a navazující předpisy. Zájemci o profesi sestry/ošetrovatele jsou varováni, aby se nepouštěli do ničeho v bezesmluvním vztahu. Ostatně instituce, jež by nedbaly na závazné paragrafy, by ke své činnosti ztratily oprávnění.

V SRN tuto oblast upravuje mj. zákon o zdravotní péči, Krankenpflegegesetz (ministerstvo spravedlnosti, www.bmj.bund.de), na který navazuje nařízení vlády, vytvořené ministerstvy zdravotnictví, rodiny a školství. Zmíněný zákon k ošetrovatelství bude v roce 2015 v parlamentu přezkoumán, kdy ministerstvo zdravotnictví musí předložit zprávu o praktických zkušenostech s ním.

Smlouva se zkušební dobou

Zákon dbá o vyvážené postavení školicí instituce a žáka/žákyně, nicméně zčásti více „nadržuje“ studentům, protože jsou někdy ještě nezletilí a mají přece jen méně nástrojů k vymožení práva. Pokud by se školicí instituce pokusila od zákona odchýlit, byla by smlouva s žákem neplatná. Avšak jiné předpisy do jisté míry dovolují některé odchylky

neveřejným či nestátním vzdělávacím institucím, například církevním. Smlouva se studentem (při jeho nezletilosti ji spolupodepisuje zákonný zástupce) má přesně určovat mj. začátek, celkovou dobu a průběh tříletého studia (někdy zkráceného, jindy naopak prodlouženého), jeho členění, praktické školení (mělo by činit alespoň polovinu celkového vzdělávání). Praxe musí studujícímu dostatečně umožnit nácvik praktických schopností a dovedností. Od druhé poloviny studia by měl žák absolvovat nejméně 80, ale maximálně 120 hodin činností v rámci nočních služeb. Ze smlouvy musí být jasný denní a týdenní rozvrh výuky (zátěž má být přiměřená věku a tělesným i duševním dispozicím). Zkušební doba, v níž je pro obě strany jednodušší smlouvu vypovědět, činí šest měsíců (v německy mluvících zemích se lze setkat s variantami jeden až šest měsíců).



Ilustrační foto: Shutterstock

Po této době může vzdělávací instituce vypovědět smlouvu jen ze závažných vymezených důvodů. Student by musel při své výpovědi podstoupit měsíční výpovědní dobu. Nesmějí chybět údaje o finančních vztazích či o dovolení.

Zaměstnávání studujících

Budoucí sestra se nemá stát „děvečkou pro všechno“, lze od ní po-

žadovat jen ty činnosti, jež úzce souvisí s jejím vzděláváním. Za ně jí náleží přiměřená finanční odměna. V předpisech se zmiňují i „naturnální příjmy“ (věcné náhrady), avšak pokud by student z oprávněných důvodů nebyl schopen je přijmout, pak je mu poskytnuta finanční úhrada. Žák v závěru absolvuje písemnou, ústní a praktickou zkoušku. Pro

tu praktickou je v dohodě s pacienty a jejich ošetrojícím personálem, včetně souhlasu pedagogů, vybrána skupina nemocných. Tuto skupinu pro jednotlivé žáky mají tvořit maximálně čtyři pacienti a zkouška má proběhnout během šesti hodin. Zaměstnávání studujících je přípustné jen v rámci smlouveného denního a týdenního časového rozvrhu vzdělávání a „jen výjimečně“ (opatření proti přetěžování). Musí být odměněno. Nicméně lze se dobrovolně v návaznosti na smlouvu nechat zaměstnat, pak by šlo o pracovní poměr na dobu neurčitou. Neplatná by byla např. smlouva, která by po skončení vzdělávání sestru omezovala ve výkonu profesní činnosti. Neplatná je rovněž smlouva, jež by žáka zavazovala k placení za vzdělávání, pokud jde o školicí instituce, jež podléhají tomuto zákonu. Při potřebě opakovat zkoušku lze studium prodloužit nanejvýš o jeden rok.

Pamatuje se na postih protiprávního chování, například za neoprávněné užití titulu „zdravotní sestra“ hrozí pokuta až tři tisíce eur.

(vla)

Stáž na rehabilitační klinice Bavaria v Kreischa

Stáž na prestižní rehabilitační klinice poblíž Drážďan absolvovali studenti z VOŠZ Havlíčkův Brod a VOŠZ Žďár nad Sázavou. Devět jich od 2. do 29. listopadu 2013 pracovalo na klinice Bavaria v městečku Kreischa.

Hlavní náplní zařízení, ale nikoli výlučnou, je rehabilitace. Najdeme zde např. neurologii, intenzivní jednotky, ORL, urologii, onkologii, kardiologii a další. My jsme byli vysláni na neurologická oddělení a intenzivní jednotky. Zařízení je ohromující a veliké, komplex v sobě zahrnuje hned několik klinik, mezi něž patří i dětská klinika. Na dětské klinice jsme byli na exkurzi, měli jsme možnost poznat chod oddělení, seznámit se s plánem terapií apod. Kapacita zařízení Bavaria činí okolo 1000 lůžek a pracuje zde více než 1800 pracovníků. Klinika, kde jsme působili, má svůj vlastní rtg, CT a také endoskopický sálek. Přímo v areálu se nacházejí výrobci ortopedických pomůček a vložek a také kavárna (kafeterie), mini-market, butik, holič, pedikérka či bazény.

Oddělení neurologie

Po seznámení se s klinikou a prohlídkou okolí jsme zavítali konečně na „naše“ oddělení. Představili nás vedoucím pracovníkům, kteří nás přidělili k příslušným sestřím. Já jsem se dostal na oddělení neurologie. Pracovní doba na odděleních začínala různě, nejčastěji se ale pracovalo od 6.30 hodin. Každá sestra zde pečuje o 3-5 klientů, na odděleních nebývají sanitářky ani ošetřovatelky, tak-



Areál nemocnice a park je impozantní, architektonicky připomíná barokní palácový komplex. Jeho stavba probíhala v letech 1992 až 1994. | 6 x Foto: archiv autora

že veškerá péče je na sestřích. Samozřejmě to má své výhody i nevýhody, nám tento systém připadal efektivnější než systém v českém zdravotnictví. Sestry si ráno připravily potřebnou dokumentaci a šly ke klientům. V pokoji (nejčastěji jsou dvoulůžkové) změřily pacientům fyziologické funkce, provedly odběry (pokud byly naordinovány) a změřily ranní glykemie (u nás se obvykle odebírá glykemie z prstu, zatímco na klinice Bavaria se odebírá z ušního lalůčku, a to proto, že klienti potře-

bují mít cit v prstech kvůli ergo- a fyzioterapii), a odsály nemocné s tracheostomickou kanylou (odsávačky a sterilní rukavice byly k dispozici na každém pokoji). Následovala ranní hygiena, kterou u některých klientů prováděly sestry, u jiných fyzioterapeuti. Při hygieně se převazovaly tracheostomické kanyly, PEG a NGS, venózní katétry, případně další převazy, pokud měl pacient jakékoli rány (od puchýřů až po chronické rány), včetně bandáží. Na každém pokoji měly sestry k dispozici převazový vozík s dostatkem materiálu. K přesunům pacienta do vozíku a zpět mohly využívat zvedák, který měly k dispozici na oddělení. Lůžka se nemocným převlékala každý den. Podle hodnot ranní glykemie se ještě před snídaní pacientům aplikuje inzulin. Zajímavé je, že u nás v Česku se jehla na inzulinovém peru nechává pro několik vpichů, na této klinice se jehla po každé aplikaci mění. Po odchodu klienta domů nebo při převozu do jiného zařízení se inzulinové pero vyhazuje. Každý nový klient má své nové pero. Pak sestry rozdají léky a s pacienty prohodí pár vlnících slov a proberou plán ergoterapií a fyzioterapií.

Snídaně se podávala ve vestibulu oddělení, kam se mobilní klienti dopravili sami, o ostatní se postaral personál. Imobilním klientům byla strava podávána parenterálně pomocí NGS nebo jim pomáhal ergoterapeut, který je učil správnému přijímání stravy. Ergoterapeuti si většinou berou klienty, které učí stolování, stranou ke speciálnímu stolečku. Ostatní pacienti se najeďli sami nebo s pomocí sester. Po snídani nastává čas pro ergoterapii a fyzioterapii. Klienti se učí správně chodit po rovině, po schodech, šlapat na kole, učí se vstávat z vozíku nebo nacvičují chůzi s různými typy protéz. Ergoterapeuti s klienty hrají různé logické i motorické hry, učí je otevřít dveře, vyšroubovat matku ze závitů a podobně. Po svačině, která je kolem půl desáté, mají sestry čas na administrativu, doplňování převazového materiálu na převazových vozících, jejich dezinfekci a podobně. Já jsem v té době měl prostor a čas pro povídání s klienty. Kromě toho jsem je sestřím pomáhal vozit na různá vyšetření. V čase oběda se opět zkontrolovala glykemie a podle výsledků byl aplikován inzulin. Klienti dosta-

li předepsané léky a po obědě si mohli odpočinout v lůžku (kam jim pomohly sestry spolu s fyzioterapeuty). Soběstačnější klienti i z jiných oddělení si mohou jít zaplavat do některého z bazénů přímo na klinice. Ve 14 hodin si sestry a další zdravotnický personál předávají službu, protože na klinice Bavaria se pracuje v třísměnném provozu.

Nového klienta se při příjmu ujme sestra, která s ním vyplní potřebné dokumenty. Příjem probíhá podobně jako u nás, s tou výjimkou, že se klientovi odebere krev na základní vyšetření, provedou se výtěry z nosu, úst a krku a také z konečníku. Pokud je potřeba klientovi odebrat krev na vyšetření krevních plynů (ASTRUP), před odběrem se namočí tampon do roztoku zlepšujícího prokrvení, přiloží se na ušní lalůček a ponechá se tam do příchodu sestry, která krev odebere.

Na této klinice mě velmi zaujala transportní dialýza. Speciální přístroj, který zde mají, umožňuje provádět dialýzu přímo v pohodlí pokoje pacienta. Celá procedura trvá v průměru 6 hodin, přístroj signalizuje ukončení procesu. Na oddělení byly standardně dezinfekční místnosti, sklady čistého prádla a také místnost s nutričními nápoji, NGS, sběrnými sáčky na moč, močovými katétry a jinými pomůčkami.

Zvláštnosti na jednotkách intenzivní péče

Na jednotkách intenzivní péče byl harmonogram podobný jako na jiných odděleních, ale zaznamenal jsem zde několik zvláštností:

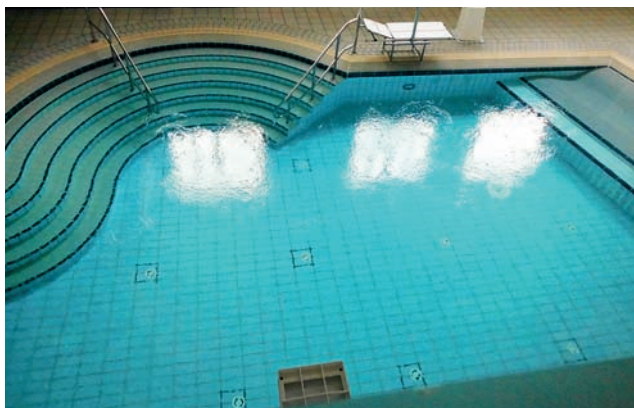
- Odběry na ASTRUP a mineralogram se neposílají do laboratoře, ale vyhodnocují se na oddělení, kde je k tomu určen přístroj, a zdravotnický personál tak ihned vidí výsledky.



Pokoj klientů



Transportní dialýza



Bazén



„Naše“ oddělení - neurologie

- Pokud je u pacienta naplánované vyšetření (gastroskopie, UZ atd.), přijde lékař i s příslušným vybavením přímo do pokoje nemocného, komfort zde tedy nechybí.
- U většiny klientů se musí každou hodinu zapisovat fyziologické funkce: TK, P, D, SaO₂, diuréza.
- Pokud klient potřebuje rtg vyšetření, je transportován na svém lůžku, a navíc musí mít u sebe kyslíkovou láhev, saturační čidlo, malý přenosný monitor a někdy i resuscitační kufřík.

Dětská klinika

Dětská klinika je rehabilitační klinika pro děti složená z různých oddělení (neurologie, intenzivní jednotky...), která jsou barevně rozlišena. Klinika má své ergoterapeuty, fyzioterapeuty a pracují zde jen dětské sestry. Existuje tu roaming-in stejně jako u nás. Děti tu „bydlí“ spolu v počtu 4-5 na pokoji. Navštěvují privátní školu, která se nachází v rámci kliniky. Klinika má i svoji posilovnu, ergoterapeutickou dílnu, kde si děti



Vestibul dětské kliniky

mohou hrát, vytvářejí zde obrázky, různé výrobky z keramiky apod. Jsou pro ně připravována další terapeutická cvičení: muzikoterapie, sportovní terapie či logopedie.

Ve vestibulu kliniky hrají její pracovníci jednou týdně dětem divadlo. Děti se na klinice mohou také zabavit vařením. Mohou se učit kombinovat různá jídla, znát dietní opatření, sestavovat jídelníčky, a co uvaří, mohou také sníst. Takového vý-

živové poradenství je vhodné zejména pro děti s diagnózou celiakie, obezity, onemocnění ledvin, syndromu Pradera-Williho či DM 1. a 2. typu.

Interiér celé budovy působí velmi příjemným dojmem a vyvolává přátelskou atmosféru. Na této klinice se také specializují odborníci (ergo-, fyzioterapeuti) z nejdalekých Drážďan.

Ondřej Machala,
VOŠZ Havlíčkův Brod,
machala.o@seznam.cz

Je nutno zajistit bezpečnost zdravotníků

Poslední zářijový den v Praze proběhla mezinárodní konference na téma „Bezpečnost pracovníků ve zdravotnictví: prevence poranění ostrými předměty“, kterou zorganizovala Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků (POUZP).

Cílem setkání bylo přiblížit obsah směrnice 2010/32/EU, o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních, a představit, jak je implementována do legislativy států Evropské unie (EU). Předseda POUZP Bc. Tomáš Válek, DiS., v úvodu konstatoval, že tato problematika je v českém prostředí poněkud opomíjena, někdy dokonce samotnými zdravotníky. Varoval, že schází jednotný postup uplatňovaný v případě již vzniklého poranění a není sjednocen ani postup při nahlašování těchto událostí.

EU směrnici přijala 10. května 2010 a do legislativy a praxe států měla být převedena do roku 2013. Jak si členské země vedou v prevenci těchto poranění, představil spolupředseda European Biosafety Network prof. dr. Máximo A. González Jurado. Konstatoval, že 10 členských států transpozicí závazných ustanovení směrnice za-

tím neprovedlo. V ČR podle něho byla ustanovení směrnice začleněna do již existujících právních norem a konkrétní právní úprava vztahující se jen na pracovníky ve zdravotnictví zatím chybí. Uvedl také, že dosud ani jeden ze států EU nezpracoval do právního řádu systém postihů. „Pracovníci ve zdravotnictví mají nárok na ochranu zdraví a tento nárok nesmí být ohrožen absencí právních norem. Je třeba ustanovení směrnice důsledně transponovat a implementovat do národních legislativ,“ řekl.

Míra implementace

Na důležitosti prevence výskytu poranění ostrými předměty a ochrany zdravotnických pracovníků před nimi se diskutující shodli. Lišili se však v názoru na míře zapracování směrnice do českého právního řádu.

Podle JUDr. Barbory Dubanské byla v ČR směrnice zapracována pouze částečnou novelizací již platných právních ustanovení.

Příslušná legislativa je roztržistěná. Je třeba připravit nový právní předpis, který by problematiku upravoval komplexně a stanovil jasné povinnosti vyplývající ze směrnice.

MUDr. Anežka Sixtová z oddělení hygieny práce a pracovního lékařství MZ ČR obhajovala obecnou formulaci zákoníku práce a uvedla, že ministerstvo nemá žádný signál z Evropské komise, že by směrnice nebyla do české legislativy řádně převedena. Nejlepším ukazatelem funkčnosti přijatých opatření je podle ní stále klesající výskyt nemocí z povolání.

Hlavní sestra MZ ČR Mgr. Alena Šmídová je přesvědčena, že směrnice byla do české legislativy dobře zapracovaná, a dodala, že nemocnice si na ochranu před poraněními ostrými předměty vytvářejí vlastní předpisy. Mgr. Veronika Di Cara z České asociace sester (ČAS) rovněž soudí, že směrnice 32 je dobře transponována, a konstatovala, že

situace je lepší ve větších zařízeních. Zmínila otázku výměny zkušeností ZZ a důležitost školení personálu.

Zkušenosti ze zahraničí

„Pro předcházení poraněním je nutné, aby sestra měla na výkon dostatek času, pracovala se správnými pomůckami a ve správném prostředí,“ zdůraznila prezidentka Slovenské komory sester a porodních asistentek Mgr. Iveta Lazorová. Prezident Komory maďarských zdravotnických pracovníků dr. Zoltán Balogh zmínil, že se systém nahlašování událostí zlepšil v souvislosti s akreditací zdravotnických zařízení, kde fungují standardizované postupy. Dorota Kilaňská z Polské asociace sester poukázala na výzkum, provedený Evropskou federací sester. Zúčastnilo se ho celkem 6971 respondentů, 95 % tvořily sestry. Z výsledků mj. vyplynulo, že přetrvává nedostatečné hodnocení rizik těchto poranění na pracovištích a využívání

bezpečnostních pomůček je také limitované.

V diskusi pak mimo jiné zaznělo, že nelze směřovat stav před a po přijetí směrnice EU. „Cílem není vypracovat systém nahlašování případů poranění, ale zabránit jejich vzniku,“ zdůraznil profesor González. „Je třeba, aby se všechna opatření směrnice, tedy povinnost očkování personálu, vzdělávání a systému nahlašování událostí, dodržovala zároveň,“ uzavřel.

Závěrem Tomáš Válek shrnul plusy a mínusy implementace evropské legislativy do českého práva. „Studie o prevenci poranění ostrými předměty proběhly v řadě zemí a výsledky jsou podobné,“ konstatoval s tím, že u nás studie zaměřená pouze na zdravotníky zatím neproběhla. Prezentoval proto výsledky dotazníkového šetření, které POUZP spustila začátkem září 2014. Oslovila všechny skupiny zdravotníků zdravotnických zařízení všech zřizovatelů včetně managementu.

Poranění ostrým předmětem postihuje více než 50 % pracovníků ve zdravotnictví.

(eta)

Životní styl pacientů s hypertenzí a jeho rizika

Arteriální hypertenze je jedním z nejčastějších kardiovaskulárních onemocnění. Výskyt tohoto onemocnění stoupá s věkem, kdy ve věku nad 60 let u dospělého považujeme za hypertenzi hodnoty krevního tlaku 140/90 mmHg.

Vysoký krevní tlak se dělí podle orgánových komplikací do tří stadií:

- I. stadium - bez orgánových změn,
- II. stadium - s přítomností orgánových změn, bez poruchy jejich funkce,
- III. stadium - těžké orgánové postižení, nejčastěji levostranné srdeční selhání, cévní mozkové příhody, ledvinové selhání, v nehorším případě může nastat až oslepnutí pacienta (Widimský, Jr., 1998).

Faktory ovlivňující hypertenzi

Vysoký krevní tlak neboli. To je hlavní důvod, proč tato choroba zůstává dlouho nerozpoznána, protože většinou nezpůsobuje žádné subjektivní potíže. Naprostá menšina lidí udává bolesti hlavy, závratě, krvácení z nosu či bolesti u srdce. Opravdu nepříjemné obtíže se objevují až v pokročilém stadiu tohoto onemocnění, kdy jsou přítomna orgánová poškození, nebo se potíže objevují příležitostně na počátku medikamentózní terapie vysokého tlaku. Jedna z takzvaně falešných hypertenzí je „fenomén bílého pláště“, kdy se zvýšení tlaku u pacienta objeví pouze v nemocnicích nebo při měření tlaku lékařem či sestrou, třeba v ambulanci. Na tento fenomén je nutné myslet u všech hyperteniků se známými labilitami. Mezi příčiny zahrnujeme i sociální prostředí, především rodinu a zaměstnání, tady může hypertenzi vyvolat mnoho faktorů, zejména narušení lidské vtahy (Pospíšilová, Volker, Middeke, 1994). V naší společnosti to bývají lidé z nižších společenských vrstev se sklonem k přejídání se a nadměrné konzumaci alkoholu. Důležitá je denní potřeba tuků.

Doporučení studijní skupiny WHO můžeme shrnout do čtyř bodů:

- snížit celkové množství tuků,

- snižovat spotřebu nenasycených mastných kyselin,
- udržovat minimální spotřebu polynenasycených mastných kyselin,
- mastné kyseliny mononenasycené (např. olivový olej) mají pokrýt rozdíl mezi celkovým příjmem tuků a souhrnem mastných kyselin nasycených a nenasycených (Roger, 1995).

Ovlivňuje nás i způsob bydlení, hluk a počasí. Průzkumy ukázaly, že v oblastech se zvýšeným pouličním hlukem se vyskytuje více hyperteniků, než jich je na klidných místech. Tedy u pracovníků s pneumatickými, vibračními kladivými hrozi také potenciální riziko. Příčinou vysokého krevního tlaku může být i chemická zátěž, již jsme nedobrovolně vystavováni. Existují náznaky toho, že kadmium, olovo či thalium náš krevní tlak zvyšují. Profesně se to týká zejména malířů a klempířů. Do kategorie rizik patří i zlozvyk kouření.

Možnosti léčby jsou ovlivněny několika rizikovými faktory, které spočívají v redukci váhy vhodnou stravou a dietním režimem. Důležitým prvkem této terapie je rovněž léčba farmakologická.

Výživa a změna jídelníčku

Někdy stačí i malá změna životního stylu, především stravovacích návyků, jako je přidat více zeleniny, stopových a minerálních prvků. Doporučujeme preferovat lehké pokrmy (třeba z italské kuchyně), masu se nevyhýbat, žádnou zvláštní dietu nedodržovat, jíst vždy při pocitu hladu. Strava v kombinaci s pohybem přispívá ke zdravému životnímu stylu. U nemocného, stejně jako u zdravého platí, že pohybová aktivita by neměla být prováděna bez adekvátní nutriční podpory. Cvičící by měl přijímat zdravou racionální stravu s dostatkem sachar-



ilustrace foto: Shutterstock

ridů. Před cvičením by měl být vyšší příjem tekutin a při známkách snížené hydratace by pohybová aktivita neměla být zahájena vůbec. Pravidelně cvičící organismus by měl mít také dostatečný příjem proteinů. (Svačina, Millerová, Bretšnajdrová, 2012).

Výživa je významný faktor, který ovlivňuje růst a vývoj, školní i pracovní výkonnost a pocit pohody. Vhodná výživa se uplatňuje při prevenci některých chorob, jindy usnadňuje a podporuje léčbu. Nevhodná výživa je závažným rizikem, které se podílí na vzniku civilizačních nemocí. Na jejich vzniku se podílí především nadměrný energetický příjem, velké množství živočišných tuků, cholesterolu a cukrů v potravě (Machová, Kubátová, 2010). Ve druhé polovině 20. století se v ČR zvyšoval energetický příjem, rostla spotřeba masa, mléka a mléčných výrobků a tuku (máslo, sádlo) a vajec a vytvářel se tak nevhodný poměr mezi základními živinami - bílkovinami, tuky a sacharidy. Spotřeba zeleniny a ovoce byla nedostatečná, podobně jako spotřeba vlákniny a vitamínů, zvyšoval

se příjem soli (Komárek, Provazník, 2011).

Léčivé účinky potravin

Od počátku 50. let minulého století jsou zveřejňovány studie potvrzující vztah mezi solením a vysokým krevním tlakem. Někteří odborníci ale považují hypertenzi za nemoc vyvolanou více nedostatkem vápníku než častěji udávaným nadbytkem sodíku. Je však jisté, že nadbytek soli může již existující vysoký krevní tlak ještě zvýšit a vyvolat následně komplikace jako mrtvici, srdeční infarkt nebo selhání ledvin. Ale jen dlouhodobé omezení soli může přinést uspokojivé výsledky.

U mnoha potravin se zjistilo, že pomáhají krevní tlak snižovat. Patří k nim i sója a produkty z ní. Pravidelná konzumace obilninových vloček pomáhá snižovat krevní tlak a také příznivě působí při některých nemocích srdce a po infarktu. Při vysokém krevním tlaku se doporučuje konzumovat čerstvou šťávu z červené řepy smíchanou s medem a také celer. Při pravidelné konzumaci pomáhá snižovat krevní tlak také okurka,

případně okurková šťáva a cibule, která snižuje i obsah tuku v krvi, navíc rozpouští krevní sraženiny, proto je skvělým preventivním prostředkem proti infarktu. Nemocným jsou doporučovány také grapefruity pro jejich obsah draslíku (Pospíšilová, Volker, Middeke, 1994). Při skladování vydrží grapefruity déle než ostatní citrusové plody a přitom neztrácejí chuťové ani nutriční složky. V tomto ohledu si více pozornosti zaslouží i jablka. Vědci prestižní Yaleovy univerzity uvádějí, že ke snížení krevního tlaku stačí k jablkům čichat. Vůně jablek má prý uklidňující účinky, což následně snižuje krevní tlak. Pro osoby trpící vysokým krevním tlakem jsou vhodné i banány. Jeden banán obsahuje dostatečné denní množství draslíku, potřebné k udržení normálního krevního tlaku a funkce srdce. Vhodný je také včelí med, který kromě hodnotných minerálních látek obsahuje i enzymy, například acetylcholin, snižující krevní tlak.

Účinky vitamínů a minerálů

Pacientům s hypertenzí pomáhají především vitaminy E a B₃, které kromě snižování krevního tlaku dokážou příznivě ovlivnit i hladinu cholesterolu. Látkou snižující krevní tlak je také vápník. Z některých studií vyplývá, že konzumace dostatku potravin s jeho obsahem v mládí může být společně s dalšími vhodnými zdravotními návyky účinnou zbraní proti vysokému tlaku v pozdějším věku. Rostlinné zdroje (mák, sója, listová zelenina, mrkev, petržel, sušené fíky, mandle) mají větší obsah vápníku než mléko. Také již zmiňovaný draslík je mocným ochráncem před vysokým tlakem. Řada studií shodně prokazuje, že lidé, jejichž potrava obsahuje hodně draslíku, mají nižší krevní tlak než ti, kteří ho v potravě mají málo.

Pokud zvýšíte množství draslíku ve stravě, můžete snížit množství léků na snížení vysokého tlaku. Draslík působí přímo na cévy a roztahuje je, čímž snižuje krevní tlak. Je obsažen v čerstvé zelenině a ovoci (brambory, banány, meruňky a pomeranče). Na snižování krevního tlaku se také účinně spolupodílí hořčík. Je obsažen například v kakau, sóji, fazolích, máku, v lískových a kešu oříškách, mořských plodech a v ovesných vločkách. Léčivou látkou je rutin, který se s ostatními bioflavonoidy dpo-

ručuje při vysokém krevním tlaku a ateroskleróze. Velké množství rutinu nám dodá pohanka. Účinný efekt se zvyšuje s podáváním vitamínu C, proto je vhodné k pohance konzumovat syrovou zeleninu, jak je uvedeno na www.vozp.cz/opencms/export/sites/vozp/.content/galerie-souboru/Monitor-zdravi/1544.pdf.

Hypertenze v těhotenství

Vysoký krevní tlak v těhotenství se obvykle rozvíjí v jeho druhé polovině. Příčina vzniku není zatím přesně známa. Během těhotenství dochází v organismu k četným změnám. Jedná se především o hormonální změny, změny imunitního systému ne-

bo ve fyzikálních vlastnostech krve a cév. Předpokládá se, že právě tyto změny mohou mít vliv na vznik hypertenze v těhotenství. Jisté je, že se jedná o kombinaci mnoha faktorů. Po narození dítěte se u většiny žen vysoký krevní tlak vzniklý v graviditě do týdne normalizuje. Je ovšem prokázáno, že u žen, které trápil vysoký krevní tlak v těhotenství, existuje velké riziko rozvoje chronické hypertenze. Vysoký krevní tlak v těhotenství je nebezpečný pro těhotnou i pro plod. Dochází k poruchám přísunu kyslíku a živin do krve plodu, což může způsobit zpomalení jeho vývoje a růstu. Rovněž může dojít k abrupci (prasknutí) placenty s následkem odumření plodu. Vysoký krevní tlak v těhotenství je pro ženu rizikový i z hlediska možného rozvoje cévní mozkové příhody, orgá-

nového selhání a poruchy krevní srážlivosti.

Farmakologická léčba hypertenze

Nejvíce se využívají diuretika. Díky jejich působení v ledvinách klesá objem plasmy následkem zvýšeného vylučování sodíku močí. Mezi tyto léky patří například hydrochlorothiazid nebo furosemid. Nežádoucím účinkem může být například hypokalemie, která může vést až k arytmiím (Sovová, Luk, 2005). Zde můžeme také využít diuretika šetřící draslík. Dalšími látkami ke snížení krevního tlaku jsou beta-sympatolytika, která působí často v kombinaci s dalšími léky.

Nová operační metoda

Další možnou léčebnou metodou je operace. S touto novinkou při-

šla pražská Nemocnice Na Homolce. Metoda spočívá ve vytvoření malých jizev podél nervů v ledvinách, tedy orgánu, který hraje při regulaci krevního tlaku klíčovou roli, protože vysílá signály do mozku, jenž pak může dát impuls k stažení cév. Jizvy se vytvoří pomocí speciálního katétru, který se zavede z třísla do ledvinových tepen. Zatím nebyly zjištěny žádné vedlejší účinky této metody.

Literatura u autorů

prof. PhDr. Ivica Gulášová, Ph.D.^{1,2},

Mgr. Lenka Görnerová²,

doc. PhDr. Lada Cetlová²,

MUDr. Ing. Ján Breza ml., Ph.D.³

VŠZaP sv. Alžběty, Bratislava¹, Vysoká škola

polytechnická Jihlava², Urologická klinika

s Centrom pre transplantácie obličiek,

FNsP Kramáre, Bratislava, LF UK, Bratislava³,

ivica.gulasova4@gmail.com

Nové možnosti v diagnostice diabetu

V České republice je v současné době evidováno již přes 850 tisíc pacientů s diabetem, jejich počet se za posledních 30 let ztrojnásobil.

I přes velmi kvalitní péči, kterou diabetologové svým pacientům v ČR poskytují a díky níž se daří snižovat počet pacientů s diabetickými komplikacemi, je u nás ještě dalších 200–250 tisíc pacientů s diabetem, kteří o své nemoci neví. Nemají zatím totiž větší potíže, a proto ani potřebu vyhledat lékaře. Diabetes tak u nich zůstává nediodagnostikován, přestože by ho jednoduché preventivní vyšetření pomohlo odhalit.



Foto: archiv

V současné době trápí diabetes asi 8 % české populace. Odhaduje se, že do roku 2025 onemocní až 20 % Čechů. Celosvětově diabetem trpí okolo 382 milionů lidí, což dosahuje rozměrů pandemie. Přestože tato nemoc není smrtelná, komplikace, které způsobuje, mohou smrt způsobit. Až ¼ diabetiků umírají v důsledku kardiovaskulárních komplikací, dále je diabetes nejčastější příčinou slepoty, amputace dolních končetin a selhání ledvin. „V případě časného záchytu může být péče o pacienty s cukrovkou z dlouhodobého hlediska úspěšnější a je možné zabránit rozvoji pozdních cévních komplikací nebo ho alespoň dostatečně zpomalit,“ uvádí zástupce přednosty III. interní kliniky I. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA.

Včasná odhalení

Prevence diabetu je základním důležitým požadavkem pro omezení výskytu diabetu v populaci. Dosud se diagnóza diabetu opírá o stanovení glykemie nalačno nebo při tzv. glykemické křivce po zátěži glukózy. Přesto se stále zkoumají nové cesty jak vyhledat pacienty s diabetem co nejdříve a umožnit jim díky kvalitní a včasné léčbě dlouhý a plnohodnotný život. Zcela nové poznatky o diabetu může přinést stanovení fluorescence tkání (např. oční čočky).

Měření fluorescence oční čočky provádí nový přístroj vyvinutý

v USA, který má sloužit k detekci diabetu. Tento přístroj má v současné době zapůjčen Všeobecná fakultní nemocnice v Praze jako první diabetologické centrum v České republice. Přístroj pracuje na moderním neinvazivním principu a vyšetřuje oční čočku jako vnitřní část lidského organismu. Díky němu mohou lékaři odhalit diabetes až 7 let před vznikem komplikací.

Způsoby rozpoznání diabetu

V současné době diagnostikujeme diabetes podle koncentrace glukózy v krvi stanovené za standardních podmínek. Glukóza se však váže na bílkoviny (proteiny) v celém těle, mění jejich vlastnosti, poškozují je a to se pak stává i příčinou rozvíjejících se komplikací. Čím vyšší je množství glukózy v krvi a čím déle její zvýšená hladina trvá, tím větší změny orgány postihují. Touto cestou se mění např. hemoglobin v červených krvinkách a vzniklý produkt, tzv. glykovaný hemoglobin, se dnes běžně používá k posuzování dlouhodobé úspěšnosti léčby cukrovky.

„Na stejném principu vazby glukózy na proteiny jsou založeny i změny v oční čočce, které vedou k její zvýšené fluorescenci – záření vyvolanému umělým ultrafialovým světlem. Čím déle trvá nepoznaný diabetes a čím je množství glukózy v krvi vyšší, tím je glukóza více navázána v čočce, která pak vydává větší fluorescenci,“ dodává prof. Škrha.

(red)

Žena s transplantovanou dělohou porodila zdravého chlapce

Poprvé v historii přišlo na svět dítě z transplantované dělohy. Stalo se tak ve Švédsku. Šestatřicetiletá matka se narodila bez dělohy. Tu jí pro transplantaci darovala její známá. Žena i dítě jsou v pořádku.

Podle časopisu *Lancet* přišel chlapec na svět předčasně, vážil 1,8 kilogramů. Dosud bylo pro ženy bez dělohy, které chtěly vlastní dítě, jedinou možností surrogátní mateřství.

Naděje do budoucna

Identita švédské rodiny je zatím tajena. Lékaři nicméně uveřejnili informace, podle nichž má matka funkční vaječníky, a proto bylo možné prostřednictvím *in vitro* fertilizace vytvořit 11 embryí. Jedno z nich ženě lékaři implantovali rok poté, co podstoupila transplantaci dělohy. Těhotenství však trvalo pouze necelých 32 týdnů, matka totiž začala trpět preeklampsí a rovněž srdeční ryt-

mus dítěte začal vykazovat abnormality. Chlapec přišel na svět v září, dnes je on i matka zcela v pořádku. „Byla to dlouhá a těžká cesta, ale nyní máme úžasně miminko. Nijak se nelíší od ostatních dětí, ale jednou mu budeme mít co vyprávět,“ podělil se o svou radost otec chlapce v anonymním rozhovoru pro agenturu AP.

Před tímto úspěchem byla děloha transplantována dalším dvěma ženám. Jedné pacientce však musela být odstraněna po pouhých 3 měsících, u druhé pak všechny pokusy o otěhotnění skončily potratem. „Tento úspěšný případ však dává naději ženám a mužům, kteří jsou přesvědčeni, že nikdy nebu-

dou mít vlastní dítě,“ komentovala historický milník Liza Johannessonová, jedna z členek chirurgického týmu Matse Brannstroma, který ženě dělohu transplantoval. Přesto i mezi odbornou veřejností panují pochybnosti, zda je metoda transplantace dělohy a následného těhotenství skutečně efektivní a bezpečná. Tým dr. Brannstroma v současnosti pracuje s dalšími 8 pacientkami v podobné situaci, v jaké se nacházela dnes šťastná matka malého chlapce. Teprve až budou k dispozici výsledky pokusů o otěhotnění u těchto žen, bude možné metodu lépe zhodnotit, jsou přesvědčeni lékaři.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Inzerce M141001385

Hledáte práci?
nové zaměstnance?

POMŮŽEME VÁM!

Jsme specialisté na personální inzerci ve zdravotnictví.

ZAMĚSTNÁNÍ
VE ZDRAVOTNICTVÍ

WWW.ZAMESTNANIveZDRAVOTNICTVI.CZ

Laserová dopplerometrie – nová diagnostická metoda v léčbě ICHDK

Laserová dopplerometrie (LDP) je moderní neinvazivní technika měření mikrocirkulace laserovým paprskem, která napomáhá lékařům při stanovení další léčby.

Na našem pracovišti využíváme Systém PeriFlux 5000, což je modulární systém, který umožňuje měření mikrocirkulace prakticky ve všech tkáních organismu. Jedná se o kombinaci měření periferního prokrvení, prstového tlaku, kotníkového tlaku, neinvazivního brachiálního tlaku, parciálního tlaku O₂ a CO₂. Umožňuje také sledovat reakce na provokaci teplem, léky, polohou či okluzí.

Systém PeriFlux

Součástí přístroje jsou notebook s ovládacím programem pro laserovou dopplerometrii se sondou, dále tlakový modul s manžetou k měření prstového tlaku, modul pro měření TcpO₂ a TcpCO₂ s O₂ sondou, kalibrační pomůcky, plynová láhev ke kalibraci.

V rámci standardní angiologické ambulantní péče jsou sledováni pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin (ICHDK), u nichž provádíme LDP a ultrazvukové duplexní sonografické vyšetření cév dolních končetin (DK). Podle výsledku obou těchto vyšetření, klinického lokálního nálezu a celkového stavu pacienta pak lékař stanoví vhodnou terapii. Podle míry postižení pak zvolí léčbu konzervativní (vazodilatační infuze, pravidelné převazy defektů s využitím metod vlhkého hojení, případně v kombinaci s larvoterapií), dále je možná invazivně radiologická (PTA s eventuálním zavedením stentu) a konečně chirurgické postupy, bypassové operace nebo sympatektomie. V případě se-

lhání všech uvedených postupů přistupujeme k mezioborovému konsiliu (angiolog, chirurg, hematolog) a poté k transplantaci autologních buněk koncentráty kostní dřeně BMAC (bone marrow aspirate concentrate).

Postup měření

Pacient leží pohodlně na zádech. Pro zachování fyziologického prokrvení periferie je důležitá přiměřená a stálá teplota v místnosti. Končetinu zařizujeme vakuovou dlahou, čímž zabráníme jejímu nežádoucímu pohybu. Před zahájením měření je nutná kalibrace kyslíkového modulu, což trvá 10 minut.

Měření prstového tlaku

Prstový tlak (toe pressure, TP) měříme na palci DK, v případě amputace na 2. prstu. Naložíme tlakovou manžetu vhodné velikosti a na odmaštěnou pokožku nalepíme sondu LDP. Zahřátím kůže na teplotu 44 °C dosáhneme maximálního prokrvení a zachytíme signál mikrocirkulace. Prstový tlak měříme nafouknutím manžety na nulovou hodnotu křivky – hodnota vysoce přesahující hodnotu systolického tlaku (až 240 mmHg) – a při postupném vyfoukávání manžety zachytáváme signál mikrocirkulace. Nižší krevní tlak na prstech u nohy než na kotníku svědčí pro velmi distální uzávěr. Prstový tlak nižší než 30 mmHg svědčí pro závažnou ischemii a zároveň je spojován se špatným hojením ran.

Hodnoty prstového, kotníkového a neinvazivního tlaku na paži jsou důležité pro výpočet la-

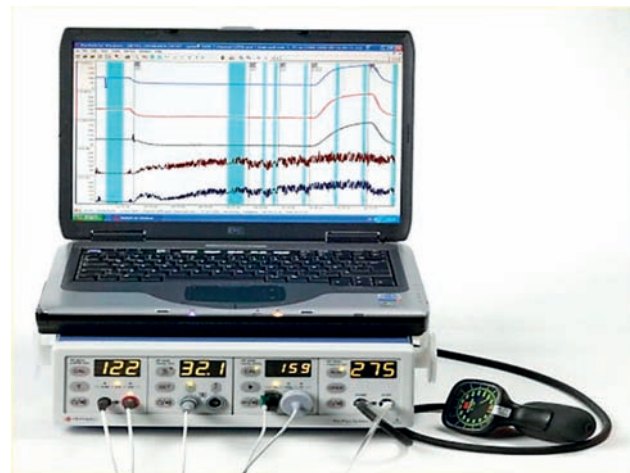
kového indexu (TBI, ABI), který se používá k hodnocení stavu tepenného řečiště u pacientů s aterosklerózou. Prstové tlaky jsou obzvláště důležité u pacientů, u nichž se zobrazují falešně vysoké kotníkové tlaky způsobené zvápnatěním periferních tepen. Tlak měřený pacientům se sklerotickými cévami na prstech u nohy je spolehlivější než tlak měřený na kotníku. Jestliže nemůže být provedeno měření krevního tlaku na kotníku (rozsáhlé defekty, bérkové vředy), využívá se jen měření na prstech nohy.

Měření bazální linie LDP

Sondu LDP přemístíme na bérce proximálně, mimo cévu, v případě defektu 1 cm nad defekt a opět nalepíme na odmaštěnou pokožku. Vyhledáme dostatečný signál. V blízkosti LDP sondy nalepíme O₂ čidlo s kontaktní tekutinou. Bazální linie je signál mikrocirkulace získaný bez zahřívání kůže. Měříme po dobu 2 minut. Následně zahájíme zahřívání a po 2 minutách přikládáme O₂ sondu. Po dobu 20 minut probíhá paralelně měření zahřívání, které nazýváme provokační test, společně s bazální linií TcpO₂ a TcpCO₂. Po 20 minutách přikládáme pacientovi O₂ masku a za inhalace 5 l/min 100% O₂ pokračujeme v měření 10 minut.

Měření kotníkového a kožního perfuzního tlaku (SPP)

Nad sondu LDP přiložíme manžetu tonometru. Postup měření je shodný s měřením prstového tlaku s výjimkou použití manžety větší velikosti. Hodnotu odečteme ze stupnice tonometru po dosažení optimální křivky SPP (skin perfusion pressure). Kompresivní manžetou změníme uzavírací tlak. Je pak kalkulován v poměru k tlaku na paži a dává přesnější informaci o ABI indexu než dopplerovské měření průtoku za kotníkem, které je zkruseno mediokalcinózou u pacientů s diabetem mellitem.



Systém PeriFlux 5000 pro LDP | Foto: archiv autorů



Vakuová dlahu s pumpou | Foto: archiv autorů



Provokační test - inhalace O₂ | Foto: archiv autorů

Tab. 1 Hodnoty TP, LDP, TcpO₂

TP (toe pressure)	LDP (PU, perfusion unite)	TcpO ₂
> 30 mm/Hg - 85% možnost zhojení defektu	Normál > 40 PU	Normál > 40 mm/Hg
Do 15 mm/Hg - 8%, nepravděpodobné vyléčení	Střední ischemie 30-40 PU	Mírná ischemie 20-40
	Těžká ischemie < 30 PU	Těžká ischemie < 20

Provokační testy

Provokační testy slouží k průkazu odpovědi periferního arteriálního systému na vazodilatační podněty. Lokální hypertermie je prováděna zahříváním kůže sondou, kdy dochází k vyvolání lokální termické vazodilatace. Měření transkutánního parciálního tlaku O₂ probíhá současně s hypertermií. Měření začíná vyšetřením bez inhalace O₂ (15-20 mi-

nut), poté následuje inhalace O₂ maskou po dobu 10 minut. Pak se změří odpověď tkáně na inhalační podněty O₂, a to stanovením TcpO₂ a TcpCO₂ v končetině nad místem defektu. Měření je ovlivněno lokálním metabolickým procesem a schopností krevní perfuze zbavovat se oxidu uhličitého. Kompletní záznam měření vyhodnotí lékař a vytiskne závěrečnou zprávu.



Měření kožního perfuzního tlaku a uzavíracího tlaku k výpočtu ABI

| Foto: archiv autorů

LDP před lumbální sympatektomií

V takových případech se nejdříve provede základní vstupní LDP vyšetření. Ve druhé fázi spolupra-

cujeme s anesteziologem, který zavede svodnou anestezii. Jedná se o proces, který dočasně imituje stav po lumbální sympatektomií. Po nastoupení plného účinku

anestetika provádíme druhé kompletní měření LDP. Po vyhodnocení lékař stanoví efekt případné sympatektomie.

Využití laserové dopplerometrie ve specializovaných odborech

- **Angiologie**
 - před a po invazivních výkonech na periférním bérčovém řečišti,
 - před, během a po léčbě kmenovými buňkami nebo autologními destičkami pro kožní defekty,
 - při výběru vhodných pacientů k léčbě vazodilatačními infuzemi.
- **Cévní chirurgie**
 - pro zjištění stavu mikrocirkulace před našitím bypassu,

- pro stanovení výšky cévní rekonstrukce,
- umožňuje kontrolu po cévních rekonstrukcích,
- stanovení výšky amputace,
- indikace lumbální sympatektomie.
- **Podologie**
 - kontrola mikrocirkulace u chronických defektů,
 - predikce přihojení transplantátů mashované autogenní i umělé kůže,
 - výběr vhodných pacientů k léčbě hyperbaroxií,
 - predikce zhojení.
- **Medicina popáleninových stavů**
 - před našitím kožních transplantátů,
 - účinnost léčby popálenin pomocí dermoepidermální autotransplantace s aplikací autologního trombinu.

Závěr

Pomocí metody laserové dopplerometrie se zjišťují další rezervy onemocnění ICHDK. Choroba nemusí být řešena radikálně (amputace), pacient má šanci využít další léčebné metody na zlepšení své nemoci. Lékař může díky LDP také sledovat změny mikrocirkulace po již nasazené terapii (aplikace BMSC či hyperbaroxie). Tato metoda je přínosem nejen v angiologii, ale i v jiných oborech medicíny.

Literatura u autorů

Mgr. Mária Samajová,
Bc. Jana Dudíková, Dis.,
Pavína Kusinová,
MUDr. Václav Procházka, Ph.D.,
FN Ostrava, Oddělení intervenční neurologie
a angiologie, Radiodiagnostický ústav,
maria.samajova@fno.cz

Ambulantní léčba flebotrombózy dolních končetin

Flebotrombóza je úplný nebo částečný uzávěr hlubokých žil krevní sraženinou (trombem). Jedná se o běžné onemocnění, jehož četnost přes zlepšení prevence v chirurgických i interních oborech spíše narůstá. Za určitých okolností je možné u většiny pacientů flebotrombózu DK léčit ambulantně.

Na vzniku flebotrombózy se podílejí různé rizikové faktory, nejčastěji hormonální léčba a rodinná zátěž či dříve prodělaná trombóza. Vliv má i obezita a stres.

Nejobávanější komplikací flebotrombózy je život ohrožující plicní embolie. Přesto lze převážnou část pacientů léčit úspěšně a bezpečně ambulantně, tomuto typu léčby pacienti dávají přednost. Při ambulantní léčbě musí být pacient poučen o povaze onemocnění, možných komplikacích, léčebném režimu a je zaúčen například v aplikaci nízkomolekulárního heparinu. Zde je nenahraditelná role zkušené erudované všeobecné sestry.

Příčiny a příznaky

Nejčastější příčinou je stav po úrazu a operaci, kdy jsou končetiny znehybněny (ortéza, sádra) a tím dochází k tlaku na žílu a k různým stresovým pochodům. Vyskytuje se u pacientů, kteří jsou delší dobu upoutáni na lůžko a nemohou se hýbat. Další příčinou je dlouhé cestování, kdy pacienti sedí, nepijí, nehýbou se, čímž se žíla utlačuje, dochází ke špatnému průtoku krve a tím k vytvoření sraženiny. Stejně tak v těhotenství plod utla-

čuje žíly v pánvi nebo u onkologicky nemocných žílu utlačuje nádorový útvar, případně sraženinu způsobí léčba, kterou pacienti absolují. Značná část flebotrombóz je tzv. spontánní, kdy se vyskytuje bez zjevné příčiny. V takovém případě je třeba podrobnější vyšetření.

Mezi příznaky flebotrombóz patří bolest, otok či barevné změny končetiny (nařívovělá až cyanotická).

Diagnostika flebotrombózy

Diagnostika je klinická, přístrojová a laboratorní. Klinická se provádí pohledem a pohmatem (tuhé lýtko), přístrojová ultrazvukovým vyšetřením a laboratorní odběrem krve (D-dimery).

O ambulantní léčbě rozhoduje vždy lékař podle lokalizace flebotrombózy, komplikujících stavů a spolupráce pacienta.

Možnosti léčby

Ambulantní léčba není vhodná u závažné proximální trombózy, zejména pánevní (možnost embolizace, eventuálně trombolýza, perkutánní transluminární angioplastika), dále v případech tzv. vláčičího trombu, u velmi starých a nepohyblivých pacientů, při po-

dezření na nádorové nebo jiné vážné onemocnění (nikoli u již dříve diagnostikovaných nebo léčených nádorů), při riziku většího krvácení nebo při nesouhlasu pacienta s ambulantní léčbou.

Farmakoterapie probíhá nejčastěji warfarinem, který se (než začne působit) několik dní překrývá nízkomolekulárním heparinem a nastaví se účinná hodnota INR (hodnoty 2-3). Nejmodernější, dobře snášenou léčbou je rivaroxaban (Xarelto). Jde o jednoduchou, pacienti vítanou léčbu, bez dietního omezení a bez nutnosti pravidelných odběrů INR. Další zásadní výhodou je, že nástup účinku léku se nemusí v začátku léčby pokrývat nízkomolekulárním heparinem, protože účinkuje okamžitě. Před různými výkony nebo operacemi jej stačí vysadit 1-2 dny předem, neboť jeho účinek také rychle mizí. Pacienti, kteří nemohou užívat tablety na ředění krve (warfarin, rivaroxaban...) si aplikují nízkomolekulární heparin (onkologicky nemocní, u nichž probíhá ozařování či hormonální léčba, nebo u těhotných). U těchto pacientů a onkologických pacientů nabíráme odběr krve na antiXA, aby se zjistilo, zda je léčba účinná, podle rostoucí váhy se musí dávka nízkomolekulární-

ho heparinu zvyšovat. Samozřejmě nedílnou součástí léčby trombózy je elastická bandáž, po opadnutí otoku elastická punčocha a chůze.

Edukace pacienta

Během ambulantní léčby je nejdůležitější edukovat pacienta. Musí se naučit sám (případně někdo z příbuzných) aplikovat nízkomolekulární heparin, kde zdůrazníme pravidelnost aplikace, stejně jako užívání warfarinu či rivaroxabanu. Důležité je pacienta poučit, aby nosil neustále u sebe antikoagulační průkazku, a zdůraznit nutnost pravidelnosti odběru INR (provádí se jen u warfarinu). Při léčbě warfarinem je důležité dodržování diety s omezením potravin s vitamínem K, tedy vynechat především listovou zeleninu v jakékoli úpravě.

Pacienta je nutné také poučit o vynechání aplikace injekcí i. m. v určitých případech a možném zvýšením krvácení (menstruace, úraz). Poučení se týká i vysazení některých léků, které nejsou vhodné v kombinaci s antikoagulační léčbou (antikoagulační, analgetika, ATB) a samozřejmě omezení alkoholu. Důležité je dodržování pitného režimu. Také musíme poučit pacienty o možnosti komplikací,

kteří se při ambulantní léčbě mohou objevit. Jedna z nejvážnějších je dušnost, jež může být příznakem plicní embolie. Dále se mohou objevit nežádoucí účinky léků, nejčastěji krvácení (např. z dásní či do moči), nevolnost, kožní vyrážka a v místě aplikace heparinu podkožní hematomy. Pro tyto případy pacienti dostávají poučení kam se akutně obrátit (telefonický kontakt na ambulanci s nepřetržitým provozem).

Doplňující vyšetření

U spontánních trombóz se provádí dovyšetřování ambulantně. Především se provádějí odběry krve (krevní obraz, biochemie, koagulace, případně trombofilní stav) a ultrazvukové vyšetření břicha, rtg, případně CT, fibroskopie, koloskopie... a pátrá se po případné skryté příčině.

Kontrolní vyšetření včetně UZ vyšetření se většinou provádí podle rozsahu po 3-6 měsících (při potížení pacienta i dříve) a v příznivém případě se léčba ukončí. Při ukončení léčby všem pacientům doporučujeme důslednou prevenci žilní TEN ve všech známých rizikových situacích.

Závěr

Ambulantní léčba je komfortní a bývá pacienty vítána. Domácí prostředí přispívá i k lepší psychické kondici a tedy i k úspěšné léčbě. Naše pracoviště má s ambulantní léčbou více než desetileté zkušenosti.

Literatura u autorky

Blanka Jandíková,
Interní oddělení Nemocnice České Budějovice,
JandikovaB@seznam.cz

Vliv vrbovky růžové na metabolismus warfarinu a diklofenaku

Čajový extrakt z vrbovky růžové se poměrně často užívá při domácí léčbě prostaty a močových cest. Autorka prověřovala, zda současné užívání čaje z vrbovky nemůže snížit či zvýšit účinnost warfarinu a vliv vrbovky na diklofenak.

Farmaceutický průmysl produkuje velké množství léčiv, přesto se někteří lidé raději vrací k tradiční přírodní léčbě. Je však nutno si uvědomit, že látky rostlinného původu (tedy i vrbovka růžová) obsahují množství chemických látek, které mohou ovlivnit metabolismus léčiva a tím i jeho účinek (tzv. xenobiotika).

Zaměřila jsem se na čajový extrakt z vrbovky růžové, který se poměrně často užívá při domácí léčbě prostaty a močových cest. Jak známo, onemocnění prostaty trpí nejčastěji starší muži. Častěji se u nich také projevují nemoci, jako jsou infarkt myokardu (IM) či tromboembolické choroby. K prevenci těchto onemocnění se užívá lék warfarin. Ve své práci prověřuji, zda současné užívání čaje z vrbovky nemůže snížit či zvýšit účinnost warfarinu. Z podobných důvodů jsem zkoumala také vliv vrbovky na diklofenak.

Popis postupu

Cílem této práce bylo prokázat pomocí metody HPLC možný vliv extraktu z vrbovky na metabolismus vybraných léčiv (warfarin a diklofenak). Použité extrakty svou koncentrací i způsobem přípravy odpovídaly čajům prodávaným v lékárnách. Celkem bylo připraveno 6 vzorků (viz tab. 1). Rozlišujeme označení přírodní vrbovka a vrbovkový čaj. Přírodní vrbovka je námi nasbíra-

Vzorek	Hmotnost	Voda	Čas louhování
1 - vrbovkový čaj	0,5 g	50 ml	10 min
2 - přírodní vrbovka	0,5 g	50 ml	10 min
3 - přírodní vrbovka	0,5 g	50 ml	20 min
4 - vrbovkový čaj	1,0 g	50 ml	10 min
5 - přírodní vrbovka	1,0 g	50 ml	10 min
6 - přírodní vrbovka	1,0 g	50 ml	20 min

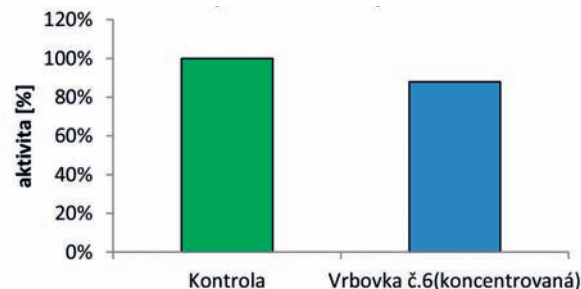
Tab. 1

ná a usušená přírodním teplem. Vrbovkový čaj byl zakoupen v lékárně. Pro naše bádání byly připravené extrakty stabilizovány zmrazením na -80 °C. Pro experimenty jsme použili darovanou mikrozomální frakci (frakci ER) lidských hepatocytů. V práci byla sledována aktivita cytochromu P450 2C9. Cytochromy P450 přeměňují xenobiotika. Ta jsou lokalizována především v membránách endoplasmatického retikula jaterních buněk. Endoplasmatické retikulum (ER) je jedno z mnoha buněčných organel a právě jaterní ER má nejvyšší aktivitu cytochromu P450.

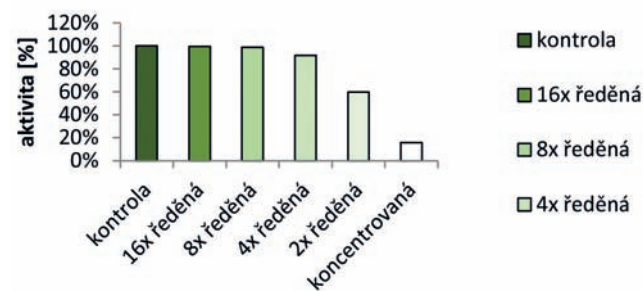
Výsledky experimentu

Ke splnění našeho úkolu zjistit, zda vrbovka ovlivňuje metabolismus vybraných léčiv, bylo nutno použít fyzikálně-chemickou metodu HPLC - vysoce účinnou kapalinovou chromatografii. Pracovat s metodou HPLC nám umožnil Ústav lékařské chemie a biochemie Univerzity Palackého v Olomouci.

Výsledky (viz graf 1) ukázaly, že vrbovka růžová nemá vliv na metabolické přeměny warfarinu, který je typickým substrátem cytochromu P450 2C9. Z tohoto pohledu by bylo možné konstatovat, že lidé užívající warfarin, mohou současně pít i čaj z vrbovky, který používají na své urologické potíže, a nemělo by docházet k výrazným lékovým interakcím na úrovni metabolismu za účasti cytochromu P450 2C9. Oproti tomu u diklofenaku došlo k výrazné inhibici metabolické přeměny ze 100 % (kontrola) až na 15,8 %, tedy téměř o 85 % (viz graf 2). Tato hodnota byla naměřena u koncentrovaného vzorku extraktu z vrbovky. Ještě i po dvojnásobném zředění byla inhibice stále zřetelná. Ředění 4násobné až 16násobné z původního vzorku se na inhibici neprojevovalo. Můžeme tedy konstatovat, že při užití diklofenaku a čaje z vrbovky může docházet ke snížení intenzity jeho metabolických přeměn. Pomalejší odbourávání by mohlo způsobit delší setrvání tohoto léčiva v organismu.



Graf 1 Inhibice metabolismu warfarinu extraktem z vrbovky č. 6 (7-OH warfarin) | Foto: archiv autorů



Graf 2 Inhibice metabolismu diklofenaku extraktem z vrbovky č. 1 (4-OH diklofenak) | Foto: archiv autorů

Závěr

Vrbovka růžová neovlivňuje metabolickou přeměnu warfarinu v lidském organismu za účasti cytochromu P450 2C9. Z daného pohledu by v průběhu léčby a užívání warfarinu neměla mít vliv na hladiny tohoto léčiva v těle. Ze stejného důvodu by ani vrbovkový čaj prodávaný v lékárnách neměl metabolické přeměny warfarinu ovlivňovat.

V případě diklofenaku je tomu jinak, jeho metabolismus vrbovka růžová ovlivňuje. Výsledky získané z analýz s využitím HPLC prokázaly významnou inhibici příslušného enzymu v přítomnosti

koncentrovaného extraktu vrbovky. Vzhledem k inhibici enzymu je pravděpodobné, že diklofenak se bude odbourávat pomaleji, a z toho důvodu může být jeho hladina v organismu zvýšena. V každém případě je vhodné se před užíváním přírodních produktů vždy poradit s lékařem či farmaceutem, aby nedošlo k vzájemnému ovlivnění účinných látek.

Literatura u autorů

Blanka Kuřiková, RNDr. Jifí Stranyánek,
Mgr. Martina Pišková,
doc. RNDr. Eva Anzenbacherová, CSC.,
Kurikova.Blanka@seznam.cz

Kvalita života sluchovo postihnutých

Jedným z důvodů nárastu zájmu v medicíně o kvalitu života, s důrazem na jej subjektivně vnímanou pacientem, bola v 60. a 70. letech vzrůstající nespokojenost pacientů s léčbou.

Kritériem zdraví je podle rozšířené definice WHO pohoda ve všech oblastech lidského života. Na základe toho by mohlo hodnotenie kvality života spočívat v posúdení určité dynamiky a hierarchického uspořádání lidských potřeb jedin-

ca. Pod pojmem „kvalita života“ sa skrývá veľké množstvo činiteľov, ktoré môžu osobe so sluchovým postihnutím komplikovať, alebo naopak zjednodušovať život v ľudskej spoločnosti. Kvalita života spočíva vo vonkajších, objektívnych okolnostiach a situáciách,

ktoré determinujú život človeka, a hlavne v tom, ako človek zvláda životné zmeny, ako ich prežíva, akú hodnotu im pripisuje. Kvalita života je stupeň, v ktorom prežívanie života uspokojuje individuálne psychologické a fyzické prania a potreby. Predpokladom

úspešnej starostlivosti o ľudí s poruchou sluchu a predpokladom dobrej kvality ich života je zachytiť poruchy čo najskôr a čo najskôr začať so správnou výchovou a rehabilitáciou. Potrebná je aj široká informovanosť poskytovaná sluchovo postihnutým, ktorá im

priblíži význam výchovy, vzdelávania a tiež význam primeranej komunikácie. Verím, že v blízkej budúcnosti sa to stane realitou. Cieľom výskumu bolo overiť, aká je kvalita života sluchovo postihnutých. Aké majú problémy, čo ich trápi. Ak poznáme príčinu, môžeme ju odstrániť, a tým predísť rozvinutiu problému.

Na získanie informácií sme zvolili metódu dotazníka. Informácie sme zisťovali prostredníctvom 47 podnetových položiek. Išlo o zatvorené otázky.

Výberový súbor tvorilo 100 respondentov, 50 žien a 50 mužov. Návratnosť bola 100 %. Vek klientov je u mužov 20–30, u žien 20–60 rokov. Podmienkou pre vyplnenie dotazníka bolo, že všetci respondenti sú sluchovo postihnutí.

Cieľ výskumu

- Overiť poznatky pacientov o príčine vzniku ich ušného ochorenia a informácie o ich ušnej operácii.
- Spoznať vplyv choroby a dĺžky liečby na kvalitu života sluchovo postihnutých.
- Získať poznatky o sluchovo postihnutých s cieľom zlepšiť kvalitu ich života.

Hypotézy výskumu

- H-1: Predpokladáme, že respondenti nemajú dostatočné informácie o vzniku svojho ušného ochorenia.
- H-2: Predpokladáme, že respondenti nepoznajú všetky príznaky ušného ochorenia.
- H-3: Predpokladáme, že respondenti nepoznajú druh operácie, ktorej sa podrobili.
- H-4: Predpokladáme, že porucha sluchu ovplyvňuje sociál-

ne fungovanie sluchovo postihnutého pacienta.

- H-5: Predpokladáme, že dĺžka liečby pri poruchách sluchu je pre sluchovo postihnutého klienta psychicky zaťažujúca.
- H-6: Predpokladáme, že sluchový hendikep ovplyvňuje kvalitu života sluchovo postihnutého pacienta.

Interpretácia výsledkov a diskusia

H-1 sa nám potvrdila – zistili sme, že klienti nemajú dostatočné informácie o vzniku svojho ušného ochorenia. Desiatich respondentov (10 %) si zistili informácie o svojom ušnom ochorení z internetu, od ORL lekára alebo z dostupnej literatúry, ale 90 (90 %) klientov tieto informácie nemalo, resp. boli nedostatočné.

H-2 sa nám potvrdila – klienti nepoznajú príznaky ušného ochorenia. Príznaky, ktoré donútili klientov vyhľadať ušného lekára: 22 opýtaných (22 %) uviedlo ako jednu z príčin návštevy ušného lekára zhoršenie sluchu; desiatim respondentom (10 %) prekážali stavy závratov 18 (18 %), pacientom prekážal piskot, šum v ušiach; bolesť ucha uviedlo 22 opýtaných (22 %); ďalší 2 (2 %) klienti navštívili lekára pre náhle ohluchnutie, na nátlak rodiny, v rámci preventívnej prehliadky

či kvôli zhoršeniu počutia, ktoré bolo prekážkou v práci; praskanie v ušiach uviedli 3 respondenti (3 %); tlak v uchu 11 (11 %) oslovených.

H-3 sa nám nepotvrdila, respondenti poznajú druh svojej operácie. Z odpovedí klientov vyplýva takýto záver: vedomosti o operačnej liečbe nepotvrdzujú hypotézu, 99 (99 %) respondentov vedelo, aká operácia u nich bude vykonaná a 1 z opýtaných (1 %) nevedel, o aký druh operácie išlo. Z toho môžu prameniť potenciálne problémy pacientov. Ak nepoznajú druh operácie, je pravdepodobné, že nebudú poznať ani pooperačné správanie sa, ochorenie môže recidivovať. Preto je potrebné dbať ešte viac na sprostredkovanie poznatkov o druhu operácie u každého pacienta.

H-4 sa nám potvrdila. V otázke – ako ste spokojný/á so svojim pracovným výkonom – 3 (3 %) pacienti uviedli, že sú veľmi nespokojní, 7 (7 %) klienti uviedli, že sú nespokojní, 45 (45 %) respondentov uviedlo, že nie sú ani spokojní, ani nespokojní, 29 (29 %) oslovených uviedlo, že sú spokojní a 16 (16 %) opýtaných uviedlo, že sú so svojim pracovným výkonom veľmi spokojní. Viac ako 50 % klientov teda nie je spokojných so svojím pracovným výkonom, čo sa odráža na ich kvalite života.

H-5 sa nám potvrdila. S dĺžkou liečby malo trpezlivosť 13 (13 %) oslovených. 26 klientov (26 %) dĺžka liečby nezatažovala. Dôveru v lekárov počas liečby strácalo 32 (32 %) oslovených, 29 respondentov (29 %) bolo nervózných.

H-6 sa nám potvrdila. Z odpovedí vyplýva, že sluchový hendikep má vplyv na osobný a pracovný život i na kvalitu života až u 75 (75 %) klientov a 25 (25 %) oslovených uviedlo, že ušné ochorenie na ich život vplyv nemá.

Porucha sluchu znamená vážne poškodenie zdravia, výrazne zhoršuje prognózu intelektuálneho, emocionálneho, rečového a jazykového rozvoja človeka. Vo výskumnom súbore pri súčte odpovedí svedčí výsledok o tom, že skoro 50% opýtaných má zníženú kvalitu života.

Odporúčania pre prax

Zistili sme, že sluchový hendikep významne ovplyvňuje kvalitu života pacienta. K zvýšeniu kvality života sluchovo postihnutých pacientov je nutné vykonávať systematickú edukáciu pacienta, vypracovať informačnú brožúru, zabezpečiť užšiu spoluprácu s odborníkmi, organizovať spoločné diskusné posedenia, zabezpečiť spoluprácu s psychológom, záujem rodinných príslušníkov o liečbu podporovať organizova-

ním stretnutí so zdravotníckym personálom. Tieto odporúčania pre sestry pomáhajú v rozhodovaní zdravotníckemu personálu pri identifikovaní problémov pacienta, zásahov na ich vyriešenie a pri hodnotení výsledkov.

Záver

Sluchové ochorenie zasahuje chorých na všetkých úrovniach. Postihnutému človeku sa má venovať pozornosť vo všetkých uvedených zložkách.

Pri liečbe, rehabilitácii pacienta je veľmi dôležitá funkcia sestry. Tá je v kontakte s chorým časovo najdlhšie, preto je schopná postrehnúť zmeny v jeho vonkajšom správaní a nálade. Zaoberali sme sa problémami, ktoré postihnutých pacientov trápi. Sú pestré a zmierniť ich alebo vyriešiť v plnom rozsahu si vyžaduje pracovať citlivo, zodpovedne. Dôležitý je prístup sestry k chorému, upevňovanie vzťahov medzi sestrou a pacientom na základe porozumenia a dôvery, a tým prispievať k zvyšovaniu kvality života sluchovo postihnutých.

Literatúra u autorky

PhDr. Silvia Rošková,
Stredná zdravotnícka škola,
Kukučínova 40, Košice,
sisasilvia@zoznam.sk

Intervenční služba ve Fakultní nemocnici Ostrava

Intervenční služba, první psychická pomoc, je prvotní podpora sekundárně zasaženým. Intervenční nemocniční služba, která je poskytována ve FN Ostrava, je první, která nabízí podporu rodinným příslušníkům hospitalizovaných pacientů.

Zatímco interventa mají již ve svých týmech policie, hasiči i zdravotnická záchranná služba, v nemocnicích tato péče zatím nebývá poskytována.

Čas pro interventa

Práce ve zdravotnictví je specifická nejen tím, že se tu zachraňují životy a zdraví, ale dochází zde také ke konfrontaci s lidským neštěstím, těžkými životními ztrátami a se smrtí. Objevují se sekundárně zranění – jedinci, kteří přímo neutrpěli žádné zranění, ale jsou natolik zasaženi situací, jež se přihodila jejich blízkým, že sami potřebují poskytnutí pomoci. Úkolem

zdravotníků je zejména pečovat o potřeby, zdraví a zachraňování života „pacienta“. Lidé vyskytující se v pacientově okolí zůstávají mnohdy bez psychické podpory, přitom se jich vzniklá situace také bezprostředně dotýká. Ocítají se na okraji zájmů. Cítí se frustrovaní, pociťují nedostatek informací a neschopnost orientovat se v prostředí, v němž se právě vyskytli. Potřebují ventilovat a sdílet emoce, potřebují někoho, kdo na ně bude mít čas a bude s nimi krizovou situaci sdílet. Tito lidé také potřebují a zaslouží pomoc, ne však zdravotnickou, ale spíše psychosociální. Zde nastává čas pro využití nemocničního interventa.

Desítky minut až hodiny

Interventi jsou vyškoleni pro komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů zasaženými akutní stresovou reakcí. V jakých konkrétních situacích je tedy můžeme využít? Při úmrtí někoho blízkého – dětí i dospělých, u těžkých polytraumat, u suicidálních pokusů, u těžkých termických úrazů, při hromadném neštěstí a dalších situacích. Interventi jsou k dispozici, aby usnadnili práci ošetřujícímu personálu při péči o pacienta v život ohrožujících stavech, a to nejen v prvních minutách při akutním příjmu. Intervent umožňuje zdravotníckému personálu plně se věnovat paciento-

vi a zároveň je postaráno i o rodinné příslušníky. Zdravotnický intervent se orientuje v nemocničním prostředí, rozumí situaci, která se kolem pacienta děje a přitom se přímo neúčastní péče o něj. Intervent provází přítomné rodinné příslušníky v jejich nejtěžších chvílích. Vysvětluje, co se s jejich blízkým děje (vyšetření, výkony, eventuálně resuscitaci), poskytuje psychickou podporu. Může být přítomen i v situacích, kdy je rodina informována o úmrtí pacienta. Informuje o možnosti využití následné péče, například pomoci duchovní služby FN, nebo příbuzné nasměruje na Krizové centrum Ostrava či jiná podpůrná pracoviště. Edukuje o možném

průběhu akutní stresové reakce, napomáhá zasaženým orientovat se v jejím průběhu a podporuje v adaptaci na náhle vzniklou obtížnou situaci. Interventi také mohou být nápomocní při vyplňování zdravotní dokumentace. Krizový intervent je člověk, který přichází za rodinou a je na místě pouze pro ně tak dlouho, jak budou příbuzní potřebovat. Naslouchá, probírá s blízkými, jak se cítí, má důležité informace, pomůže vyřídit nejnnutnější záležitosti, zprostředkuje další potřebnou pomoc. Nejdůležitější je, že může říci: „Ssem tady s vámi a jen pro vás.“

Jak to funguje ve FN Ostrava

Koncem listopadu 2012 proběhl ve FNO speciální kurz „První psychická pomoc ve zdravotnictví“, který vedl klinický psycholog Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje PhDr. Lukáš Humpl. Výcvik absolvovalo 15 všeobecných sester z akutních oddělení (urgent, centrální příjem, ARO, dětská klinika OPRIP, dětská neonatologie JIP, popáleninové centrum, psychiatrie). Z toho 11 interventů se přihlásilo

k aktivní účasti v poskytování intervenční služby pro příbuzné pacientů naší nemocnice. Od listopadu 2012 intervence již ve FNO probíhají. Ve většině případů se jedná o intervence s rodiči hospitalizovaných dětí. Přítomnost intervenční týmu uvítali a hodnotili ve všech případech velmi pozitivně také zaměstnanci nemocnice. První psychologická pomoc pro klienty je nedílnou součástí péče ve FNO. Touto službou zároveň plníme jeden z požadavků komise JCI ve vztahu komunikace s rodinnými příslušníky. Poskytování takové organizované intervenční služby, kterou zajišťují vyškolení zdravotničtí profesionálové, je v rámci zdravotnických zařízení v ČR dosud ojedinělé a FN Ostrava je první nemocnicí u nás, kde začíná úspěšně fungovat. Ošetřující personál má na intranetových stránkách nemocnice po celých 24 hodin k dispozici seznam sloužících interventů. Intervenční službu může kontaktovat lékař nebo všeobecná sestra. Kolektiv interventů se pravidelně setkává na provozních poradách, kde řeší provozní záležitosti a hodnotí provedené intervence

u pacientů na jednotlivých klinikách/odděleních. Pro každého intervenčního je nesmírně důležitá zpětná vazba po poskytnuté intervenci. Informace o činnosti intervenční služby chceme zveřejnit na internetových stránkách naší nemocnice. Budeme moc rádi, bude-li naše intervenční služba dalším přínosem v oblasti poskytování kvalitních zdravotních služeb pro hospitalizované pacienty a jejich rodinné příslušníky. Další zajímavou výhodou činnosti interventů je snížení výskytu stížností v rámci nemocničního zařízení. Značný počet stížností je podáván právě na základě nedostatečné komunikace. Pozitivní ohlasy z dosud realizovaných intervencí jsou toho příslibem. Na všech pracovištích FN Ostrava je k dispozici informační leták (viz box).

Literatura u autorů

- Mgr. Radim Němec, FN Ostrava, radim.nemec@fno.cz,
- Mgr. Veronika Petrášová, FN Ostrava, veronika.petrasova@seznam.cz,
- Bc. Jana Růžicková, FN Ostrava, jana.ruza@seznam.cz

První psychologická pomoc ve FN (intervenční tým)

Úkolem zdravotníků urgentních oborů je samozřejmě primárně pečovat o pacienta ohroženého na životě a věnovat mu plnou pozornost. Někdy je však nutno myslet na přítomnost jeho blízkých, kteří zůstávají nepovšimnuti a osamoceni na chodbách nemocnice.

Proč k tomu dochází?

- Nedostatek času ze strany zdravotníků.
- Rozpaky, jak s blízkými vážně ohroženého či již zemřelého pacienta jednat.

Co s tím můžeme udělat?

- Věnovat těmto osobám pozornost.
- Postarat se o jejich aktuální psychologické potřeby.
- Poskytnout tzv. první psychologickou pomoc.

Co to je první psychologická pomoc?

- Služba lidem, kteří se ocitli ve stavu akutní psychologické krize.
- Práce s potřebami psychologicky zasaženého příbuzného, pozůstalého.

Kdo první psychologickou pomoc poskytuje?

- V naší nemocnici, je pro tuto činnost speciálně vyškolený intervenční tým.

- Je složen z patnácti zdravotních sester z akutních oddělení FNO.

Co intervent dělá?

- Provází přítomné rodinné příslušníky v jejich nejtěžších chvílích.
- Edukuje o možném průběhu akutní stresové reakce.
- Napomáhá zasaženým orientovat se v situaci.
- Podporuje v adaptaci na náhle vzniklou obtížnou situaci.
- Upřesňuje a vysvětluje informace o zdravotním stavu jejich blízkého.
- Může být nápomocen při vyplňování zdravotní dokumentace.
- Informuje o možnosti využití následné péče, např. duchovní služby FN.
- Zasaženému může předat do další péče – krizové centrum, psycholog apod.

K čemu intervenční tým slouží?

- Snižuje psychologickou zátěž ošetřujícího personálu.
- Zkvalitňuje komunikaci mezi rodinou a personálem v psychologicky náročných situacích.
- Pracuje s příbuznými a pozůstalými, kteří jsou ve stavu akutní stresové reakce.

Kdy kontaktovat intervenční tým?

- Úmrtí blízkého.
- Vážné ohrožení života nemocného.
- Suicidální stavy.
- Hromadná neštěstí.
- Jiná psychologicky zátěžová situace.

Kontakt

V případě potřeby intervenční služby kontaktujte službu konajícího intervenčního týmu nebo koordinátora (služby na intranetu nemocnice).

Příběh sestry v Saúdské Arábii, díl 10/12 – Nezapomenutelné chvíle

Jako jedna ze služebně nejstarších českých sester pracujících v Saúdské Arábii jsem byla pozvána, abych reprezentovala Českou republiku a naše zdravotníky u příležitosti návštěvy diplomatické delegace vedené českým exministrem zahraničí Karlem Schwarzenbergem.

Akce se zúčastnilo i mnoho úspěšných českých podnikatelů, kteří sem přijeli navázat obchodní kontakty se Saúdskou Arábií. Přivítala jsem je v hotelu Intercontinental a následující den jsem se s nimi zúčastnila schůzky Komory obchodu a průmyslu v Džiddě. Česká televize se mnou natočila reportáž, která byla odvysílána v hlavní zpravodajské relaci, a redaktor deníku Dnes pak se mnou udělal rozhovor. Zúčastnila jsem se také večírku, který pořádal Honorární konzulát ČR v Džiddě, kde mě ředitel agentury G5 Plus seznámil s Karlem Schwarzenbergem. Celý pobyt s českou delegací byl pro mě nezapomenutelným zážitkem!

Jako Popelka na bále

Další příjemnou vzpomínkou pro mě byla návštěva právě saúdské svatby. O arabských svatbách jsem hodně četla, jak jsou velkolepé, honosné, a co je nejzvláštnější – probíhají odděleně. Ostatně po vzoru celkové separovaného způsobu života žen a mužů v těchto zemích. Ženy a muži zvlášť na svatbě, to jsem si ale nedovedla představit. Díky své saúdské kamarádce jsem měla tu čest

se jedné takové svatbě zúčastnit. Nevěstu ani ženicha jsem sice neznala, ale to byl jen malý detail. Ona se jím o mně zmínila, a rodina s mou přítomností dokonce nadšeně souhlasila, protože i pro ně byla cizinka na svatbě událostí. Svatba se konala v obrovském nazdobeném sále v jednom z luxusních hotelů. V předání jsme odložily naše abáji (tj. tradiční šaty), vkročily jsme do sálu a najednou jsem si připadala jako Popelka na pohádkovém báli. Sál byl obrovský, výzdoba laděna do bílé barvy, všude květiny, hrála arabská hudba, která roztančí každého. Oslavy se zúčastnilo asi kolem dvou set žen. Všechny měly nádherné róby nejrozmanitějších barev a střihů, až z toho přecházel zrak, výrazný make-up a nakadešené vlasy. Tančily a nosily se v těch svých úžasných modelech. Teprve kolem půlnoci se přišla ukázat nevěsta. Byla v tradičním oděvu laděném do zelená a obličej měla zahalený závojem ze zlatých penízků. Za doprovodu družiček se prošla sálem a usadila se na obrovskou pohovku v čele místnosti, v jejímž pozadí byla podél celé stěny květinová výzdoba. Nevěsta se pak asi po půlhodině

opět zvedla a odešla. Podle zvyků se po nějaké době měla zase vrátit, v bílých šatech a tentokrát i s ženichem.

Čekání na nevěstu

Na svatební pár jsme čekaly skoro čtyři hodiny, než se ráčili ukázat. Do té doby jsme tančily a hodovaly. Pojednou zhasla světla a přítomné ženy se začaly zahalovat. Pochopila jsem, že do sálu vejde muž, tedy ženich. Tajemnou atmosféru umocnila i píseň z filmu Dobytí ráje. Zнала jsem ji, protože nám ji hráli na maturitním večírku, když nás stužkovali... Bylo zvláštní pozorovat, jak se ta pestrobarevná škála rozmanitých oděvů a vyzývavých žen najednou proměnila v zahalené „nic“ v bílém sále. Na obrovském plátně se zatím promítaly fotky dlouho očekávaného páru z dětství až po současnost. Pak konečně vešli. Nevěsta měla nádherné bílé šaty s vlečkou, závoj a obličej opět schovaný pod maskou, tentokrát stříbrnou, vykládanou blýskavými kamínky. Ženich byl oblečen v tradiční thobe tmavě šedé barvy s bílou decentní výšivkou a na hlavě měl bílý šátek, ghutru. Moc jim to slušelo. Byli mladí a krásní. Za doprovodu ka-



mer, které je snímaly, aby i na promítacím plátně měl každý možnost je dobře vidět, se prošli až doprostřed sálu, kde si nevěsta masku sundala. Zatančili si jen sami dva a pak se usadili na pohovku, kde jim svatební hosté mohli blahopřát. Znovu se pak všude rozsvítila světla a na střeše hotelu se začala podávat slavnostní večeře. Bylo pět hodin ráno. Hostinou svatba skončila. Na lůžko jsem se dostala v půl sedmé ráno – s laskavým plným dobrot a duší plnou nádherných zážitků.

Mgr. Lucie Karalová

Nemocnice Security Forces Hospital (SFH), jeden z nejpoužívanějších zahraničních zaměstnavatelů českých a slovenských sester, nabízí mzdové ohodnocení více než 1.000.000,- Kč čistého ročně a atraktivní zaměstnanecké výhody, jako bezplatné standardní ubytování apod. Nemoc-

nice SFH je sponzorem 12dílného seriálu „Příběh sestry v Saúdské Arábii“ a hlavním partnerem soutěže Sestra roku.

Společnost G5 Plus je partnerem nemocnice SFH a tradičním zprostředkovatelem zaměstnání českých a slovenských zdravotníků do zahraničí. Autorka seriálu je jednou ze stovek úspěšně vyslaných uchazeček. Více informací o možnostech prožití podobného „Příběhu sestry“ získáte na: www.g5plus.com, info@g5plus.com, zelená linka ČR: 800 88 88 96, SR: 0800 700 123, mimo ČR/SR: (+420) 733 581 244. (Pozn.: Veškeré informace a zprostředkovatelské služby jsou uchazečům poskytovány ZDARMA)





17. BŘEZNA 2015
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

Sestra roku 14



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

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

Přihlaste svého kandidáta!

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

Titul Sestra roku je
udělován ve dvou
kategoriích:

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

Redakce časopisu
Zdravotnictví
a medicína uděluje
mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek 31. 12. 2014

Stručná pravidla soutěže

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

PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů:
– e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
– vložení na www.sestraroku.cz
– v obálce označené heslem „Sestra roku 2014“ na adresu redakce

časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 31. 12. 2014. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2014“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Těž si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu sestraroku@mf.cz.

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzavěrky soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2015 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

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

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

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

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

Generální partner



Hlavní partneři



Science For A Better Life

Partner galavečera



Záštita



Garant



www.sestraroku.cz



Sestra roku 14



Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže
Sestra roku 2014 v kategorii:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči
 Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele
Kontaktní adresa PSČ
E-mail Telefon

Soutěžící

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

Podpis soutěžícího: Podpis navrhovatele: Datum:

Základní informace o soutěži

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

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

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

s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.
Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz

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

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

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

ORL klinika FN Královské Vinohrady (FNKV) má více než stoletou tradici, její základy položil v roce 1908 prof. Kutvirt založením ORL oddělení. Ve funkci přednosty se postupně vystřídali profesoři Frozel, Hlaváček, Chládek a docenti Pihrt a Kašpárek. V současné době je klinika plně akreditovaným pracovištěm pro obor ORL, chirurgii hlavy a krku.

Léčebně preventivní činnost spočívá v diagnostice, prevenci a léčbě všech onemocnění ORL. V ambulantním úseku je ročně ošetřeno 28–30 tisíc pacientů, denní počet bývá kolem stovky. Klientela pochází z přirozeného spádu a v mnoha případech z celé republiky. To platí zejména o pacientech s poruchami vnitřního ucha, které se projevují nedoslýchavostí, závratěmi a tinnitem. K léčbě těchto pacientů jsou použity osvědčené farmakologické, fyzioterapeutické a fyzikální léčebné postupy, které jsou velmi často kombinovány.

Nověji se otoneurologický úsek kliniky věnuje problematice tzv. opěrkového traumatu, které vzniká při 60–70 % dopravních nehod nebo také při sportovní činnosti (kopaná, hokej, lyžování). K vyšetřování, ale i léčbě tohoto závažného úrazu je využívána moderní posturografická plošina TETRAX, umožňující detailní analýzu poškození jednotlivých segmentů rovnovážného ústrojí v souvislosti s měřením těžiště a frekvence jeho výchylek. Významnou činností diagnostiky i léčby je péče o dětské pacienty, u kterých je pod endoskopickou kontrolou odstraňována nosohltanová mandle, dále je prováděna především chirurgie středního ucha a měkkých částí krku. V oblasti chirurgie středního ucha jsou aplikovány standardní sanační a rekonstrukční postupy směřující k obnově či zlepšení sluchu. Nověji se detailně zabýváme problematikou tzv. perilabyrintové píštěle u pacientů s náhlou nedoslýchavostí.

V oblasti rinochirurgie jsou samozřejmě standardní postupy metodikou funkční endonazální chirurgie (FESS) při použití navigačního systému. S touto problematikou rovněž souvisí i diagnostika a terapie poruch spánku; klinika disponuje diagnostickým zařízením k vyšetření tzv. spánkové apnoe. Není bez zajímavosti, že touto poruchou trpí i děti v útlém věku. V oblasti chirurgie hrtanu jsou řešeny jak benigní, tak maligní choroby, jsou prováděny velké plastické výkony směřující k rekonstrukci dýchacích a polykacích cest po velkých operacích. Úspěšně se rovněž rozvíjí chirurgie štítné žlázy. Foniatické oddělení má velmi dobrou tradici a kromě standardních vyšetřovacích postupů v oblasti ušních poruch při své práci uplatňuje komplexní přístup především v oblasti komunikační problematiky u malých dětí. V oblasti výuky jsme hlavním pracovištěm pro výuku oboru pregraduální i postgraduální. V současné době probíhá výuka posluchačů v oblasti smyslových poruch a základní výuka v oboru. Kromě toho pedagogičtí pracovníci kliniky působí ve výběrových kurzech, kterých se studenti podle svých zájmů účastní (např. onkochirurgie, rinologie, dětská ORL aj.). Několik lékařů se připravuje ke složení kvalifikační zkoušky v oboru ORL, rozsáhlá a intenzivní postgraduální příprava rovněž probíhá v rámci specializačních stáží jiných oborů. Pracoviště je rovněž akreditovanou klinikou pro praktickou výuku audiologických sester. K dobrému renomé pracoviště přispívají i pravidelné kongresy s mezinárodní účastí pořádané v jarních měsících. Tyto akce navštíví vždy 250–350 účastníků a jsou otevřeným fórem i pro studenty lékařských fakult. V následujících číslech Zdravotnictví a medicína vám přinášíme přehled diagnosticko-léčebných trendů v oblasti ORL.

doc. MUDr. Aleš Hahn, CSc.,
přednosta ORL kliniky 3. LF UK a FNKV Praha

Otitis media secretorica – diagnostika, léčba a prevence pozdních následků

Sekretorická otitida (OMS, *otitis media secretorica*, *otitis media chronica non suppurativa*, „glue ear“) je nejčastější příčinou převodní nedoslýchavosti u dětí a je důvodem chirurgického zákroku. Vyskytuje se však i u dospělých.

OMS je charakterizována přítomností mukoidního nebo serózního výpotku ve středoušní dutině po dobu 3 měsíců a déle. Situaci někdy komplikuje i to, že zvláště dětští pacienti mívají minimální příznaky a k lékařům se dostávají pozdě.

Onemocnění má řadu příčin, které se mohou vzájemně kombinovat a synergicky posilovat. Mezi rizikové faktory patří útlak ústí Eustachovy trubice obstrukčními procesy v nosohltanu (ade-

noidní vegetace, tumory), recidivující otitidy či katary horních cest dýchacích, tubární dysfunkce, vrozené vývojové vady (zvláště rozštěpy patra), atopie, pasivní kuřáctví, nízký věk. V dnešní době jsou diskutovány též genetické faktory a zbytečně konzervativní postup v léčbě akutních středoušních zánětů bez provedení paracentézy. U dospělých pacientů může být vyvolávajícím faktorem karcinom nosohltanu, kde OMS někdy bývá prvním příznakem tohoto vážného

onemocnění. Dalšími vyvolávajícími faktory mohou být barotrauma, radioterapie v oblasti hlavy a krku a chronické či recidivující záněty horních cest dýchacích.

Patogeneze OMS

Důležitou funkci v patogenezi OMS hraje dysfunkce Eustachovy trubice (dále je ET).

Funkce ET:

- ventilační – vyrovnávání tlaku ve středouši s tlakem atmosférickým,

- drenážní – odstraňování sekretu vytvořeného ve středouši do nosohltanu,

- ochranná – ochrana středouši před průnikem sekretu z nosohltanu do středoušní dutiny.

Rozeznáváme dva typy dysfunkce ET, které mohou způsobovat vývoj OMS:

- ET uzavřená – 2 typy obstrukce: funkční, mechanická,
- ET abnormálně otevřená – 2 typy: patulózni, semipatulózni. Podstatou tohoto onemocnění je retence tekutiny ve středouši

bez příznaků akutního infekčního onemocnění.

Tekutina se do středouši dostává při poruše činnosti řasinek epitelu ET na podkladě primárně vrozeném nebo sekundárně po zánětech. Při uzavěru ET vzniká ve středouši podtlak, který při delším trvání vede k hyperemii sliznice s následnou transudací a hromaděním tekutiny ve středoušní dutině. Sliznice středního ucha nemá za fyziologických podmínek imunitní systém, ale působením vyvolávajícího nosy se tento začíná tvořit a produkovat imunoglobuliny. Výpotek bývá serózní, mukoidní či seromukoidní. Obvykle je výpotek sterilní, ale v řadě případů ▶

TRENDY V ORL

byla zjištěna i přítomnost bakteriálních kmenů. Z mikrobiálních agens se jedná o *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus* a *Branhamella catarrhalis*. Při podrobnějším vyšetření byl nalezen endotoxin a lipopolysacharid z gama-negativních bakterií. Lysozomální proteáza hraje roli při vzniku otitis media secretorica, neboť její proteolytická aktivita destrukuje tkáň a prodlužuje zánětlivou reakci aktivací kininogenu, plasminogenu a komplementárního systému. Lysozomální proteáza zpomaluje hojení OMS, pokud není inaktivovaná proteázovými inhibitory. Řada studií též ukazuje, že se jedná o výsledek dráždění způsobeného infekcí, sekretorickou aktivitou lokálních imunoglobulinů a produkci protilátek.

Zcela specifickou skupinou pacientů s OMS jsou děti s rozštěpovými vývojovými vadami patra, u kterých dochází k poruše funkce Eustachovy trubice. Na otevírání Eustachovy trubice se podílejí: *m. levator veli palatini* a *m. tensor veli palatini*. Za středoušní onemocnění je patrně zodpovědná dysfunkce tensoru. Někdy však bývá zdůrazňován i vliv levátorových abnormalit na dysfunkci ET u rozštěpových vad.

U dětí s rozštěpem patra málokdy dochází ke spontánnímu vyhojení OMS. Může docházet k retrakčním změnám na bubínku, k adhezivním změnám ve středouší, ke vzniku cholesteatomu a k fixaci poruchy sluchu.

Děti s rozštěpovými vrozenými vývojovými vadami samozřejmě potřebují ke správnému vývoji řeči dobrý sluch. OMS způsobuje převodní sluchovou vadu, která může dosáhnout 30–50 dB. Dobrý sluch jim zajistíme včasným zavedením grometu (tympanostomie). Převodní vada se tímto upraví téměř k normálu.

Ve FN Královské Vinohrady je věnována těmto dětem komplexní péče ve spolupráci několika odborníků: plastická chirurgie, stomatologie a ortodontie, ORL, foniatrie a logopedie. Všechny tyto děti jsou v podstatě od narození sledovány v pravidelných intervalech na ORL klinice (otomikroskopie, tympanometrie, později i audiometrie) a v indikovaných případech provádíme tympanostomie. Tympanostomie je důležitá nejen k úpravě sluchu a normalizační ventilací poměrů, ale i jako prevence rozvoje sekundárních změn – retrakce, adhezivní procesy, vývoj chronické středoušní otitidy.

Příznaky OMS

Sekretorická otitida může působit pocit tlaku, plnosti či zalehnutí, eventuálně i bolesti v uchu a převodní nedoslýchavost (maximálně do intenzity 40 či 50 dB). Pacienti mohou vnímat i šelest v uchu šplouchavého charakteru či závratě, které můžeme vysvětlit změnou středoušního tlaku při vzniku výpotku a přenosem těchto změn do středního ucha. Velmi často je OMS u dětí asymptomatická, rodiče nezaznamenají zhoršený sluch dítěte a léčba je zahájena až v okamžiku, kdy nedoslýchavost negativně ovlivňuje rozvoj řeči, studijní výsledky ve škole či poruchy v chování.

Diagnostika OMS

Diagnózu tohoto onemocnění stavujeme s využitím následujících metod:

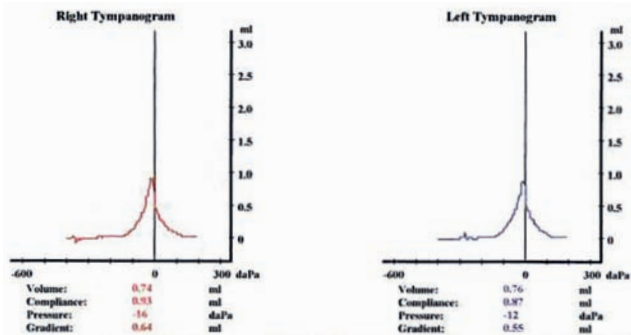
- otomikroskopie, opakovaně v časovém odstupu,
 - tympanometrie (měření poddajnosti bubínku za měnícího se tlaku), u větších dětí i audiometrické vyšetření,
 - vyšetření adenoidní vegetace endoskopickou optikou,
 - podrobná anamnéza.
- Při otomikroskopickém vyšetření zjistíme vpáčený bubínek s prosvítající hladinkou tekutiny či vzduchových bublin retromyringicky.

Otitis media secretorica ukazuje obr. 1.

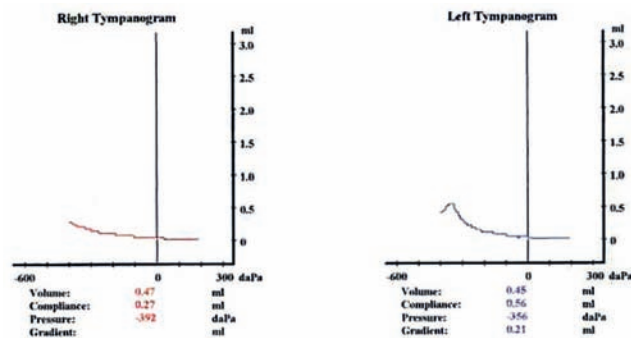


Obr. 1 OMS

Výhodou tympanometrického vyšetření je možnost provedení i u malých dětí, které zatím nejsou schopny spolupráce při tónové audiometrii. Tímto vyšetřením se určuje poddajnost (compliance) bubínku v závislosti na tlaku vzduchu ve zvukovodu. Podmínkou vyšetření je celistvost bubínku a chvilkové udržení dítěte v klidu. Tympanogram nás informuje o funkčním stavu Eustachovy trubky, funkci převodního systému a tlaku ve středoušní dutině. Rozlišujeme několik typů tympanometrických křivek. Pro OMS je typická křivka B, podle literatury se její přítomnost pohybuje mezi 50–99 %.



Obr. 2 Tympanometrická křivka A

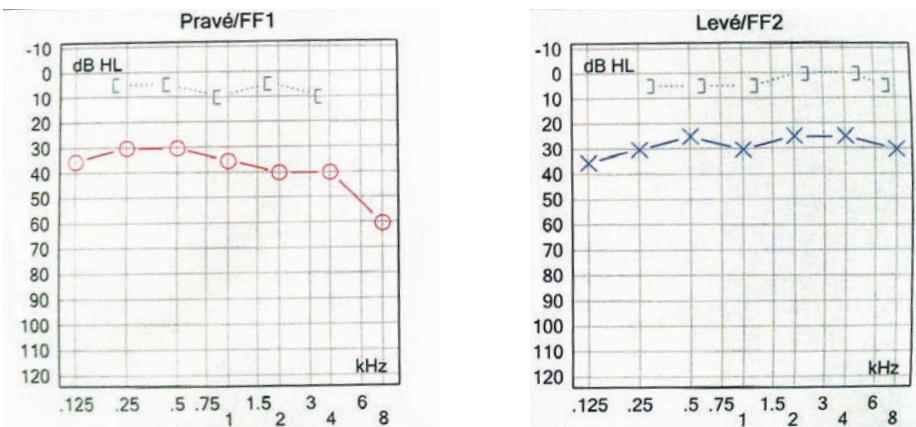


Obr. 3 Tympanometrické křivky B a C

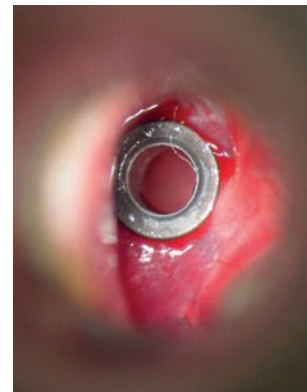
Výsledkem tympanometrického vyšetření je křivka, která má 3 základní typy:

- Typ A: vzdušné středouší, normální nálezy, vrchol křivky je normální v amplitudě i v tlaku (viz obr. 2).
- Typ B: plochá křivka – přítomnost sekretu ve středouší.
- Typ C: posunutý vrchol křivky do negativního pole – podtlak ve středouší (viz obr. 3).
- Typ D: tvar W – atrofický bubínek.
- Typ E: vyšší křivka – hypermobilita bubínku.

Při audiometrickém vyšetření, které lze provádět u větších dětí a dospělých, zjišťujeme převodní typ poruchy sluchu. Maximální ztráty mohou být 40–50 dB (viz obr. 4).



Obr. 4 Audiogram – převodní vada oboustranně



Obr. 5 Zavedená grometa

tože nejčastější příčinou OMS v dětském věku je hypertrofie adenoidní vegetace, je prvním krokem v léčebném postupu adenotomie – zavedení gromety do středouší za celkové intubací anestezie. Pokud nedojde k vymizení sekretu ve středouší do 2–3 měsíců po výkonu, je dalším léčebným chirurgickým krokem tympanostomie – zavedení gromety (stípula, VT – ventilační trubička, TVT – trubička vyrovnávající tlak). Jsou využívány gromety z různých materiálů. Na našem pracovišti upřednostňujeme titan či zlato. V poslední době jsme získali dobrou zkušenost s teflonem (viz obr. 5).

Jen vzácně provádíme zároveň endoskopickou adenotomii a tympanostomii současně, a to u případů, kde jsou již patrné sekundární změny – retrakční kapsy, adhezivní procesy ve středouší atd. Pouhá myringotomie s odsátím sekretu pod otomikroskopickou kontrolou má obvykle pouze dočasný efekt. Proto tento zákrok na ORL klinice FNKV neprovádíme.

Zavedení gromet je nutně pečlivě indikovat. Pacienty po tympanostomii musíme po dobu několika měsíců pravidelně kontrolovat do vyloučení, eventuálně odstranění gromety. U většiny dětí dojde k úpravě

sluchu a normalizaci ventilačních poměrů ve středouší, někdy je však nutné zavedení gromet opakovaně.

Někdy i při využití těchto léčebných postupů dochází ke vzniku reziduí na bubínku, adhezivní-

mu procesu ve středouší, vzniku tympanosklerozy a retrakčních kapes bubínku, vzácněji ušního cholesteatomu. Proto je nutné toto onemocnění nepodceňovat, včas diagnostikovat a řešit podle moderních léčebných postupů.

Závěr

K úspěšnému vyléčení OMS jsou nutné:

- včasná diagnostika (otomikroskopie, endoskopie, tympanometrie),
- endoskopická adenotomie v cel-

kové intubační anestezii v indikovaných případech,

- tympanostomie.
- Přesto, že jde o relativně jednoduchší výkony v ORL, měla by jim být věnována vysoká pozornost podle nejmodernějších léčebných postupů.

Úspěšnou léčbou OMS předcházíme pozdním vážným následkům, které mohou značně zneprůjemňovat běžný život pacientů.

MUDr. Klára Hronková,

ORL klinika 3. LF UK a FNK Praha

MUDr. Jana Voldánová, Nemocnice Tábor, a. s.

Racionální antibiotická léčba v ORL

Onemocnění orgánů dýchacích cest jsou u pacientů všech věkových skupin nejčastější příčinou návštěvy lékaře. Na etiologii akutních onemocnění se podílí celé spektrum patogenů – od virů přes atypické bakterie a bakterie až po parazity. Nejčastějšími vyvolavateli jsou viry, proto u převážné části pacientů není indikována antibiotická terapie.

Na základě tlumení lokální imunity respiračního epitelu viry „otevírají bránu bakteriím“ a u části pacientů vzniká bakteriální superinfekce. Je důležité tento přechod včas rozpoznat a taky nezapomenout na predispoziční faktory, jako je věk pacienta a imunokompromitující okolnosti (imunosupresivní léčba, chronické onemocnění apod.)

Při léčbě chronických nemocí (např. sinusitid, otitid, tonzilitid) postupuje ORL lékař podle zvláštního schématu pro jednotlivá onemocnění s přihlédnutím k celkovému stavu pacienta a individuálnímu průběhu onemocnění u jednotlivých pacientů. Léčba je často kombinací různých přístupů. Někdy jsou jednotlivá ATB nasazena empiricky. Např. chronická tonzilitida se přeléčí pomocí PNC, a pokud jsou hodnoty ASLO i v kontrolním odběru vysoké, zvažuje se tonsilektomie. Nebo se ATB nasazují až po výsledku kultivace, např. při otitis media chronica – při opakovaných akutních exacerbacích.

Nejčastější akutní onemocnění

● **Rhinitis a rhinopharyngitis acuta**
Jedná se o postižení sliznice nosní a často i sliznice nosohltanu, kdy hovoříme o rinofaryngitidě. Původcem onemocnění jsou nejčastěji respirační viry a z bakteriálních *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*.

Po inkubační době 24–72 hodin pacient udává bolest a pocit plnosti v hlavě, zduřené nosní sliznice, serózní výtok z nosu, pocit škrábání v krku, zalehnutí v uších, subfebrilie. Příznaky dosahují vrcholu 3. den, nekomplikovaný průběh trvá 7–10 dní. Stav se může komplikovat sinusitidou, otitidou, laryngitidou nebo rozšířením infekce na dolní dýchací cesty.

Léčba nekomplikovaného průběhu onemocnění je symptomatická. Důležité je zachování nosní průchodnosti lokální aplikací nosních kapek, které působí dekongestivně na nosní sliznici. Analgetika a antipyretika zmírňují celkové příznaky. Bolest v krku zmírňují lokální přípravky s antiseptickým účinkem a kloktání. Důležité je dodržení pitného a klidového režimu a dostatek vitaminů. Při nekomplikovaném průběhu onemocnění není antibiotická léčba indikována.

● Rhinosinusitis acuta

Nejčastěji vzniká jako bakteriální komplikace rhinitis acuta. Méně časté je odontogenní, vzácně je šíření infekce hematogenně a traumaticky. Nejčastějším původcem onemocnění jsou *Streptococcus pneumoniae* a *pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, při mykotické infekci nejčastěji *Aspergillus*, odontogenní záněty způsobují hlavně anaeroby.

Základní trias příznaků je bolest v obličejí, nosní kongesce a purulentní sekrece. K nim se obvykle přidává cefalea, porucha čichu a celkové příznaky jako febrilie, únava, celková slabost. Bolest se zhoršuje při předklonu, může vyzařovat do ucha, oka či horní dentice. Lokalizace bolesti závisí na tom, které dutiny jsou postiženy. Při zánětu zubního původu sekrece nápadně zapáchá.

Terapie je orientovaná na dva základní problémy – potlačení infekce a obnovení funkce ostií. V kauzální léčbě empiricky užíváme širokospektrá penicilinová antibiotika a cefalosporiny I. generace. Symptomatická léčba se neliší od léčby rhinitis acuta, důležitá je hlavně dekongestence sliznic podáváním nosních kapek a perorálních dekongestiv.

● Pharyngitis et tonsillopharyngitis acuta

Hlavním příznakem je bolest v krku zejména při polykání a zduření tonzil a okolitých struktur v oblasti faryngu. Běžné faryngitidy bývají v 80 % vyvolané viry a projevují se katarálními změnami sliznic faryngu, případně i tonzil, laryngu a bronchů. Hlavním terapeutickým postupem je symptomatická terapie – stejná jako u rinofaryngitidy. Tonzilitidy, zejména folikulární a povlakové, bývají vyvolány převážně bakteriemi, nejčastějším původcem je *Streptococcus pyogenes*. Onemocnění vzniká náhle, projevuje se horečkou a polykacími obtížemi. Při streptokokové etiologii jsou sliznice tonzil a faryngu tmavě červeně zbarvené, prosáklé s bílými povlaky nebo žlutavým sekretem.

Léčba je primárně antibiotická, lékem první volby v případě streptokokové angíny je V-penicilin, možno použít i cefalosporiny I. a II. generace. Doba užívání je 7–10 dní. Souběžně léčíme i symptomaticky: antipyretika, analgetika, kloktadlo, Priessnitzův obklad na krk, dostatek tekutin. V diferenciální diagnostice tonzilitid je důležité odlišit ne bakteriální virové angíny, hlavně infekční mononukleózu a dále Plautovu-Vincentovu angínu, způsobenou směsí aerobních a anaerobních mikrobů a spirochet, projevující se jako jednostranná tonzilitida s ulcerací kryptou pablánou.

● Laryngitis acuta

Nejčastěji se projevuje současně s rhinitis acuta, rhinopharyngitis nebo pharyngitis acuta. Také zde jsou nejčastějšími původci respirační viry, bakterie se vyskytují zejména při superinfekci a jsou to především *Haemophilus influenzae* a *Streptococcus pneumoniae* a *pyogenes*. Příznaky zánětu hrtanu jsou škrábání a bolest v krku,

chrapot, suchý, dráždivý, štěkavý kašel, který se v průběhu několika dnů mění na produktivní. V celkových příznacích dominují bolesti kloubů a svalů, únava, subfebrilie.

Léčba je u nekomplikovaného průběhu onemocnění symptomatická. Analgetika, antipyretika, inhalační léčba, dostatek tekutin, hlasový klid, tlumení suchého dráždivého kašle a při produktivním kašli expectorancia. U nekomplikovaných laryngitid není indikována antibiotická léčba. Mezi závažné komplikace, postihující obvykle menší děti, patří otok sliznic v subglotické oblasti, který se projeví inspiračním stridorem a inspirační dušností. Stav vyžaduje hospitalizaci. Podáváme nebulizace s příměsí mukolytik, systémovou aplikaci kortikoidů, při podezření na bakteriální infekci antibiotika. Při hrozbě suffokace je indikována intubace nebo tracheostomie.

● Epiglottitis acuta

Jedná se primárně o bakteriální onemocnění, jehož původcem je nejčastěji *Haemophilus influenzae* nebo *Streptococcus haemolyticus*. Nemocný je schvácný, febrilní, stěžuje si na bolest v krku s akcentací při polykání, při plně rozvinuté nemoci nemůže polknout ani sliny. Pacienta je nutné hospitalizovat, podávají se intravenózně kortikoidy a antibiotika. Volbou jsou širokospektrá intravenózní antibiotika – peniciliny s rozšířeným spektrem působnosti nebo cefalosporiny II. a III. generace. Při hrozbě suffokace je indikována intubace nebo tracheostomie.

● Otitis media acuta

Nejčastější šíření infekce je tubární cestou, vzácně hematogenní. Onemocnění bývá zprvu virové etiologie a je způsobeno nejčastějšími respiračními vi-

ry. Bakteriální superinfekci vyvolávají *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* a *Pseudomonas aeruginosa*. Zpravidla se objevuje výrazný katar horních dýchacích cest, následně zalehnutí ucha, které prorůstá do výrazné bolestivosti, mohou se přidat subfebrilie až febrilie.

Léčba závisí na stadiu nemoci. Při otoskopickém nálezů infiltrativního stadia, kdy je bubínek nastříklý bez vyklenutí, je léčba symptomatická jako u akutní rinofaryngitidy s důrazem na dekongestivní terapii. Při nálezů vyklenutého bubínku provádíme paracentézu a podle nálezů sekretu indikujeme další léčbu. V případě serózní či mukózní sekrece provádíme odsátí sekretu a lokálně aplikujeme dezinficiencia a antiseptika do zvukovodu. Antibiotika jsou plně indikována při nálezů purulentní sekrece, při protrahovaném průběhu onemocnění, při předpokladu možné komplikace, např. u imunokompromitovaných pacientů, a při komplikovaném průběhu anamnesticky. Nejčastěji užíváme širokospektrá penicilinová antibiotika a cefalosporiny I. generace. U všech stadií otitid je léčba symptomatická jako u akutní rinofaryngitidy s důrazem na dekongestivní terapii, zánětlivé příznaky a bolest lze zmenšit příkládáním chladivých obkladů na *planum mastoideum*.

Shrnutí

Nejčastěji jsou onemocnění v ORL oblasti primárně virové etiologie. Mezi časté bakteriální onemocnění patří *tonsillitis acuta*, kde je důležitá správně indikovaná ATB terapie. V případě primárně virové infekce je na místě symptomatická léčba a včasné rozeznání bakteriální superinfekce s následným zahájením ATB terapie. Neindikovaná ATB terapie je příčinou vzniku rezistencí, která se stává globálním zdravotnickým problémem. Z důvodu narůstající antimikrobiální rezistence je proto třeba se při léčbě infekcí v ORL oblasti řídit principy racionální ATB terapie.

MUDr. Zuzana Hornáková,

ORL klinika 3. LF UK a FNK Praha

TRENDY V OFTALMOLOGII

Moderní operace katarakty – šedého zákalu

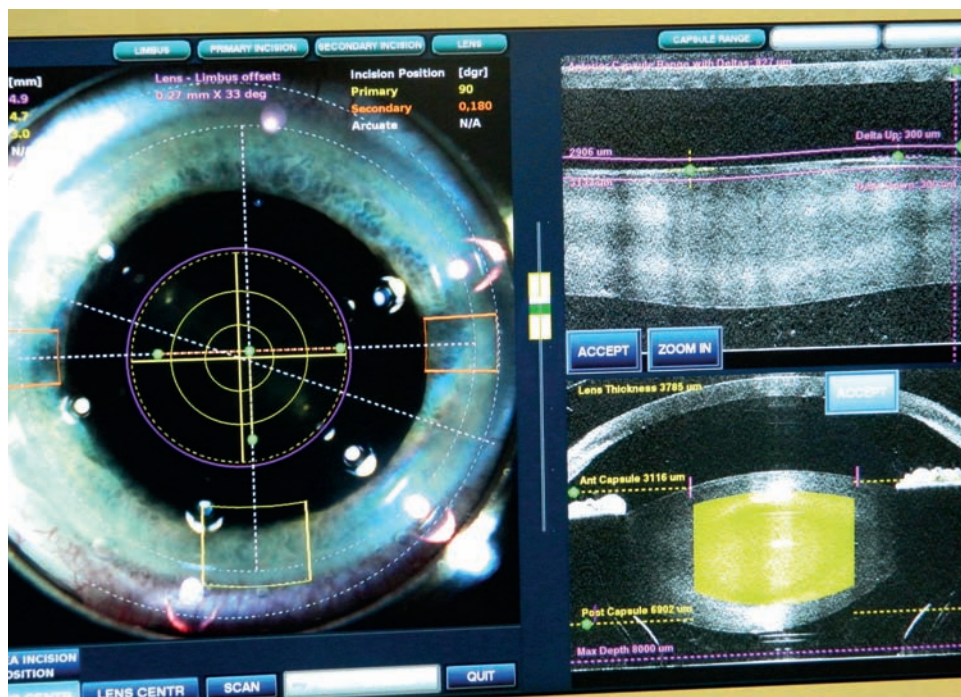
Dosud nemáme k dispozici možnost jak konzervativně zabránit vzniku katarakty, proto je jedinou účinnou léčbou operace. Společně s implantací nitrooční čočky patří mezi vůbec nejefektivnější postupy v medicíně. V ČR je každý rok prováděno více než 80 tisíc operací katarakty, jejichž potřeba se stárnutím populace a zlepšováním postupu stále narůstá.

Oční čočka je za normálních okolností bezcévná transparentní část oka, která nemá žádné nervové zásobené. Vzniká v časném embryonálním životě, v průběhu života se zvětšuje a přibývá na hmotnosti. Je významnou součástí optického systému oka (cca 20 dioptrií), navíc je v mladším věku nadaná schopností měnit svou refrakci (akomodace), tato schopnost se věkem snižuje, okolo 45. roku života se její pokles projevuje jako presbyopie. Katarakta je zakalení čočky, které způsobuje poruchu průhlednosti a rozptyluje procházející světlo, výsledkem je pokles zrakové ostrosti. Příčiny jejího vzniku jsou mnohočetné a vzájemně se kombinují. Podle WHO je katarakta příčinou asi poloviny oboustranné slepoty ve světě, odhaduje se, že takto je postiženo na 20 milionů lidí.

Možnosti operační léčby

Indikace k operaci je velmi individuální, v podstatě ji provádíme, když zakalení čočky a následný pokles zrakových funkcí činí pacientovi obtíž v běžném životě. V této souvislosti se mluví o tzv. dysfunkčním syndromu čočky, kdy čočka neplní své fyziologické funkce, včetně akomodace, a proto je tendence operovat čočku raději dříve než později. Již dávno neplatí názor, se kterým se ještě občas setkáváme, že čočka musí „uzrát“. Před operací vyžadujeme interní předoperační vyšetření a zhodnocení, zda je pacient schopen operace v místním znečistlivění, celková anestezie se používá jen výjimečně. Současné postupy operace katarakty nevyžadují změnu antikoagulační léčby, což značně usnadňuje předoperační přípravu. Také téměř 100% provedení operací při jednodenní chirurgii, s okamžitým návratem do domácího prostředí, je pro pacienty podstatně méně zatěžující než pobyt v nemocnici.

Prudký rozvoj refrakční chirurgie v posledních 20 letech přinesl významný pokrok i do operativy čočky, neboť při operaci dnes standardně vkládáme do pouzdra čočky vlastní čočku novou, umělou,



Obr. 2 Obrazovka femtosekundového laseru používaného k operaci katarakty

kteřá koriguje nejen ztrátu cca 20 dioptrií optické mohutnosti čočky. Umělá čočka může být asférická – kompenzuje větší zakřivení rohovky v periferii a výsledkem je ostřejší a kvalitnější obraz, což se projevuje zvláště za zhoršených světelných podmínek. K dispozici máme čočky torické, které korigují astigmatismus a celou řadu čoček multifokálních nejrůznější konstrukce, které mají za cíl umožnit vidění do blízka i dálky bez brýlí (viz obr. 1). Nezbytným předpokladem použití těchto čoček je dokonalé komplexní vyšetření pacienta před operací, vysvětlení toho, co může pacient od operace očekávat, a precizní provedení operace. Nejčastěji používaným materiálem pro výrobu nitroočních čoček je akrylát, hydrofobní nebo hydrofilní. Chirurgická léčba katarakty je známa již téměř 3000 let, doložené záznamy jsou z Indie více než 800 let př. n. l. Dislokace čočky do sklivce pak byla používána až do 17. století n. l. Fakoemulzifikace – rozmělnění čočky a její odsátí malým řezem – byla zavedena v roce 1967 Ch. Kelmanem a tento postup je základem moderních metod odstranění

čočky. Použití ultrazvukové energie oftalmologická veřejnost přijímal jen pomalu, až o 20 let později se stala hlavní metodou operace katarakty. Prochází neustálým vývojem – jmenujme alespoň základní kroky, jakými jsou technika malého řezu (2 mm), který nepotřebuje suturu – proto postačuje pouze znečistlivění povrchu oka kapkami, cirkulární kontinuální kapsulorexi k otevření předního

pouzdra čočky, různé viskomateriály ochraňující delikátní strukturu oka, mnoho přístupů k dělení jádra při operaci, zavedení barvení pouzdra čočky u výrazného zakalení čočky, četné modifikace vlastního rozmělnění jádra, dokonalé fakovýstroje kontrolující průtok a tlak v celém systému, usnadňující práci očního chirurga a snižující zátěž oka operací a komplikace na minimum.



Obr. 3 Operační sál s nejmodernějším současným vybavením



Obr. 1 Moderní multifokální nitrooční čočka

Femtosekundové lasery

Vždy, kdy se s těmito novinkami setkáváme, máme pocit, že další vývoj již nebude možný, opak je však pravdou. Velkou revolucí v operativě katarakty v posledních letech představují femtosekundové lasery. Původně byly vyvinuty pro refrakční chirurgii rohovky. Ultrakrátké pulsy řezou precizně cílové struktury s minimálním vlivem na okolní tkáň. Operace katarakty asistovaná femtosekundovým laserem je naplánována chirurgem podle zobrazení předního segmentu oka (viz obr. 2). Tento postup je přechodem k robotizované chirurgii oka, mimořádně přesný, reprodukovatelný a bezpečný. Zásadním způsobem zlepšuje provedení řezu v obalech oka, umožňuje dokonale cirkulární kapsulorexi a pomáhá při rozmělnění čočky. Chirurg pak dokončí operaci odsátím rozmělněné čočky a vložením čočky umělé. Podstatně se snižuje doba, po kterou je oko při operaci otevřeno a tím klesá zátěž nitroočních tkání. První práce o použití femtosekundového laseru pro operaci čočky byla publikována v roce 2009 profesorem Nagyem z Budapešti. Od té doby se tento postup šíří v celém světě explozivním způsobem. V České republice v současné době již pracuje několik těchto systémů. Jsem osobně rád, že Oční klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové byla prvním státním zařízením, které tuto technologii zavedlo a umožnilo pacientům využívat nejmodernější postup operace katarakty (viz obr. 3). V současné době jsme na začátku použití femtosekundových laserů v této oblasti, ale očekáváme, že to nebude trvat 20 let jako u klasické fakoemulzifikace, než byla přijata širokou oftalmologickou veřejností.

Co pálí globální a českou vakcinologii?

X. hradecké vakcinologické dny, které proběhly začátkem října v Hradci Králové, přinesly tradičně přehled aktuálních témat z oblasti očkování a infekčních nemocí. Z bohatého programu jsme vybrali několik důležitých informací, které zazněly v příspěvku předsedy České vakcinologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Romana Prymuly, CSc., Ph.D.

V přednášce věnované současnému možnostem vakcinace z globálního pohledu se profesor Prymula zamýšlel nad otázkami, co ovlivňuje systém očkování u nás i celosvětově. Jednou z hlavních překážek dostatečné proočkovanosti jsou sílící aktivity odpůrců očkování. „V poslední době u nás probíhá intenzivní komunikace s odpůrci, mrzí nás však, že se tato diskuse polarizuje a začíná z jejich strany nabývat animózní až agresivní podoby, jež řa-

du diskutujících odstraší. Diskusi se však nemůžeme vyhnout, neboť jakmile vyklidíme pozice, dáme prostor těm, kteří je nepochybně zaplní,“ upozornil Roman Prymula. Organizace, které u nás vakcinologové čelí, podle něj již zdaleka není organizací amatérskou. Putují do ní finanční prostředky a její zástupci usilují o vytvoření sítě, aktivně podporované jejími členy. „Do řady diskusních fór se navíc jedinec ani nedostane. Pokud do nich vstoupí matka, kte-

rá chce o očkování diskutovat, je jí mnohdy razantně vysvětleno, že zde se nediskutuje,“ vysvětlil prof. Prymula.

Komunikovat o úspěších i nezdarech

Očkující lékaři jsou terčem útoků aktivistů takřka neustále. Lékaři jsou napadáni za údajné spolčení s farmaceutickými koncerny, přičemž o vakcínách tito odpůrci tvrdí, že jsou naprosto neúčinné a plně toxických látek. Kolektiv-



Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D. | Foto: Tomáš Kubelka

ní imunita podle odpůrců neexistuje, infekční nemoci údajně vymizely samy od sebe nebo díky hygienickým opatřením. „Efekt očkování můžeme doložit na příkladu hemofilových infekcí. Pokles invazivních hemofilových onemocnění pět let po zavedení plošné vakcinace proti *Haemophilus influenzae* typu b je

zde zcela markantní a určitě nebyl způsoben lepší hygienou,“ ukázal na statistických datech prof. Prymula.

Odborník na vakcinologii se dále vyjádřil k problému, který nedávno otřásl českými médii. Jednalo se o úmrtí dítěte dávané do souvislosti s předchozí aplikací hexavakcíny. „Situace vypadala velmi ▶

KOMERČNÍ PREZENTACE

Nanotechnologie jsou revolučním krokem k ochraně proti mikroorganismům

Otázka hygieny ve zdravotnictví a pečovatelsství je mimořádně závažná. Zdravotnická zařízení se denně potýkají se škodlivými bakteriemi, viry či plísněmi. V boji proti šíření těchto mikroorganismů mohou nově pomoci také nanotechnologie.

Společnost PROMA REHA přichází na český trh s novinkou a nabízí jako první aplikaci nanotechnologie SmartCoat. Jedná se o průlomovou technologii, která zajišťuje aktivní ochranu povrchů a poskytuje tak bezpečné prostředí pro klienty i zdravotnický personál.

Zásadní snížení rizika přenosu

Technologie SmartCoat využívá antimikrobiálních účinků nanočástic oxidu titanu (TiO₂). Při působení světla funguje jako fyzikální dezinfekce využívající principu fotokatalytické mineralizace. Aplikované nanočásti-

ce při kontaktu s jakýmkoli druhem světelného záření způsobují rozpad buněčných organismů. Na ošetřené ploše a v její těsné blízkosti dochází k reakcím, které efektivně rozkládají veškeré organické látky, jako jsou bakterie, viry, plísně, těkavé organické látky, mikročástice prachu a celá řada dalších. V ošetřených prostorech proto dochází k zásadnímu snížení rizika přenosu kontaktních nákaz, nozokomiálních infekcí a masivní ionizaci ovzduší.

Nanooxid titanu se aplikuje pomocí unikátní postřikové technologie, která umožňuje nanášení na jakýkoli druh povrchu, a to s garancí 100% pokrytí. Pro aplikaci se používá suspenze na bázi vody s obsahem nanočástic o rozměrech 2-3 nm, která vytvoří jednodolitý průhledný film. Ihned po aplikaci dochází k odparu nosného média a ke krystalizaci povrchu. Během několika okamžiků tedy vzniká plně funkční vrstva.



Foto: PROMA REHA

Stěny i zdravotnické prostředky

Tato nová technologie nachází uplatnění na každodenně používaných zdravotnických prostředcích. Nejdůležitějšími partiemi pro aplikaci jsou části, které přicházejí do společného kontaktu klientů, ošetřujícího personálu a návštěv. Zdravotnickými prostředky s největším výskytem takovýchto kontaktů jsou nemocniční a pečovatelská lůžka. Nejrizikovějšími částmi jsou postranice a čela, ruční, sateelitní a sesterské ovladače a příslušenství lůžek. Prvním výrobcem, který na českém trhu nabízí možnost antimikrobiální ochra-

ny zdravotnických prostředků, je společnost PROMA REHA, která provádí i aplikaci nejen na výrobky samotné, ale i na stěny, nábytek apod.

Vysoká účinnost nanotechnologie SmartCoat byla potvrzena Zdravotním ústavem ČR a celou řadou nezávislých studií provedených v několika zdravotnických zařízeních. Studie zpracovávají provedená měření kontaminovaných povrchů před a po aplikaci. Výsledky měření po aplikaci jednoznačně prokazují vysoké procento snížení výskytu mikroorganismů přesahující 78 %, přičemž garantovaná účinnost takovéto aplikace dosahuje minimálně 24 měsíců. (red)



Foto: PROMA REHA

ODBORNÉ AKCE



Foto: archiv pořadatelů

dramaticky, ale jednalo se pouze o náhodnou souvislost časovou. V současnosti ještě čekáme na výsledky pitvy, nicméně již byla vyvrácena přímá souvislost mezi očkováním a úmrtím. V daném případě se jednalo o syndrom ná-

hlého úmrtí,“ konstatoval Roman Prymula.

Podle něj je však třeba korektně komunikovat také o nezdarech v oblasti vakcinace. Jedním ze souvisejících opatření by měl být fond pro odškodnění za újmy způsobené

očkováním, který vakcinologická společnost plánuje založit.

Dobrovolnost očkování

Boj s odpůrci podle odborníků vyhrát nelze. Roli v tom hrají různé mýty a konspirační teorie a také finanční zájmy některých představitelů z hnutí odpůrců. „Jsme nicméně ochotni diskutovat o povinnosti, respektive dobrovolnosti očkování a různých variantách plošného očkování,“ ujistil prof. Prymula a dodal, že na druhé straně se uvažuje například o zavedení povinného očkování zdravotníků proti chřipce. „Jen v naší fakultní nemocnici jsme měli několik případů úmrtí pacientů na chřipku, přičemž tyto pacienti byli v té době ve styku pouze se zdravotnickým personálem.“ Pro zajímavost pak uvedl, jak se takové dilema řeší ve Spojených stá-

tech amerických. „Zde máte volbu buď se nechat naočkovat, nebo nosit půl roku masku. Pokud nepřistoupíte ani na jedno z těchto opatření, váš pracovní poměr je natvrdo ukončen,“ upozornil vakcinolog.

Kandidátní vakcíny

Ve vývoji je kolem dvou set kandidátních vakcín. Perspektivy jsou mimo jiné v oblasti nádorových terapeutických vakcín a personalizovaných vakcín. Vakcína proti Ebolě zatím bohužel k dispozici není. Původní předpoklad WHO o tom, že by vakcína mohla být k dispozici na podzim tohoto roku, se ukázal nerealisticky optimistický – momentálně se uvažuje o jejím uvedení na trh v prvním čtvrtletí roku 2015. „U vakcíny, která pokročila nejdál v klinickém testování, se bo-

hužel ukázalo, že je vysoce účinná pouze u bílé rasy. Spekuluje se o tom, že roli může sehrávat množství melatoninu v organismu. Je proto třeba se zatím zaměřovat na účinná preventivní opatření. Progrese tohoto onemocnění je výrazná a situace je závažná zejména v Libérii a Sierra Leone. Nedávno publikována práce uvádí, že bez zavedení nezbytných opatření do 15. listopadu počet případů vzroste na 25 tisíc,“ citoval prof. Prymula. Vedle vakcín se zkouší v léčbě Eboly podávání různých antivirotik, ale zatím s nejistým efektem.

Do budoucna se budou řešit i další problémy spojené s vakcínami a očkováním. Zmíňme například otázku vakcinace proti pertusis, očkování v těhotenství či posuzování nákladové efektivity jednotlivých vakcín.

MUDr. Andrea Skálková

Urology week upozornil na závažná onemocnění

Tradiční Urologický týden pořádaný z Inicativy Evropské urologické asociace (EAU) si klade za cíl osvětu a podporu prevence závažných urologických onemocnění. Letošní Urologický týden (22.–26. září) se zaměřil na nádory prostaty, močového měchýře a ledvin.

Rakovina prostaty je jedním z nejčastějších nádorovým onemocněním u mužů. Data z roku 2011 udávají téměř 7000 nových případů v ČR, přičemž přes 1000 případů se týkalo u mužů mladších 60 let. V téměř roce více než 1500 pacientů na toto onemocnění zemřelo. Pro srovnání, v roce 2001 bylo zachyceno asi 3200 nových případů. Zdá se však, že tento výrazný nárůst se v posledních letech stabilizoval. V současnosti nicméně žije v ČR přes 56 000 mužů s karcinomem prostaty. Upozornit na včasný záchyt tohoto zhoubného onemocnění se proto rozhodli zástupci Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

Vyšetření PSA pro motivované muže

Včas zachycený karcinom prostaty je vyléčitelný. Ačkoli je v časném stadiu bezpříznakový, na jeho přítomnost může upozornit vyšší hodnota prostatického specifického antigenu (PSA) v krvi. „Zvýšená hodnota PSA neznamená automaticky rakovinu, ale poukazuje na její riziko. Nádor je třeba potvrdit dalším diagnostickým vyšetřením – biopsií prostaty. Testování na PSA v součas-

nosti doporučujeme mužům nad 50–55 let, kteří mají aktivní zájem o své zdraví. Naším cílem je zachytit nádor v časně fázi, zejména u mužů, kteří mají před sebou předpokládaný delší úsek života,“ vysvětlil předseda České urologické společnosti ČLS JEP a přednostka Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc. Jak dále uvedl, státem dotovaný screening v současnosti není doporučený z důvodů nejasné interpretace výsledku vyšetření na PSA a možných dopadů na život pacienta.

Komplexní, multidisciplinární péče

„Na našem pracovišti provedeme zhruba 200 biopsií ročně, přičemž nádor je zachycen u 37 % případů. Základem léčby karcinomu prostaty je radikální operační přístup, po němž je nutné pacienta pečlivě sledovat za účelem včasného záchytu a řešení případných problémů,“ vysvětlil MUDr. Marek Schmidt z téže kliniky. Motolská urologická klinika provádí v posledních letech přibližně 130–150 radikálních prostatektomií ročně, z toho čtvrtina se řeší laparoskopicky. Po výko-



Prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc. | Foto: Andrea Skálková

nu je zde sledována celá tisícovka pacientů. „V léčbě pokročilého metastatického onemocnění se uplatňuje hormonální léčba, chemoterapie a léky pro ovlivnění kostního metabolismu a snížení rizika kostních komplikací. Ve vývoji a klinickém výzkumu jsou pak další preparáty, například imunoterapie. Komplexní multioborový přístup, zejména spolupráce urologa a onkologa, vedou k prodloužení a zlepšení kvality života pacientů,“ vyzdvihl profesor Babjuk. Ve FN Motol

vzniklo na podporu této spolupráce Centrum pro výzkum a léčbu rakoviny prostaty.

Informační stánek a poradna

Také Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze podpořila veřejnost informacemi o nádorových urologických onemocněních a nabídla péči pacientům s urologickými obtížemi. „V průběhu urologického týdne měli pacienti možnost se obracet na speciální telefonickou linku a e-mailovou poradnu či ab-

solvovat preventivní ultrazvukové vyšetření ledvin a močového měchýře. Současně mohli navštívit stánek na Karlově náměstí v Praze, kde kromě informací o uvedených onemocněních obdrželi bezplatné poradenství pro odvykání kouření,“ uvedl přednosta kliniky prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc. Akce se setkala se zájmem občanů. V e-mailové poradně odpověděli lékaři na 51 dotazů, ke stánku si přišlo pro informace zhruba 200 lidí a bezplatného ultrazvukového vyšetření se zúčastnilo 27 zájemců.

Kouření a nádory

Kouření je dávano do významné souvislosti se vznikem nádorů ledvin a močového měchýře. Kuřáci mají zhruba o 40 % vyšší riziko vzniku nádoru ledvin ve srovnání s populací, která nekouří. Riziko souvisí s počtem vykouřených cigaret a klesá, pokud jedinec kouřit přestane. Kuřáci mají dále čtyřnásobné riziko vzniku nádoru močového měchýře ve srovnání s těmi, kteří nikdy nekouřili. Odhaduje se, že třetina nádorů močového měchýře vznikne jako následek kouření cigaret. Nádory močového měchýře mají u kuřáků horší prognózu, více recidiv a bývají agresivnější.

Ve výskytu nádoru ledvin zaujímá Česká republika první místo na světě. Počet nově zachycených nádorů má každoročně vzrůstající trend. Muži bývají postiženi tímto nádorem častěji než ženy. Nádory močového měchýře jsou šestou nejčastější malignitou v mužské populaci a třináctou nejčastější u žen a i jejich výskyt stoupá.

MUDr. Andrea Skálková

Pacient se sexuálními dysfunkcemi – jak s ním komunikovat a jak ho léčit?

Sexuální dysfunkcí trpí nezanedbatelná část pacientů. Ačkoli mnohé z těchto problémů lze dnes úspěšně léčit, pacienti se často ostýchají o svém problému mluvit. Praktický lékař by měl být tím, kdo bude aktivně pátrat po intimních problémech svých pacientů.

Spokojený pohlavní život je součástí pocitu celkového zdraví a duševní pohody. Časté mužské problémy z této oblasti se přenášejí i na jejich partnerky, což má negativní dopad na kvalitu života páru. Většina mužů se stydí začít mluvit o těchto problémech se svým lékařem, avšak uvítali by, pokud by se jich lékař na jejich sexuální život zeptal. Podle průzkumů tak ovšem činí jen 10 % lékařů. Mnozí lékaři si myslí, že nejsou v této oblasti dostatečně vzděláni, nejsou kompetentní tyto problémy řešit, jiní očekávají, že pacient sám o případném problému začne hovořit, nebo se dokonce sami ostýchají.

Kongres praktických lékařů a sester

Sexuologický blok zařazený do programu XI. kongresu praktických lékařů a sester, který proběhl 25.–

26. září v pražském hotelu Diplommat, byl zaměřen především na tuto problematiku. Přednášky MUDr. Zlatka Pastora, Ph.D., z NZZ GONA a Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN Praha, se věnovaly jednak přehledu mužských a ženských sexuálních dysfunkcí a perspektivám jejich léčby, jednak tomu, jak hovořit s pacientem o sexuálních problémech. Přednášející upozorňoval na to, že sexuálním problémům pacientů není věnována dostatečná pozornost ani adekvátní péče.

Sexuální dysfunkce

Za sexuální dysfunkci lze považovat stav, kdy se jedinec nemůže podílet na své sexualitě tak, jak by chtěl. U mužů jsou nejčastějšími poruchami erektilní dysfunkce a předčasná ejakulace, u žen jde pak o stavy, jako je snížená sexuální touha, sexuální averze, po-

rucha sexuálního vzrušení, dysfunkční orgasmus, dyspareunie či vaginismus. Zatímco pro léčbu mužských sexuálních dysfunkcí existují účinné farmakologické preparáty (specifickou terapii poruch erekce představují inhibitory fosfodiesterázy 5 – sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil; pro předčasnou ejakulaci je k dispozici dapoxetin), terapie ženských sexuálních dysfunkcí je převážně symptomatická a vyžaduje individuální a komplexní přístup. V léčbě obou pohlaví se využívají různé terapeutické přístupy z oblasti hormonální i nehormonální léčby, psychoterapie, chirurgických zákroků, rehabilitace apod.

Vysoká prevalence poruch

Významnou roli v záchytu sexuálních dysfunkcí hraje praktický lékař. Ten by se měl vhodným

způsobem pacienta ptát na potíže v intimní oblasti. „Udává se, že polovina pacientů ve věku mezi 35 a 50 lety trpí poruchou erekce, nespokojenost s rychlým vyvrcholením při cíleném dotazu pak udává až třetina mužů. Téměř 85 procent mužů však odkládá řešení svého problému a nejde s ním k lékaři déle než rok. Mnozí pacienti ani nevědí, kde tyto problémy řešit a zda se svěěřit praktickému lékaři, urologovi, sexuologovi či psychologovi. Vliv na ostýchavost hovořit o sexu pak mají výchova, vzdělání, náboženské a další vlivy,“ vysvětlil MUDr. Pastor. Pro lékaře je podle něj důležité uvědomovat si, že sexuální dysfunkce mohou být spojeny také s jiným probíhajícím onemocněním (infekce, kožní problémy, kardiovaskulární nemoci...) nebo mohou upozorňovat na riziko jeho rozvoje.

Zásady efektivní komunikace

Samotná komunikace s pacientem by měla probíhat v příjemném prostředí bez rušivých vlivů, lékař by měl být otevřený, autentický a umět navodit atmosféru důvěry a uvolnění. Dodržovat by měl některé hlavní zásady. O sexu hovořit jenom tehdy, když si to pacient sám přeje, ideálně mezi čtyřma očima, zejména bez přítomnosti dalších pacientů. Otázky je třeba klást tak, aby na ně mohl pacient jednoduše odpovídat. Lékař by neměl používat odborné výrazy, kterým pacient nemusí rozumět. Pacienta je dále dobré nechat vyjadřovat vlastními slovy a zbytečně jej nekorrigovat. Důležité je nepokládat sugestivní otázky (myslíte, že léčba nezabrala?), zdržet se hodnocení jeho aktivit (vaše chování je hrozné!) a vyhýbat se direktivním příkazům (musíte, nesmíte...).

„Dotazy na pacientovu sexualitu jistě nepatří mezi priority, na něž by se měli lékaři ptát přednostně, avšak základní dotaz na sexuální zdraví by měl zaznít, alespoň v rámci preventivní prohlídky, z úst každého lékaře. Platí přitom, že pacientům bez problémů to nevádí, a ti, kdo mají problémy, to uvítají,“ uzavřel Zlatko Pastor. **MUDr. Andrea Skálová**

Úroveň informací o sexualitě a sexuálních dysfunkcích je nevyvážená

Jak se dívají sexuologové na informovanost dnešních pacientů o sexuálních problémech a co by bylo třeba v této oblasti zlepšit, jsme se zeptali přednášejícího MUDr. Zlatka Pastora, Ph.D.

Pane doktore, jaké poselství by si měli odnést lékaři, co se týče sexuálních dysfunkcí jejich pacientů?

Lékaři by se měli svých pacientů ptát na spokojenost a problémy v sexuálním životě. Ačkoli je dnešní doba v zásadě přeseexualizovaná, sex je takřka „na každém kroku“ a na každém novinovém stánku, zdůrazňují se různé polopravdy a nesmysly. Svět se šokuje sexualitou. Méně se hovoří o tom, že sex je přirozenou součástí života, přirozenou potřebou. My přece neděláme běžně to, co vidíme v pornografických časopisech.

Odráží se tedy tento jev v požadavcích pacientů? Jsou v zajetí mýtů o sexu, ideálů o vlastní výkonnosti?

Ano, a bohužel některé představy o tom, jak má vypadat sexuální život, jsou hluboko zaryté. Jedním



z největších omylů je mýtus o ženské sexualitě, odvozené od sexuality mužské. Ženy ale fungují jinak. Ne jako muž, který se vzruší, má erekci, styk a ejakulaci. Dnes například víme, že určité procento žen nikdy nedosahuje orgasmu, a přesto není anorgasmie považována za sexuální dysfunkci. Partneri takových žen se tímto často zbytečně trápí, cítí se méněcenní, že svou partnerku nedokážou uspokojit, ale samotné ženy to jako problém vnímat nemusejí. Na druhé straně je sexualita párová záležitost a problémy, kterým trpí jeden z partnerů, se často přenášejí na toho druhého. Je třeba na tuto provázanost myslet a mít na vědomí, že léčba sexuální dysfunkce může mít příznivý dopad i na ženu.

Jsou podle vás dnes informace o sexuálním zdraví a sexuálních dysfunkcích přiměřeně dostupné?

Rekl bych, že úroveň těchto informací je velmi nevyvážená. Problémem není informace sehnat, ale strukturovat je a vyznat se v nich. Dnes se každý může prohlásit za sexuálního kouče, aniž by měl zdravotnické vzdělání. Mnoho lidí stále neví, že sexuologem může být jen lékař. Oni nerozlišují, zda k nim z médií promlouvá lékař, nebo laik. Lidé si také pletou psychologa s psychiatrem. A i když někteří tzv. sexuální poradci mohou být empatičtí a mohou pacientům psychoterapeuticky pomoci, nedisponují dostatečnými prostředky pro jejich léčbu.

Kdo má podle vás klíčovou roli v záchytu a řešení sexuálních dysfunkcí? Praktický lékař, urolog, nebo sexuolog?

U mužů určitě praktický lékař. Už jen proto, že sexuologů je málo. U žen tyto problémy řeší převážně gynekolog. Složitější případy

pak oba odesílají k sexuologovi. Sexuologie je přitom nadstavbovou specializací psychiatrie, urologie a gynekologie.

Máme data vypovídající o tom, jaké procento farmak pro léčbu sexuálních dysfunkcí předepisuje praktik a kolik jich předepisují specialisté?

To bohužel nevíme. Ale chtěl bych upozornit na to, že se bohužel hojně doporučují různé doplňky stravy, které mají efekt jen na úrovni placebo. To jistě není optimální řešení problému.

Jak se díváte na padělky léků na erektilní dysfunkci?

Samozřejmě je nerozumné kupovat léky na internetu, protože mohou být neúčinné, nebo dokonce nebezpečné. Každý muž si dnes tyto léky může nechat předepsat u praktického lékaře nebo urologa.

Jakým způsobem vybíráte lék pro jednotlivého pacienta? Jsou paci-

enti obeznámeni kromě populární Viagry i s ostatními přípravky – Cialisem, Levitra a nejnovější Spedrou? Mají o ně zájem?

Lékař by měl pacienta poučit o jednotlivých preparátech – o tom, jak rychle nastupuje účinek, jak dlouho trvá... Samotný výběr je pak na pacientovi. Někdy píšu pacientům s poruchami erekce více těchto léků a oni sami si vyzkouší, který jim nejlépe zabírá. Samozřejmě, že Viagra, která je na trhu nejdéle a byla tu první, je nejpoulnější. Ale i ostatní léky si nacházejí své pacienty, protože každému vyhovuje něco jiného.

A co léčba předčasně ejakulace?

Zde máme zatím jediný schválený lék, dapoxetin. Dosud se na tuto poruchu s celkem dobrým efektem používala *off label* některá antidepresiva, respektive využíval se jejich vedlejší efekt. Chceme-li však postupovat *lege artis*, je třeba volit lék z indikačního seznamu. Antidepresiva poruchu ejakulace v SPC uvedenou nemají. Lékař by se tedy při jejich neindikovaném podávání mohl dostat do právních problémů. Jiná věc pochopitelně je, pokud je pacient depresivní. Tady jsou antidepresiva na místě, ale narážíme zase na preskripční omezení u specialistů.

ODBORNÉ AKCE

ESMO 2014: Léčebné odpovědi podle nezávislého hodnocení ve studii FIRE-3

Kongres Evropské společnosti pro klinickou onkologii nepřinesl jen přehled nových léčivých přípravků pro onkologické pacienty všech diagnóz, ale také zajímavá hodnocení již důvěrně známých léků a léčebných protokolů.

Příkladem takového sdělení byla prezentace Dr. Sebastian Stintzinga (Univerzita v Mnichově), která se zabývala studií FIRE-3 z pohledu nezávislého radiologického hodnocení léčebné odpovědi u pacientů s metastatickým kolorektálním karcinomem (podle stavu mutace RAS) léčených režimem s cetuximabem v porovnání s protokolem zahrnujícím bevacizumab. Studie FIRE-3 (AIO KRK-0306) je prospektivní multicentrická nezaseplená randomizovaná studie fáze III, do níž byli nemocní s metastatickým kolorektálním karcinomem v první linii léčby zařazováni od 23. ledna 2007 do 19. srpna 2012. Protokol byl doplněn o podmínek výhradně nádorů s KRAS-wild type (KRAS-wt) v říjnu 2008.

Z populace 592 původně randomizovaných KRAS-wt pacientů (ITT populace) bylo do explorativní analýzy nezávislou komisí radiologů zařazeno 493 pacientů (83 %), u kterých byly k dispozici jak výchozí, tak kontrolní CT vyšetření. Charakteristiky pacientů v ITT populaci a populaci v nezávislé analýze byly podobné, prakticky shodné. Randomizace pacientů byla bloková, stratifikovaná podle ECOG PS (0/1 vs. 2), podle počtu postižených oblastí (1 vs. > 1), počtu leukocytů (< 8 vs. ≥ 8x 10⁹/l) a podle hodnot AP (< 300 vs. ≥ 300 U/l).

Léčba probíhala do progresu či úmrtí, neakceptovatelné toxicity, dosažení kompletní léčebné odpovědi nebo do doby, kdy byla možná sekundární resekce metastáz. Léčba mohla být ukončena z jakéhokoliv důvodu jak ze strany lékaře, tak pacienta.

Cíle studie

Primárním cílem studie byla četnost objektivních odpovědí na léčbu (ORR) podle RECIST kritérií (verze 1.0) hodnocená řešiteli studie. Sekundární cíle zahrnovaly dobu do progresu (PFS), celkovou dobu přežití (OS), hloubku odpovědi (DpR definována jako maximální, při léčbě dosažená změna velikosti nádoru ve srovnání s výchozí velikostí), četnost

sekundárních resekcí s kurativním záměrem, bezpečnost a snášenlivost. Medián doby sledování byl u režimu cetuximab + FOLFIRI 33,0 měsíce (IQR 19,0; 55,4) a u režimu bevacizumab + FOLFIRI 39,0 měsíců (IQR 22,5-56,9). Léčebnou odpověď jako primární cíl studie bylo možné hodnotit podle RECIST kritérií u 459 pacientů: v rameni cetuximab + FOLFIRI u 217 nemocných, v druhé skupině s bevacizumabem + FOLFIRI u 242 pacientů. Odpověď na léčbu byla hodnocena po 6 a 12 úvodních týdnech léčby, dále pak jedenkrát za 10 týdnů až do konečného hodnocení. Poté byla kontrolní vyšetření prováděna jedenkrát za 3 měsíce po dobu 5 let nebo do úmrtí pacienta. Analýza byla plánována jednak v ITT populaci (všichni randomizovaní pacienti), ale i jako analýza *per protocol* (pacienti, kteří dokončili alespoň 3 cykly léčby a u kterých bylo k dispozici alespoň 1 kontrolní radiologické [CT] vyšetření).

Výsledky FIRE-3

Primární cíl studie nebyl dosažen (62 % vs. 58 %; $p = 0,183$) a ani v kritériu PFS nebyl statisticky významný rozdíl mezi rameny studie (10,0 vs. 10,3 měsíce, $p = 0,547$). Následně se hodnotil medián OS u pacientů s divokým typem genů RAS, kdy byl zaznamenán o 8,1 měsíce delší medián celkového přežití v rameni s cetuximabem oproti ramenu s bevacizumabem.

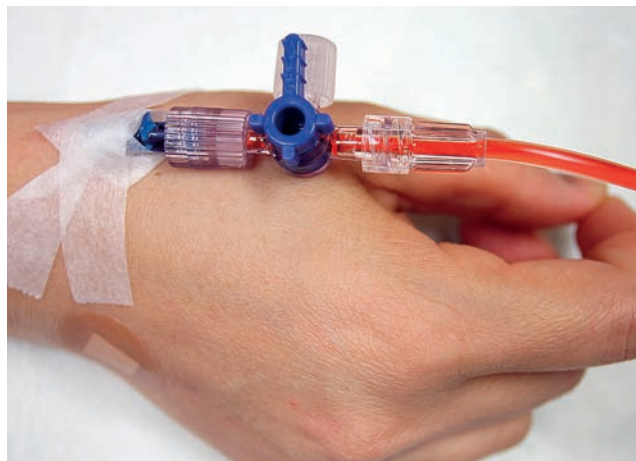


Foto: Shutterstock

Ve skupině pacientů s jakoukoli mutací genů RAS (KRAS-mut + KRAS-wt/RAS-mut), kdy 92 pacientů bylo léčeno režimem cetuximab + FOLFIRI a 86 nemocných režimem bevacizumab + FOLFIRI, nebyl kupodivu shledán statisticky významný rozdíl v celkovém přežití. Medián OS činil u cetuximabu + FOLFIRI 20,3 měsíce (16,4-23,4) vs. 20,6 měsíce (17,0-26,7) u kombinace bevacizumab + FOLFIRI ($p = 0,60$).

Expertní nezávislá analýza FIRE-3

Výsledky studie FIRE-3 prošly i nezávislým hodnocením komisí radiologů, a to centrálně a v zaseplení. Jako kritéria odpovědi byla použita verze 1.1 RECIST. Kromě toho byly zohledněny další faktory, které mají úzkou souvislost s prognózou nemocného: ETS (Early Tumor Shrinkage), která je definována jako zmenšení souhrnného průměru hodnoceného nádorového postižení o ≥ 20 % při první CT kontrole (6. týden od zahájení léčby) a DpR (depth of response, hloubka odpovědi), což představuje maximální, při léčbě dosaženou změnu velikosti nádoru ve srovnání s výchozí velikostí.

Do této analýzy byla zařazena data 493 pacientů (83 % ITT populace; 236 nemocných v rameni s cetuximabem a 257 s bevacizumabem), tedy pacientů, u nichž byly dostupné požadované informace (vstupní CT nebo MRI a kontrolní CT či MRI v 6. týdnu

léčby u nemocných s KRAS-wt, resp. RAS-wt).

Hodnocení probíhalo v zaseplení nezávislou komisí radiologů. V této analýze byl zjištěn ORR u cetuximabové skupiny 66,5 % vs. 55,6 % u ramene s bevacizumabem ($p = 0,016$); v podskupině RAS-wt ($n = 330$) dokonce 72,0 % vs. 56,1 % ($p = 0,003$), oba rozdíly jsou tedy statisticky signifikantní.

U skupiny 493 nemocných s KRAS-wt nádory vyšlo statisticky významné hodnocení časné regrese nádoru (ETS) ve prospěch cetuximabu 62,3 % vs. 47,9 % ($p = 0,0015$) a ve skupině 330 nemocných s RAS-wt 68,2 % vs. 49,1 % ($p = 0,0005$). Zdá se, že mediány OS a PFS souvisí s časnou regresí nádoru (ETS). Pokud bylo zmenšení tumoru v 6. týdnu ≥ 20 %, byl významně delší PFS, a to 9,7 vs. 5,8 měsíce u cetuximabu ($p = 0,0038$) i u bevacizumabu, 11,7 vs. 8,3 ($p = 0,03$). Ještě důležitější je však korelace mezi dosažením ETS ≥ 20 % a OS: u cetuximabu (+ FOLFIRI) 38,3 měsíce vs. 20,5 ($p = 0,0023$) a u bevacizumabu 31,9 vs. 20,2 ($p = 0,0001$).

Prognostickou hodnotu prokázala i hloubka odpovědi (DpR, tedy procento maximálního zmenšení nádoru od počátku léčby). DpR byla u populace KRAS-wt ($n = 493$) -44,1 % u cetuximabu a -32,9 % u bevacizumabu ($p = 0,0003$). U pacientů s RAS-wt ($n = 330$) dokonce -48,9 % (cetuximab + FOLFIRI) vs. -32,3 % u bevacizumabu + FOLFIRI ($p = 0,0001$), přičemž se prokázalo, že hloubka odpovědi úzce koreluje s PFS a OS.

ETS se zdá být prediktorem účinnosti léčby (odpovědi na léčbu), DpR zase ukazatelem celkového přežití (OS).

Z výsledků studie CRYSTAL totiž vyplývá, že medián DpR 50,9 % u cetuximabu a FOLFIRI vs. 33,3 % u samotného režimu FOLFIRI ($p = 0,0001$) byl spojen s mediánem OS 23,5 měsíce u cetuximabu + FOLFIRI vs. 20,0 měsíce u FOLFIRI ($p = 0,0093$).

Ve zmiňované studii FIRE-3 byl medián DpR 48,9 % ve skupině cetuximab + FOLFIRI a 32,2 ve skupině s režimem s bevacizumabem



Foto: Shutterstock

($p < 0,0001$), což se odrazilo v mediánu OS, který činil 33,1 měsíce ve skupině cetuximabu v porovnání s 25,0 měsíci v bevacizumabovém rameni ($p = 0,0056$).

Závěr

Závěrem lze shrnout, že nezávislé hodnocení radiologů prokázalo vyšší ORR v režimu cetuximab + FOLFIRI oproti rameni bevacizumab + FOLFIRI. Časná regrese nádoru (≥ 20 %) byla četnější v režimu s cetuximabem (68,2 % vs. 49,1 %; $p = 0,0005$). ETS byla navíc spojena s delším OS v obou ramenech. Medián DpR byl významně vyšší v cetuximabové větvi (48,9 % vs. 32,2 %; $p < 0,0001$), což korelovalo s celkovým přežitím. Cetuximab má v léčbě první linie pacientů s metastatickým kolorektálním karcinomem s RAS-wt silnou oporu v podobě výsledků studií fáze III CRYSTAL, FIRE-3 i CALGB 80405.

Zdroje:

- 1 Stintzing S.: Independent radiological evaluation of objective response, early tumor shrinkage, and depth of response in FIRE-3 (AIO KRK-0306) in the final RAS evaluable population, ESMO 23014
- 2 Heinemann V, et al.: FOLFIRI plus cetuximab versus FOLFIRI plus bevacizumab as first-line treatment for patients with metastatic colorectal cancer (FIRE-3): a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*, 2014; 15 (10):1065-1075 Published online August 1, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70330-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70330-4)
- 3 Heinemann V, et al.: *The Lancet Oncology*, 2014; 15 (10):1065-1075
- 4 Heinemann V, et al.: *Ann Oncol*, 2014; 25 (2):abstr. O-0030

ERBITUX®

CETUXIMAB

LÉČBA, KTERÁ JDE DO HLOUBKY...² ... PRODLUŽUJE PŘEŽITÍ^{1,2,3}



Merck Serono Oncology | *Combination is key™*

Erbix® – Vaše volba při léčbě 1. linie metastazujícího kolorektálního karcinomu vykazujícího geny RAS divokého typu

Reference

1. SPC přípravku Erbitux
2. Heinemann V, et al. Ann Oncol 2014; 25 (2): ii105–ii117 (abstr. O-0030)
3. Heinemann V, et al. J Clin Oncol 2013; 31 Suppl. (abstr. LBA3506)

ERBITUX® 5 mg/ml infuzní roztok

Zkrácená informace o přípravku

Léčivá látka: cetuximabum. **Indikace:** K léčbě pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem (mCRC) exprimujícím receptor epidermálního růstového faktoru (EGFR) a vykazujícím geny RAS divokého typu. Používá se v kombinaci s chemoterapií na základě irinotekanu, v první linii léčby v kombinaci s FOLFOX, a/nebo jako samostatná látka k léčbě pacientů, u kterých selhala léčba na základě oxaliplatinu a irinotekanu a u pacientů, kteří nesnáší irinotekan. V kombinaci s radiační terapií k léčbě pacientů s lokálně pokročilým spinocelulárním karcinomem hlavy a krku a/nebo v kombinaci s chemoterapií na bázi platiny k léčbě relabujícího a/nebo metastazujícího onemocnění. **Dávkování a způsob podání:** ERBITUX® je podáván 1x týdně. Úvodní dávka je 400 mg/m², následující týdenní dávky jsou každá 250 mg/m². Pacienti musí být premedikováni antihistaminiky a kortikosteroidy nejméně 1 hodinu před podáním cetuximabu. **Kontraindikace:** U pacientů se známou těžkou hypersenzitivní reakcí na cetuximab. Kombinace s chemoterapií zahrnující oxaliplatinu je u metastazujícího kolorektálního karcinomu kontraindikována u pacientů s mutovanými geny RAS nebo u pacientů, u nichž není mutační stav genů RAS znám. Nutno vzít v úvahu i kontraindikace pro současně užívané chemoterapeutické látky nebo radiační terapii. **Zvláštní upozornění:** Často se mohou objevit těžké reakce

spojené s infuzí, včetně anafylaktických reakcí, které mohou ve vzácných případech vést až k úmrtí. Výskyt těžké reakce spojené s infuzí vyžaduje okamžitě a trvale přerušeni léčby cetuximabem a může být nutná pohotovostní léčba. Příznaky se mohou objevit v průběhu první infuze a až několik hodin poté. Mezi příznaky patří bronchospasmus, kopřivka, zvýšení nebo snížení krevního tlaku, ztráta vědomí nebo šok. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté (≥ 1/10): hypomagnesemie, zvýšení hladin jaterních enzymů, reakce spojené s infuzí. V kombinaci s lokální radiační terapií se objevily nežádoucí účinky jako mukozitida, radiační dermatitida a dysfagie nebo leukopenie, převážně ve formě lymfocytopenie. Mezi kožní reakce patří akneiformní vyrážka, poruchy nehtů (paronychia). **Interakce:** V kombinaci s infuzemi fluoropyrimidinů se zvyšuje četnost výskytu srdeční ischemie, včetně infarktu myokardu a městnavého srdečního selhání, stejně jako četnost výskytu syndromu ruka - noha. **Léková forma a balení:** Infuzní roztok. Balení obsahuje jednu 20ml lahvičku s obsahem 100mg cetuximabu. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8°C). **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck KGaA, Darmstadt, Německo. Registrační číslo: EU/1/04/281/003. **Datum poslední revize textu:** 06/2014. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.

Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:

Divize Merck Serono, Merck spol. s r.o.
Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 Praha 4
Tel.: +420 272 084 211
Fax: +420 272 084 307

Merck Serono

Merck Serono is a
division of Merck

MERCK

ODBORNÉ AKCE

Spondylochirurgie – mladý obor, který prodělal dramatický rozvoj

V Praze proběhl 21.–23. září XII. spondylochirurgický kongres*. Odborný program určený pro lékaře, sestry, fyzioterapeuty a sociální pracovníky se zaměřoval především na úrazy páteře a míchy, subakutní a následnou péči o spinální traumata, nádory a záněty páteře a ošetrovatelskou péči ve spondylochirurgii.

O bližší informace o kongresu a oboru jsme požádali prezidenta kongresu, předsedu České spondylochirurgické společnosti ČLS JEP a primáře spondylochirurgického oddělení FN Motol v Praze **prof. MUDr. Jana Štulíka, CSc.**

Můžete na úvod říci pár informací o rozvoji spondylochirurgie u nás?

Spondylochirurgie neboli páteřní chirurgie je mladý obor, který se ovšem od 90. let minulého století dramaticky rozvíjí. Vznikl propojením tří hlavních oborů – ortopedie, traumatologie a neurochirurgie a zaměřuje se výhradně na problematiku onemocnění páteře. Spektrum těchto onemocnění tvoří úrazy, záněty, nádorová onemocnění, degenerativní onemocnění a deformity páteře. V České republice jsme v roce 1999 založili Spondylochirurgickou společnost a následně i první spondylochirurgické oddělení ve Fakultní nemocnici Motol v roce 2002. Dále jsme podnikli kroky k vyčlenění tohoto samostatného oboru a v současnosti jsme ve fázi, kdy by se spondylochirurgie měla stát samostatným nástavbovým oborem uvedených tří specializací. Páteřní chirurgii se v současnosti v České republice věnuje 25 pracovišť, obecně je kvalita na velmi dobré, evropské úrovni a několik zařízení je dokonce na úrovni špičkové jak z pohledu počtu prováděných výkonů, tak z pohledu jejich kvality. Je pravda, že kvalita výkonů se v našem oboru dosti obtížně hodnotí. Avšak ve světě se ukazuje, že takto úzce zaměření specialisté podávají lepší výkony než ti, kteří se musí věnovat širší operativě.

Je obtížné prosazovat nový obor? A jak se vám daří rozvíjet mezioborovou spolupráci? Samozřejmě, že jsme se potýkali s různými překážkami. Nový obor zpočátku nemá jasné vyme-

zenou právní subjektivitu, existuje zde i určitá rivalita, která je ovšem v daných mezích zdravá a motivující. Jsme vlastně tou bílou vránou, která se snaží ukázat, že to jde. Multioborová spolupráce je samozřejmě nezbytná. Spolupracujeme s hrudními chirurgy, ORL specialisty, neurochirurgy, ortopedy, internisty, plastickými chirurgy, nezastupitelnou roli mají radiologové, anesteziologové. Možná bychom hůře hledali, s kým nespolečujeme.

Jaké je postavení tohoto kongresu v rámci ostatních vzdělávacích akcí?

Jedná se o národní kongres naší odborné společnosti, který v posledních letech pořádáme každoročně za účelem výměny poznatků a zkušeností z oboru. Dělíme se tak o informace získané ze zahraničí, prezentujeme zde výkony provedené na různých pracovištích a diskutujeme o nových metodách spondylochirurgické léčby. Letos jsme se blíže zaměřili na problematiku úrazů, závažných onemocnění páteře a onkologickou problematiku, tedy nádory páteře. Jedna sekce je pak zaměřena na rehabilitaci a následnou péči po úrazech. Podle počtu účastníků a jejich škály je zřejmé, že je o největší český spondylochirurgický kongres velký zájem.

Mohou se k vám na špičková pracoviště objednat i pacienti s méně závažnými problémy? Které výkony vlastně provádíte nejčastěji?

Samozřejmě mohou, jinak bychom se ani neuživil. Převážnou část naší práce představuje léčba degenerativních onemocnění úrazů páteře. Ve FN Motol se jinak specializujeme na poranění horní krční páteře, nádory páteře a onemocnění páteře u dětí, která mimochodem považují za jeden z nejzajímavějších problémů páteřní chirurgie. Motolské spondylochirurgické oddělení má velkou spádovou

oblast a v nejsložitějších případech přijímá pacienty z celé republiky.

Co se týká pacientů s degenerativním onemocněním páteře, kdy volit konzervativní a kdy operační léčbu?

To je poměrně složitá otázka. Jsou pochopitelně akutní indikace, při nichž dochází k neurologickému poškození, například k pohybové zánikové symptomatologii nebo problémům s vylučováním – tam neváháme s chirurgickým řešením. Na druhé straně jsou pacienti, kteří nemají vážné problémy ani bolesti zad a přijdou s nálezem vyhrzlé plotýnky. Zde bych volil spíše konzervativní přístup a vyčkávat. A mezitím jsou různé další varianty. Přihlédnout je třeba vždy ke klinickému nálezu, symptomatologii, ale také k přání pacienta. Důležitá je anamnéza, informace o předchozí léčbě a absolvované rehabilitaci, tedy informace získané od praktického lékaře, ortopeda nebo neurologa.

Kam se páteřní chirurgie posunula za posledních dvacet let?

To, co jsme dělali za začátku 90. let a co umíme dnes, se ani nedá srovnávat. Ve fakultní nemocnici na Vinohradech jsme dělávali 10–30, maximálně 100 výkonů ročně, dnes jich v Motole provádíme 30 týdně, respektive 1400 ročně. Tím, jak operatér získává praxi a zdokonaluje se v jednotlivých chirurgických technikách, může si troufnout na složitější případy. Manuální zručnost je pro náš obor zásadní. Obrovským způsobem pokročila také péče o pacienty s nádorem páteře. Ještě nedávno 9 z 10 pacientů s Ewingovým sarkomem páteře zemřelo a jen 1 přežil. Dnes je to opačně. Na tomto dramatickém vývoji se podílí jednak rozvoj chemoterapie a onkologické léčby obecně, ale i rozvoj chirurgické léčby. Ta má klíčový význam zejmé-

na u primárních nádorů. Dnes dokážeme například odstranit celý krční obratel en bloc. To jsou výkony, které v současnosti pokládám za vrchol páteřní chirurgie.

Jakým technologiím vědíme za rozvoj spondylochirurgického oboru?

Technologie šly patrně dopředu rychleji než my a významně přispěly k tomu, že jsme schopni současné výkony na páteři provádět. Týká se to jak diagnostických přístrojů, tak chirurgických nástrojů. Podobně jako v dalších chirurgických oborech se i v tom našem stále více uplatňují miniinvasivní přístupy. Ačkoli je otázka, jestli je vždy žádoucí provádět výkon v co nejmenším prostoru. Někdy je lepší udělat větší řez a mít dobrý přehled v operačním poli. Uvidíme, zda miniinvasivní přístupy povedou všeobecně k lepším výsledkům. Možná, že naše prvotní nadšení z miniinvasivity časem mírně opadne. Podobně jsme před lety zažili boom dynamických náhrad meziobratlové plotýnky. Byli jsme přesvědčeni, že moderní implantáty zajistí správné postavení páteře, zachovají hybnost a ochrání okolí meziobratlového disku od přetížení. V této době jsme polovinu všech operací meziobratlových plotýnek řešili pomocí dynamických implantátů. V současnosti je rozumná pracoviště využívají jen u 5–10 procent případů. Zjišťujeme totiž, že výsledek při jejich použití je obdobný jako při použití klasické metody. I při použití mobilní náhrady disku často dochází k fúzi, navíc jsou dynamické implantáty několikanásobně dražší.

Jak je to s využitím robotické chirurgie ve vašem oboru?

To je další věc, o které je třeba diskutovat. Do spondylochirurgie začínají pronikat asistované metody – máme k dispozici různé typy navigačních přístrojů, které se využívají perioperačně, do-



Prof. MUDr. Jan Štulík, CSc. | Foto: archiv prof. Štulíka

káží zobrazit operační terén v 3D a umožňují chirurgovi snazší zavádění fixačních prvků. Tyto přístroje pracují na bázi rentgenového záření, což s sebou nese sice menší radiační zátěž pro chirurga, ale větší pro pacienta.

Na kongresu jste hovořili také o pooperační péči o pacienta. Co se v této oblasti zlepšuje?

Zde bych zmínil především význam spinálních jednotek. K dispozici jsou momentálně ve čtyřech zdravotnických zařízeních v republice – v Praze, Brně, Liberci a Ostravě – a pokrývají péči přibližně o 250 pacientů ze spádových oblastí. Jedná se o pracoviště zajišťující subakutní a následnou péči pro pacienty s poraněním míchy. Pacient je na ně přeložen z chirurgického oddělení a přibližně dalších několik týdnů zde probíhá doléčování. Ideální samozřejmě je, pokud je spinální centrum hned vedle chirurgického pracoviště. Je prokázáno, že rehabilitace a resocializace pacienta, který absolvoval pobyt na spinální jednotce, probíhá rychleji a lépe.

*Kongres pořádala Česká spondylochirurgická společnost ČLS JEP ve spolupráci se Spondylochirurgickým oddělením FN Motol a Ortopedicko-traumatologickou klinikou 3. LF UK a FNKV Praha.

Zavři oči a mysl na Anglii

S laskavým, leč suchým humorem s námi i na poněkud mokré téma, jakým je močová inkontinence a sex, pohovořil gynekolog, porodník a sexuolog **MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D.**, primář nestátního zdravotnického zařízení GONA, s.r.o., vedoucí lékař sexuologické a andrologické poradny v motolské fakultní nemocnici, vysokoškolský učitel a soudní znalec v oboru gynekologie, porodnictví a sexuologie.

Obhájil jste dizertaci na téma sexuální dysfunkce u žen s močovou inkontinencí. Vaším školitelem byl sexuolog profesor Weiss, tedy nikoli lékař, ale psycholog. Podle vás my ženy máme sexualitu víc v hlavě než kde jinde?

Nabízí se to a říká se to. Většina žen je emotivnějších a citlivějších, než bývají muži. My jsme v tomto směru jednodušší a zaměření více somaticky. Ženy jsou při sexu, řečeno s lehkou nadsázkou, jako šaty na míru, my jsme jen oblek z konfekce. Mužská sexualita je daleko přímočařejší a mužské fantazie jsou v podstatě přepis pornografických příběhů. Muži zpravidla preferují penetrační sexualitu. Ženské fantazie jsou mnohem košatější. Většina žen je daleko romantičtější než muži. Teď se ale sexuální role velmi sbližují, postoje žen se podobají těm mužským. Klasické archetypy se pomalu rozpíjejí, ženy skoro přestávají být ženami a muži zapomínají být muži. Za chvíli tu budeme mít možná jedno unisex pohlaví.

Jaká je souvislost inkontinence a sexuálních dysfunkcí?

Samozřejmě značná, protože inkontinence je dyskomfortní záležitost a urogenitální trakt má společné topografické, cévní, nervové i jiné souvislosti. Takže nepřekvapí, že ženám močová inkontinence, tedy těm, které jsou ještě pohlavně aktivní, komplikuje sex. Jinou záležitostí je ejakulační orgasmus, který se ale od koitální inkontinence zásadně liší. Nechtěný únik moči při sexu ženu deprimuje. U stresové inkontinence se více vyskytuje penetrační forma inkontinence, kdy k úniku moči dochází při emisi penisu, zatímco při urgentní inkontinenci moč uniká častěji při orgasmu. To se vzdáleně podobá ženskému ejakulačnímu orgasmu, kdy dochází k expulzi určitého množství tekutiny na vrcholu vzrušení.

Jsou sexuální dysfunkce problémem zejména západního světa, nebo těch ostatních žen se prostě jen nikdo neptá?



Foto: ZlatkoPastor.cz

Transkulturální rozdíly jsou v této oblasti obrovské. Například pro lidi ve třetím světě by pojem „ženské sexuální dysfunkce“ neměl žádný obsah, téměř by netušili, o co jde. Otázkou ovšem je, co za dysfunkci považujeme a co ještě ne. Žena z vyspělejších zemí od sexu logicky očekává příjemný zážitek. Žena v kultuře, ve které je její osobnost potlačována, nevnímá deficit pozitivního zážitku v sexu tak silně, jako by ho vnímala Evropanka nebo Američanka. Pocity nedostatečného pozitivního zážitku při sexu vnímá, že ženám močová inkontinence, tedy těm, které jsou ještě pohlavně aktivní, komplikuje sex. Jinou záležitostí je ejakulační orgasmus, který se ale od koitální inkontinence zásadně liší. Nechtěný únik moči při sexu ženu deprimuje. U stresové inkontinence se více vyskytuje penetrační forma inkontinence, kdy k úniku moči dochází při emisi penisu, zatímco při urgentní inkontinenci moč uniká častěji při orgasmu. To se vzdáleně podobá ženskému ejakulačnímu orgasmu, kdy dochází k expulzi určitého množství tekutiny na vrcholu vzrušení.

Takže ženská obřízka je ďábelský vynález, po kterém to má žena s radostí ze sexu spočítané?

Ženská obřízka představuje amputaci některých částí zevních pohlavních orgánů. Na rozdíl od mužské obřízky, která může mít i pozitivní zdravotní efekty, v případě ženské obřízky se jedná pouze o mrzačení, spojené s poškozením zdraví. V nejmírnější formě jde o odstranění předkožky klitorisu, často však dochází k jeho úplné amputaci. Nejtěžší typ je obřízka faraónská. Při tomto zákroku dochází k odstranění

malých i velkých stydkých pysků a klitorisu.

Bez klitorisu to tedy ženě od pasu dolů sexuálně nemyslí?

Klitoris je jedinečný orgán! Na rozdíl od penisu, který je určen ještě k mikci a reprodukci, unikátnost klitorisu tkví v tom, že jde o orgán určený výlučně pro ženskou rozkoš. Je mnohem senzitivnější než penis. Pro ilustraci jeho funkcí lze použít názvy, které připomínají termíny z učebnice elektrotechniky – funguje jako receptor, generátor a transformátor. Klitoris přijímá sexuální vjemy, zejména při nepřímé zevní nebo vaginální stimulaci, a pak generuje sexuální vzrušení. Je tedy výlučně zodpovědný za vznik a modulaci sexuálního vzrušení. Transformace, tedy přenos vzrušení, se projevuje v kavernózních tkáních klitorisu, ale také při stimulaci extragenitálních erotogenních zón, jako jsou například bradavky, ušní lalůčky, prsty na nohou a mnoha jiných oblastí.

Mění se v naší kultuře nějak zásadně pohled žen na vlastní sexualitu?

On už se diametrálně změnil. Dříve tradovaná rada matek dcerám před svatební nocí „Zavři oči a mysl na Anglii!“ bylo docela trefné heslo, tehdy sex pro

ženu znamenal něco útrpného. Ona byla objektem sexuálního zájmu a nepředpokládalo se, že jí bude i něco přinášet. Ženy byly naopak příjemně překvapeny, když se jim to líbilo. Dnes dochází k opačnému extrému – pokud dívka v patnácti nemá orgasmus, píše na nejrušnější chaty a poradny, proč ho nemá a kdo za to může. Bulvární, ale i jiná média tím, že ženskou sexualitu vykládají skrze mužské principy, se dopouštějí velkého omylu. Ženská sexualita je podle nich přepisem té mužské a běda, když to tak nefunguje. Bohužel i mnohé ženy mají představu vytvořenou podle toho, co se traduje. A podle této představy by měly všechny ženy fungovat zcela uniformně, skoro jako nějaký spotřebič. Je důležité vědět, že ženská sexualita má neobyčejně variabilní a individuální charakter. A že prostý deficit orgasmu u ženy ještě nemusí znamenat sexuální poruchu. Většina žen při vaginálním pohlavním styku orgasmus nemá, a pokud ano, tak hlavně díky klitoridální stimulaci. Minimálně 20 % žen orgasmus nikdy nepozná, naopak 20–30 % ho má v podstatě kdykoli. To, co vidíme ve filmech, je ideál, tak to ve většině případů ve skutečnosti vůbec není. Žena není žádný automat, aby fungovala na zmáčknutí nějakého zázračného knoflíku.

Pobavil mě na internetu vážně míněný článek „Jak najít G bod v sedmi krocích“. První krok byl „věřte, že ho máte“. Panuje i mezi gynekology nějaký mýtus o sexualitě, jako třeba právě G bod?

Největší mýtus je právě zmíněný výklad ženské sexuality skrze tu mužskou, jako by tyto principy platily univerzálně i pro ženy. Muži, na rozdíl od žen, reagují při sexu velmi stereotypně. To znamená, že muž při stimulaci penisu dosáhne vzrušení a následně orgasmu (načež usne). Ale žena to má opravdu jinak. Obecně je gynekologická sexuologie dost opomíjená. Lidé často čerpají informace ze špatných zdrojů a ty nesmysly se stále opisují a tradují, tak jako ten mýtus o G bodu. Ten ve skutečnosti samozřejmě neexistuje, žádná taková anatomická struktura nebyla nikdy ve vědecké literatuře popsána. Nicméně asi 15 % žen je sexuálně citlivých právě v této oblasti. Není to ale díky tomu, že by tam byl nějaký zvláštní bod či speciální nervová zakončení, ale proto, že jsou tyto ženy zvláště disponované a reagují na stimulaci spodní části klitorisu skrze vaginální stěnu.

Mimo své četné jiné odborné aktivity jste i soudním znalcem. Jaký případ jste naposledy řešil?

To byste se divila. Minulou nedělí v půl osmé ráno, když jsem se právě probouzel, mě zavolala kriminální policie z města Nymburku, abych vyšetřil případ muže, který tam masturboval na náměstí.

Stihl jste tam včas dojet?

To byla samozřejmě hloupost, takto rychle diagnostikovat nikoho nelze. Ale byla to ta humornější historie. Mnohem smutnější jsou gynekologické posudky, třeba u nezdařených porodů, různá domněle nebo i skutečně zanedbaná péče... Sexuologické posudky se často týkají situací kolem rozvodů, zneužívání, znásilnění. Je to dost pestrá škála soudně-znalecké činnosti v oboru gynekologie a sexuologie.

Pro odbornou veřejnost GONA pořádá tradiční přednáškové „Čtvrtky na Národní“. Byla letos nějaká přednáška ze sexuologie?

Ano, týkala se erektilní dysfunkce a předčasné ejakulace. Určitě zase něco přichystáme, stačí sledovat internetové stránky s rozpisem: www.gona.in/cvrtky-na-narodni.

ODBORNÉ AKCE

Život ohrožující krvácení: Co dělat vždy, co někdy – a co nikdy?

Situace v klinických podmínkách u pacienta s život ohrožujícím krvácením (ŽOK) a zejména způsob jak uvažovat a postupovat k jejich efektivnímu řešení byly tématem nedávného satelitního sympozia. V říjnovém čísle přinášíme obsah prvního sdělení, následovat bude souhrn druhého příspěvku.

Satelitní sympozium nazvané „Život ohrožující krvácení – co dělat vždy a co jen někdy?“ uspořádala společnost CSL Behring, s. r. o., v rámci XXI. kongresu České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a proběhlo 3. října.

Ve zcela zaplněném největším přednáškovém sále olomouckého Hotelu Clarion o zkušenostech i nových trendech hovořili dva „nestoři“ oboru. Prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM (Centrum pro výzkum a vývoj, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové) je jedním z čelných světových představitelů oboru. Druhý přednášející, profesor Klaus Görlinger, MD, byl desítky let senior konzultantem oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny v Univerzitní nemocnici v Essenu a nyní se věnuje hlavně výzkumu v oblasti zvládnutí těžkých perioperačních krvácení.

Na co myslet především

Nejprve je třeba vůbec identifikovat hlavní otázky, na něž je nutné znát odpověď při formulování vlastního plánu postupu u ŽOK. Do vlastní klinické praxe je více než žádoucí adoptovat princip, že i v sebesložitější klinické situaci se má vždy postupovat strukturovaně a plánovitě, ne jenom reagovat na měnící se klinickou situaci. Akcentovat je třeba klíčové součásti léčby ŽOK podle současného stupně vědeckého poznání. „Vždy budeme dělat chyby a část pacientů se ŽOK zemře, ať děláme, co děláme, ale je vždy „lepší“, když pacient zemře a my jsme postupovali správně, než když zemře a najde se „něco“, co jsme udělali „špatně“ nebo mohli udělat „lépe“, nejčastěji z důvodu, že jsme na to v návalu stresu a urgentnosti situace zapomněli...“ řekl profesor Černý. Čas nemá nikdo, ale nezbytné je

vzdělávat se, znát současný stupeň odborného poznání v dané problematice a tento požadavek nevnímat jako frázi, zejména za situace, kdy v ČR system CME (continuous medical education) moc nefunguje. K otázce, zda je vždy bezpodmínečně postupovat podle EBM (evidence based medicine) a *guidelines*, profesor Černý řekl: „Odborná doporučení nemají závaznou povahu, ale vymezují rámec pro posuzování správnosti postupu (*lege artis*) v dané situaci.“

„Nový“ pohled na adherenci ke *guidelines* přinesla například American Society of Anesthesiologists (Newsletter 2014), kde se píše, že neodůvodněný a ne(z)dokumentovaný odklon od *guidelines* bude posuzován v případě „bad outcome“ jako snížení šance pacienta na „good outcome“. Závěst je třeba lokální, institucionálně formalizovaný postup pro situace ŽOK, jak doporučuje se silou 1C i dokument Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: An updated European guideline (*Critical Care* 2013; 17:R76).

Šest jednoduchých otázek

Klíčových otázek určujících základní strukturu dalšího postupu není mnoho:

1. Lze detekovat zdroj krvácení? Odkud pacient krvácí?
2. Je možná chirurgická kontrola zdroje krvácení (chirurgickým výkonem, embolizací tepny, sklerotizací varixů a podobně)?
3. Má nemocný ještě nějaké jiné onemocnění, které může ovlivnit koagulační systém (například hepatopatie, uremie)?
4. Jakou má pacient farmakologickou anamnézu?
5. Jsou laboratorní známky koagulopatie?
6. Základní laboratorní diagnostické metody: krevní obraz, počet trombocytů, hladina fibrinogenu, INR, APTT.

Fatální může být podcenit klinickou situaci. NIKDY se nesmí podcenit změny základních fyziologických funkcí, respektive hodnot. Je třeba být úporní v hledání příčiny nejasné změny klinického stavu, zejména v rizikovém klinickém kontextu.

Podávání antifibrinolytik

„Jestli se něco opravdu zásadně změnilo v pohledu na farmakologii podpory koagulace, je to zařazení antifibrinolytik do komplexních léčebných postupů, což je jedno z doporučení nejvyššího významu (GRADE 1A). Kyselinu tranexamovou je důležité podat včas. Přestože *guidelines* se týkají zejména pacientů s krvácením během závažných úrazů, část expertů jasně říká, že antifibrinolytika by se měla používat u všech pacientů se závažným krvácením v podstatě jakékoli etiologie,“ zdůraznil profesor Černý.

Fibrinogen je doporučeno podat i bez znalosti jeho hladiny. Koncept časného podání fibrinogenu vychází mimo jiné z faktu, že u pacientů s těžkým ŽOK dochází k poklesu fibrinogenu velmi rychle, během několika desítek minut, a to až na hodnoty, kdy samotná nízká hladina fibrinogenu může vyvolat velmi závažné krvácení (pod 1 g/l = vysoké riziko krvácení) a jeho včasné podání v adekvátní dávce může ovlivnit nejen množství podaných faktorů k podpoře koagulace, ale je spojeno i s lepším klinickým výsledkem. Auditorium sympozia v diskusi vedlo debaty o tom, jaká je vlastně optimální dávka fibrinogenu. Podle názoru přednášejících odpověď není jednoznačná, v *guidelines* se nejčastěji pohybuje kolem 4 g jako úvodní dávka – k navýšení hladiny fibrinogenu o cca 1 g/l je nutno podat minimálně 4 g. Dnes zejména na základě znalostí o tom, jak se fibrinogen chová a kdy může být v tzv. normálních hladinách dysfunkční, se nejčastěji objevuje dávka 6–8 g



Prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., na olomouckém sympoziu.

[Foto: Luboš Mikulka]

jako iničiální u pacientů s těžkým ŽOK, protože to je množství, které už hladinu spolehlivě zvýší aspoň na 2–2,5 g/l, kdy už koagulační systém jako celek může fungovat poměrně uspokojivě, pokud je důvod špatné koagulace v nízké hladině fibrinogenu. Je velmi pravděpodobné, že nové *guidelines*, jejichž vydání je plánováno na polovinu roku 2015, přinesou změnu jak v dávce, tak i hodnocení hladiny, kdy by se už fibrinogen u těchto pacientů měl podávat. Obavy z jeho nežádoucích účinků, zejména jeho trombogenního potenciálu, se zatím nezdaří být opodstatněné. Fibrinogen je třeba podat časně i v situacích, kdy není k dispozici ROTEM.

Normalizovat systémovou homeostázu

Usilovat o normalizaci systémové homeostázy je samozřejmě zapotřebí obecně, ale v tomto kontextu je třeba zmínit maximální snahu o obnovení a udržení tkáňové perfuze, obnovení adekvátní tělesné teploty a často podceňovanou otázku ionizovaného kalcia, jehož nízká i vysoká hladina může mít negativní konsekvence ať už z pohledu výkonnosti koagulace nebo z pohledu jiných orgánových funkcí. Je nutné uvědomit si naprosto jasně, že faktorem snižujícím kalcium je hlavně plasma. Krevní transfuze samozřejmě také, ale právě plasma hraje dominantní úlohu, což je třeba zvažovat zejména v kontextu jejího podávání. Při podávání vysokých dávek plasmy může dojít k natolik velkému poklesu kalcia, že ne-

jen dojde ke snížení výkonnosti koagulace, ale může to mít i vliv na funkci myokardu (hypokalémie může mít fatální následky). Je třeba udržet ho v pásmu 0,9–1,0 mmol/l.

Co se týče optimální tělesné teploty, respektive jejího dosažení, je to velmi svízelná záležitost. Hypotermie se u pacientů s masivními transfuzemi stává klinicky významná při 34 °C – to je hodnota, která už má velmi významný vliv na koagulaci a indukci koagulopatie.

Co dělat jen někdy – a co nikdy?

Ne vždy je třeba usilovat o normální hodnotu krevního tlaku. Dnes doporučovaná hodnota systolického tlaku u ŽOK bývá 80–90 mmHg (pokud nejde zároveň o pacienta s poškozením mozku). Pokud jde o podání plasmy (FFP), ustupuje se od konceptu jejího širokého podávání. Podle současného stavu poznání je podání plasmy postupem „lepší než nic“, ale není to optimální způsob léčby koagulopatie u těchto pacientů. Podle přesvědčení profesora Černého lékař nikdy nemá dělat nic, o čem si myslí, že to jeho pacientovi nemůže prospět, „i když by to bylo stokrát v jakýchkoli *guidelines* v kategorii doporučení 1 A. Jakákoliv doporučení v medicíně jsou jen pro ty, kteří nevědí, jak v dané situaci postupovat ve prospěch pacienta lépe, což ale opět ukazuje, jak je důležité se neustále vzdělávat a sledovat stav poznání... A jsme tím zase na začátku, u „co dělat vždy“.“

Jana Jílková

NOVINKA – 2g FORMA

ESA GUIDELINES DOPORUČUJÍ LÉČBU KONCENTRÁTEM FIBRINOGENU, JE-LI VÝZNAMNÉ KRVÁCENÍ DOPROVÁZENO ALESPŮN PODEZŘENÍM NA NÍZKÉ KONCENTRACE FIBRINOGENU NEBO SNÍŽENÍM JEHO FUNKCE.¹

HAEMOCOMPLETTAN® P Fibrinogenový koncentrát

Zkrácená informace o přípravku: **Název přípravku:** Haemocomplettan P. **Složení:** V 1 lahvičce: Haemocomplettan P 1 g, 2 g; Fibrinogenum humanum min. 1000 g, min. 2000 g. **Terapeutické indikace:** Haemoragická onemocnění: 1. Vrozená hypofibrinogenemie, dysfibrinogenemie nebo afibrinogenemie. 2. Získaná hypofibrinogenemie vznikající z: a) poruch syntézy v případech závažného poškození jaterního parenchymu, b) zvýšené intravaskulární spotřeby v důsledku diseminované intravaskulární koagulace a hyperfibrinolýzy. **Dávkování:** Před podáním Haemocomplettanu P je třeba si ověřit nedostatek fibrinogenu Claussovou metodou. Podávané množství a počet jednotlivých aplikací Haemocomplettanu P se musí vždy určovat podle stupně krvácení a klinického stavu pacienta. Obvyklou počáteční dávkou fibrinogenu je 1 až 2 g podle potřeby při následné infuzní léčbě. Kritická hodnota fibrinogenu v plazmě, kde hrozí rozvoj krvácení, je 100 mg/dl. Normální hodnoty se pohybují v rozmezí od 200 do 450 mg/dl. Hladina fibrinogenu v oběhu nesmí převyšovat spodní mezní hodnotu normálu, aby riziko tromboembolických komplikací bylo minimální. V případech závažného krvácení, například u předčasného odloučení placenty, se podává ihned 4–8 g fibrinogenu. U dětí se dávkování řídí podle tělesné hmotnosti dítěte a klinického stavu. **Kontraindikace:** Známá přecitlivělost na některou složku přípravku. Prokázaná trombóza nebo infarkt myokardu, kromě případů fatálního krvácení. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** U pacientů se známým výskytem alergických projevů je možné preventivní podání antihistaminik a kortikosteroidů. Po podání Haemocomplettanu P se pacienti musí pečlivě sledovat kvůli možnému výskytu příznaků trombózy nebo diseminované intravaskulární koagulace (DIC). **Poznámka pro pacienty v režimu diety s nízkým obsahem sodíku:** Haemocomplettan P obsahuje chlorid sodný, což by mohlo ohrozit pacienty v režimu diety s nízkým obsahem sodíku. **Vyrovná bezpečnost:** V průběhu podání léčiv připravených z lidské krve nebo krevní plazmy nelze v plné míře vyloučit vznik infekčních onemocnění přenosem původců infekce. Totéž platí o patogenních původcích dosud neznámé povahy. **Těhotenství a kojení:** Bezpečnost použití Haemocomplettanu P v období těhotenství nebo kojení nebyla prokázána řízenými klinickými zkouškami. Experimentální studie na zvířatech nejsou dostačující z hlediska bezpečnosti vzhledem k reprodukci, vývoji embrya nebo plodu, průběhu těhotenství perinatálnímu a postnatálnímu vývoji. Haemocomplettan P se často používá při léčbě porodních komplikací. Žádná negativní zkušenost pro použití tohoto přípravku během těhotenství a kojení není k dispozici. Haemocomplettan P lze použít během těhotenství a kojení pouze po pečlivém uvážení. **Nežádoucí účinky:** Haemocomplettan P je obvykle dobře snášen, vzácně se mohou vyskytnout reakce alergické nebo anafylaktoidní povahy a vzestup teploty. V případech alergoidních nebo anafylaktoidních reakcí bude podávání Haemocomplettanu P ihned přerušeno (například zastavením infuze). V případě nutnosti se zahájí příslušná léčba. Po podání koncentráту fibrinogenu z lidské plazmy je třeba mít na zřeteli potenciální riziko rozvoje trombotických příhod (včetně infarktu myokardu a plicní embolie). **Doba použitelnosti:** 5 let. Po rekonstituci byla fyzikálně-chemická stabilita stanovena na 8 hodin při pokojové teplotě (max. + 25 °C). **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Nezmrazujte. Uchovávejte lahvičku ve vnějším obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Infuzní láhev se suchou substancí určená k jednorázovému použití; Infuzní láhve uzavřené bromobutylovou zátkou, kovovým uzávěrem s plastickým víčkem. **Věšáček z plastiku, papírová krabička, příbalová informace.** **Velikost balení:** 1 infuzní láhev obsahující 1 g lidského fibrinogenu, 1 infuzní láhev obsahující 2 g lidského fibrinogenu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** CSL Behring GmbH, Marburg, Německo. **Registrační číslo:** 16/395/93-C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 19. 5. 1993 / 3. 3. 2010. **Datum revize textu:** 7. 11. 2012. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku.

Reference: 1. Sibylle A. Kozek-Langenecker *et al.*, Management of severe perioperative bleeding, Eur J Anaesthesiol 2013; 30:270–382.

Haemocomplettan-CZ-01-2014

SERVIS

**Tereza Švarcová,
Jiří Veselý et al.**
**Antikoagulační léčba
u fibrilace síní**



Rozsah:
152 stran
Cena: 420 Kč
ISBN: 978-80-
204-3047-2
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Postgraduální medicíny

Fibrilace síní je nejčastější klinicky významnou arytmií a kvůli narůstající prevalenci, dané zejména stárnutím populace, je považována za jednu z epidemií 21. století. Její důležitost je dána zejména vlivem na prognózu nositelů, která je, kromě negativního vlivu arytmií na funkci srdce jako pumpy, ovlivněna zejména několika násobně zvýšeným rizikem embolizačních příhod. Tato několik desetiletí známá skutečnost vedla nejprve k periprocedurální antikoagulační léčbě při elektrické či farmakologické verzi na sinusový rytmus, posléze ke hledání těch pacientů, pro které je přírodná chronická antikoagulační léčba. Tu donedávna reprezentovala léčba kumaríny, zejména warfarinem, která má ale mnohá úskalí, kvůli nimž není jednoduché se vyhnout nedostatečné efektivitě, znamenající riziko embolizačních příhod na straně jedné, a nežádoucím účinkům léčby ve formě krvácivých komplikací na straně druhé. V posledních letech proběhlo klinické hodnocení několika nových antiko-

gulačně působících molekul, z nichž pro dabigatran, rivaroxaban a apixaban již máme dostatečnou evidenci pro jejich zařazení do běžného léčebného armamentaria. Naše publikace určená zejména internistům, kardiologům a neurologům a praktickým lékařům se věnuje v první řadě stále se vyvíjejícímu pohledu na indikace a kontraindikace antikoagulační léčby u fibrilace síní. Druhá, obsáhlejší část publikace se pak zaměřuje na všechny čtyři výše uvedené molekuly z hlediska stupně evidence v jednotlivých klinických situacích a zejména na praktické použití těchto léčebných modalit, sekterými v případě nových perorálních antikoagulačních léčiv postupně získáváme zkušenosti.

Miloš Táborský et al.
**Kardiologie
pro interní praxi**



Rozsah:
295 stran
Cena: 480 Kč
ISBN:
978-80-204-3361-9
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Postgraduální medicíny

Nová učebnice, která bude vaším průvodcem v aktuálních kardiologických otázkách transformovaných do každodenní jak klinické tak ambulanti praxe. Kardiologie spolu s onkologií patří mezi nejdynamičtější se rozvíjející obory medicíny, a tak je někdy velmi

NOVÉ KNIHY

obtížné sledovat změny, které nastávají v doporučených postupech v oblasti diagnostiky, farmakologické i nefarmakologické léčby kardiovaskulárních onemocnění.

Za klíčové považujeme orientovat se v oblasti moderní antikoagulační léčby v primární i sekundární prevenci tromboembolických příhod u pacientů s fibrilací síní. Neméně zajímavou a překotně se vyvíjející problematikou je protidestičková léčba u nemocných s akutním koronárním syndromem. Kniha přináší současný pohled na kombinaci obou výše zmíněných terapií. Rádi bychom vás seznámili také se stále aktuální problematikou léčby srdečního selhání, kde cítíme velmi rychlý nárůst počtu pacientů. Rovněž budeme informovat o léčbě hypertenze a přehodnocení významu katetrizační renální denervace v léčbě rezistentní hypertenze.

Problematiku doplňujeme otázkami léčby fibrilace síní, významem telemedicinských postupů pro kardiologii a vnitřní lékařství, nezapomínáme ani na právní aspekty nového občanského zákoníku pro každodenní lékařskou praxi.

**Petr Čáp, Alica Benčová,
Miloš Jeseňák**
**Vyšetřování
vydechaného
oxidu dusnatého
u asthma bronchiale**

Rozsah: 144 stran
Cena: 270 Kč
ISBN: 978-80-204-3363-3



Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Publikace si klade za cíl nabídnout aktuální přehled

současných poznatků o využití vydechaného oxidu dusnatého (NO) v klinické praxi u dospělých jedinců i dětské populace. Autoři poukazují na výjimečné postavení této metody v rámci moderních neinvazivních vyšetření – je to nejjednodušší metoda z hlediska invazivity, časové náročnosti i aktuálních výsledků. Během posledních 20 let se využití vydechaného NO ve výzkumu i klinické praxi zvyšuje každým rokem. Do současnosti bylo publikováno zhruba 3000 článků a více než 300 jich přibude každým rokem. Počátkem tohoto století se zájem soustředil na klinické využití vydechaného NO a v posledním desetiletí bylo publikováno mnoho dat podporujících právě klinickou využitelnost. V této knize autoři popsalí všechny důležité aspekty vydechaného NO velmi všestranným způsobem a zohlednili nejnovější literaturu na tomto poli. Zároveň nabízí praktické návody k interpretaci nálezů s významem pro diagnostiku i monitorování astmatu, objasňují řadu nepřesností a chybných přístupů, ke kterým v praxi dochází. Přínosem je též zařazení samostatných částí nejčastěji kladených otázek. Kniha je určena především klinickým imunologům, alergologům, pneumologům a pediatrům,

ale i internistům a lékařům prvního kontaktu. Publikace je velmi cenná pro své čtenáře, a to jak pro vlastní odborné poučení, tak i jako důležitý zdroj odkazů.

**Lenka Foretová, Marek Svoboda,
Ondřej Slabý a kol.**
**Molekulární genetik
v onkologii**



Rozsah: 184 stran
Cena: 350 Kč
ISBN 978-80-
204-3236-0
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

První komplexně pojatá monografie na toto téma u nás podává aktuální přehled možností molekulární genetiky vyšetření v oboru onkologie. Tato vyšetření umožňují lékařům mnohem lépe uplatňovat principy individualizované medicíny, a to ve všech oblastech poskytované zdravotní péče, tj. v prevenci, diagnostice i léčbě. Takovýto postup, jak již bylo prokázáno, zvyšuje šance na dlouhodobé přežití a lepší kvalitu života onkologických pacientů. Samostatné kapitoly jsou proto věnovány solidním tumorům, hematologickým malignitám, farmakogenetice a hereditárním nádorovým syndromům. V závěru knihy se autoři zabývají současnou situací i s ohledem na vstup nových technologií a perspektivou molekulární genetiky do budoucna.

Inzerce M131000860

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získejte ultra výživný sprchový gel pro suchou pokožku.

Sprchový gel pro suchou až velmi suchou pokožku. Odstraňuje pocit pnutí pokožky, pokožka zůstává jemná a hedvábná.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafonta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 1114**. 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 1114**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Neváhejte!
Tato nabídka platí jen do 17. 11. 2014.
Předplatné na rok pouze za 299 Kč.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky 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 zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Malá bilance VII.

Spánkovou léčbu pacientů s vředovou chorobou jsem už v ÚVVL nezažil. Musela to být stejná komedie jako „spačky“ v Kosmonosích, měla však lepší pokračování.

Spádem pavlovovských metod padl celý výzkumný program a bylo třeba rychle jej nahradit jiným. Protože ústav disponoval flexibilními vědci s čilými mozky, našla se brzy náhrada: pacienti při spánkové léčbě přibírali na váze, což tedy zkusit, co bude dělat s jejich hmotností pravý opak, tedy spánková deprivace. A tak se zrodil dlouhodobý projekt pracovně nazývaný „nespavci“, na kterém jsem se v celém jeho průběhu aktivně podílel.

Pokus bez pokusných osob

Poctivě: na úplně celém ne. V první skupině psychiatrický dohled obstarával ještě docent Vojtěchovský a na nespavce hleděl celý televizní národ, jak je možné ověřit na tomto odkazu na konci 29. minuty: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10166650926-poprve/20756226867/titulky/>. Ten přísný lékař je docent Kuhn, který byl ve skutečnosti velice slušný a hodný člověk, takže se mu neřeklo jinak než „otec Kuhn“. Kromě toho, že tady plnil plán, měl na výzkumu nespavosti osobní zájem. Když 17. listopadu 1939 putoval v dobytčím vagonu s dalšími studenty z Hlávkovy koleje do koncentračního tábora Sachsenhausenu, měl v důsledku nevyspání halucinací prožitky a potřeboval se ujistit, že to mají také jiní. Protože byl důsledný, ujišťoval se o tom téměř 15 let. Navázali jsme tak na světový trend: spánkový výzkum měl zelenou v USA, kde byl součástí přípravy k letu na Měsíc, a ve Francii Michel Jouvet trápil kočky tím, že jim vymazával sny.

Nejslavnější spánkovou laboratoř v USA vedl Nathaniel Kleitman a v ní jeho doktorand Eugene Aserinsky objevil v roce 1953 snovou, neboli REM fázi (*rapid eye movement*) spánku. Hezké je, jak objev vznikl. Aserinsky nedostal žádný grant, ani mu nebyly přiděleny pokusné osoby, sledoval – jako správný behaviorista – spánek svého osmiletého synka od ulehnutí až do rána a všimnul si epizod cukavé oční aktivity, pak to koreloval s EEG a pak jeho šéf slízl většinu smetany slávy. Druhá byla laboratoř Williama Dementa (Miloš Vojtěchovský mě ujistil, že jeho příjmení nebude v USA nižádného pozdvižení), která se proslavila rekordem. Ani ne osmnáctiletý Randy Gardner, který byl vzhůru bez použití stimulantů 260 hodin a 17 minut, nebyl už nikým překonán. Nejdál to dotáhli na 10 dnů. Nikde však nebyly popsány žádné kritické následky a to bylo pro nás uklidňující.

Naštvané kočky beze snů

Jouvet mazaně využil skutečnosti, že při REM spánku jakási pojistka v mozgovém kmeni vypne veškeré antigravitační svalstvo, aby se snící nemohl chovat ve shodě s obsahem snu a naplnit tak Bleulerovu myšlenku: „Nechte snícího chodit a jednat a dostanete obraz schizofrenie.“ Posadil tedy zvířata na jakési sokly do bazénu s vodou, a dokud kočky spaly pomalovlnným spánkem, na svých stanovistích sice klímaly, ale seděly.



MUDr. Radkin Honzák

Zato při REM-vypnutí antigravitačního svalstva se zhroutily do vody, což každého – i kočku – probudí. Probuzené naštvané kočky se vysápaly zpátky a pokračovaly ve spánku beze snů. Po několika dnech tohoto režimu s dostatečným spánkem, ale totální deprivací REM fáze se přestaly starat o čistotu, začaly být agresivní a projevovaly homosexuální tendence. To byly první zprávy o její potřebnosti.

S tímto teoretickým zázemím jsme rozjeli sérii pokusů s 12hodinovou spánkovou deprivací u tříčlenných skupin pokusných osob, výhradně mužů, kterým se alespoň viditelně do toho nepletly „jejich dny“ a nekomplikovaly nám výsledky. Dostal jsem na starost jejich výběr. Kdesi jsem se dočetl, že pro drsné pokusy je třeba vybírat osoby, jejichž hlavní, ne-li jedinou motivací, jsou peníze, což se mi ukázalo jako velice užitečné kritérium. Zapudil jsem tehdy všechny, kteří chtěli „posloužit vědě“ nebo „zkusit, co vydrží“, a dobře jsem učinil. Byl jsem překvapen tím (možná bych byl dnes znovu), kolik do té doby skryté patologie jsem při screeningu objevil; jednou dokonce tuberkulózu.

Vidíš ty průvody pracujících?

Vybíral jsem většinou vysokoškolské, nejraději z Fakulty tělesné výchovy, protože ti měli kvalitní žíly. Součástí mučení byly totiž odběry krve po třech hodinách

a tehdy byly pouze jehly na jedno použití, o nějakých braunylách se nám ani nesnilo. Nespavci nastupovali v pátek v poledne, přes víkend se adaptovali a ráno v pondělí ještě při silách rozebrali vlastní postele a se spoustou silných řečí zahájili svůj pětidenní maraton. Jeho pravidelným rituálem byly již zmíněné odběry, sběr moči, různá fyziologická a psychologická měření, Harvardský step-test a další aktivity, které zabraly spoustu času, což bylo dobře, protože od třetího dne jsme museli vynakládat úsilí na to, abychom je udrželi v bdělém stavu. A tam ty peníze jako hnusná manipulativní páka zabíraly, když ostatní postupy selhaly.

Halucinátorní prožitky se objevily téměř u poloviny z nich, a to nejčastěji v hodinách „mezi vkem a psem“, kdy se fyziologicky objevuje nejvíce snů. Když jsem to sledoval poprvé, veselo mi nebylo. Chlapec zíral do tmy za oknem a nadšeně hlásil: „Vidíš ty průvody pracujících, jak radostně jdou do práce?!“ Viděl jsem tmou, jak v p...yti! Nikde ani světélko, sídliště v Krči ještě dávno nestála. Co zbývalo? Zařvat: „Nespi!!!“ A bylo po pracujících.

Zkoušeli nás oblafnout a z polo-spánku mumlali: „Vždyť já nespím.“ Jeden se zamknul na záchodě a vsedl tam usnul. Otec Kuhn zakázal zničit dveře, vymysleli jsme nakonec žanetku naplněnou vodou a její proud správně směřovaný klíčovou dírkou na něj zapůsobil jak na Jouvetovy kočky. Nejděle jsme hledali toho, který se zavřel do plechové skříňky na chodbě a nakonec z ní vypadl jak Polonius. Kreativní student

VŠCHT polil chodbu jododusem a bylo veselo. Zbožný studující teologie reagoval na noční procházce na mé buzení tím, že postavil vedle sebe dvě cihly, přes ně třetí, kterou karate švihem přerazil, a řekl výhružně čistou moravštinou: „Tohle s vámi udělám, když mě budete i nadále popouzet.“ Jeho hříšníci to s ním asi nemají snadné...

Láska k dámám i penězům

Od čtvrtedního odpoledne za nespavci směly návštěvy. Víta-li jsme přítomnost dam, jejichž nelíčený obdiv pomáhal udržovat bdělost pánů. Neméně účinná se ukázala i láska k penězům, jejichž hodnota byla ještě menší než hodnota tehdejší měny, kterou někdo trefně označil za „poukázky na zboží, které je momentálně k máni“. Ve čtvrtek jsme totiž vytáhli další trumf, hru tenkrát zvanou BUSINESS (dnes Monopoly) a nákup virtuálních domů za ještě virtuálnější peníze byl mocným povzbuzením klesající pozornosti.

Úmorná část experimentu končila v sobotu ráno, kdy jsme zase vztýčili tři postele a předtím uprosili diety, aby serviovaly snídani už na sedmou. Někteří nespavci nám ale cestu domů oddálili tím, že náhle ožili (no, ožili – jak říká klasik: necky taky plavou a neříkáme jim loď) a prolašovali, že chtějí držet rekord. Jeden byl dokonce tak urputný, že jsme museli postavit almary k oknu, aby náhodou na své somnambulní pouti nedešleli touto cestou.

Že to nebyl zas tak pekelný stres, nám dokázali chlapi z kontrolní skupiny, kteří měli standardní spánkový režim. Bylo to v době konání mistrovství světa v hokeji, kde našim nárežali všichni, včetně tehdy začínajících outsiderů z Finska. Ti tehdy adrenalinu vyždímalí víc!



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 17/2014

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicina a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Čaban,
Irena Soukupová, Ing. Miroslav Zámečník,
David Daniel, Eva Pavlatová, Martina Rehořová,
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
Mgr. Alena Smlidová
Ing. Bc. Irena Kouřilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce

Jana Schrammová
tel. 225 276 380, 725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz



generální ředitel

Ing. David Hurta

ředitel divize Medical Services

Karel Novotný

art director

Petr Honzák

DTP

retuší Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby
Soňa Starhová
koordinátor výroby a distribuce divize
Medical Services
Monika Snádrová
tel. 225 276 392,
e-mail: snadrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
sídlu: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
IČ: 01847082

adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatně pro Českou republiku vyřizuje:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21, Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Videnská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax + 421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem
a předplatitelem se řídí všeobecnými
obchodními podmínkami pro předplatitele.
Předplatně se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou
odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných
materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 16. 10. 2014

Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tisťený náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Hlavní sestra

MEDITERRA-SEDLČANY, S. R. O., vyhlašuje výběrové řízení na pracovní pozici:

■ hlavní sestra

Požadujeme:

- odbornou způsobilost v oboru dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních,
- specializovanou způsobilost v oboru,
- osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních,
- manažerské dovednosti (zkušenosti s vedením většího týmu, praxe ve vedoucí funkci ve zdravotnické výhodou),
- komunikativnost, samostatnost, prezentační dovednosti,
- uživatelskou znalost práce na PC.

Nabízíme:

- perspektivní pozici v akreditované nemocnici,
- odpovídající finanční ohodnocení,
- zajímavou práci v tvůrčím kolektivu,
- zaměstnání na plný pracovní úvazek,
- finanční podporu odborného vzdělávání – podpora stáží, seminářů, kongresů,
- zaměstnanecké benefity (týden dovolené navíc, příspěvek na stravování...).

Příhlášky včetně životopisu můžete zasílat do 31. 10. 2014 na adresu: **MEDITERRA-SEDLČANY, S. R. O.**, Tyršova 161, 264 01 Sedlčany, e-mail: jaroslava.haskova@mediterrera.cz, telefonicky na tel. číslech: +420 725 850 589, 737 415 778, případně doručit osobně na výše uvedené adrese.

M141001374

Staniční sestra

OBLASTNÍ NEMOCNICE

PŘÍBRAM, A. S.,

vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovní pozice:

■ staniční sestra pro oddělení anesteziologie

Požadujeme:

- platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odb. dohledu v oboru všeobecná sestra dle zák. č. 96/2004 Sb.,
- ukončené specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče (ARIP),
- nejméně 5 let praxe v oboru,
- organizační, komunikační a řídicí schopnosti,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost.

K vlastnoručně podepsané přihlášce je třeba přiložit:

- strukturovaný životopis s přehledem dosavadní odb. praxe,
- kopii dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání a kopii osvědčení,
- výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- telefonické spojení, popř. elektronickou adresu.

Příhlášky vč. všech náležitostí zasílejte nebo osobně doručte v zalepené obálce s označením „Výběrové řízení“ na adresu:

Oblastní nemocnice Příbram, a. s., personální oddělení, Gen. R. Tesaříka 80, 261 01 Příbram I.

Uzávěrka přihlášek: 30. 11. 2014
Vyhlašovatel si vyhrazuje právo kdykoli výběrové řízení zrušit, a to i bez udání důvodu.

M141001366

Lékař/ka pro urologické oddělení

THOMAYEROVA NEMOCNICE, VÍDEŇSKÁ 800, 140

59 PRAHA 4 – KRČ, přijme na základě konkursního řízení:

■ lékaře/lékařku pro urologické oddělení

Požadujeme:

- ukončené VŠ vzdělání,
 - odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zák. č. 95/2004 Sb.,
 - znalost světových jazyků,
 - zájem o postgraduální doktorské studium.
- Nabízíme:
- práci na akreditovaném pracovišti 2. typu,
 - podporu odborného růstu a dobré pracovní podmínky,
 - zaměstnanecké benefity.

Termín nástupu ihned nebo podle dohody.

Příhlášky včetně životopisu, odborné a zdravotní způsobilosti a výtisku z rejstříku trestů zasílejte

na výše uvedenou adresu nebo na e-mail: urologie@ftn.cz

M141001384

Vrchní sestra hemodialyzačního oddělení

MASARYKOVA MĚSTSKÁ NEMOCNICE V JILEMNICI

vypisuje výběrové řízení na pracovní pozici:

■ vrchní sestra hemodialyzačního oddělení

Nástup do funkce: 1. 12. 2014.

Požadavky: odborná způsobilost v oboru všeobecná sestra, trestní bezúhonnost, minimálně 5 let praxe, PSS v oboru intenzivní péče (v nefrologii), nebo certifikovaný kurz péče o nemocné léčené eliminačními metodami.

Další požadavky: znalost práce na PC, komunikační, řídicí a organizační schopnosti, občanská a morální bezúhonnost.

Požadované dokumenty: životopis, přehled dosavadní profesní praxe, úředně ověřené doklady o dosaženém vzdělání, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců), souhlas s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení.

Písemné přihlášky s požadovanými doklady zasílejte na personální oddělení do 3 týdnů po zveřejnění inzerátu.

M141001363

Volná místa

Gynekolog

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

■ lékaře-gynekologa

Požadavky: VŠ, I. atestace + special. způsobilost dle z. č. 95/2004, případně II. atestace. Práce na gynekol. ambulanci + gynekologická operativa. Nástup možný ihned.

Kontakt: 499 502 304 nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M141001377

Zdravotní sestry

PRÁCI PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY V NEMOCNICÍCH V SRN

(v souladu se zákony SRN) zajistí Agentura All, s. r. o. Tel.: 608 857 847, e-mail: ag-all@d-net.cz

M141001345

Praktický lékař

DOPRAVNÍ ZDRAVOTNICTVÍ, A. S., AMBULANCE

VALAŠSKÉ MEZIŘÍČÍ,

přijme praktického lékaře pro dospělé na plný úvazek. Požadujeme VŠ vzdělání, odb. způsobilost. Uzavěrka přihlášek 31. 10., nástup dle domluvy.

Kontakt: personalni@doz.agel.cz, tel.: 221 087 461

M141001158

Více pozic

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU PRAHA ITALSKÁ

přijme endokrinologa, oftalmologa (práce na DPP nebo DPČ) a PL

Inzerce M141001396



Hradec Králové
7. - 8. listopadu 2014
www.phlebology.cz

Kontakt:

Congress Business Travel
Lidická 43/66, 150 00 Praha
Tel: (+420) 224 942 575, 723 035 367
Fax: (+420) 224 942 550
e-mail: senderova@cbttravel.cz

XXXIX. FLEBOLOGICKÉ DNY s mezinárodní účastí

PERSONÁLNÍ INZERCE

pro dospělé s atestací (plný úvazek). Nástup možný ihned.
Kontakt: MUDr. Tomáš Pospíšil, tel.: 221 087 404, tomas.pospisil@doz.agel.cz M141001239

Gynekoložka/gynekolog

Přijmeme gynekoložku (ev. gynekologa) do sdružené ambulantní gynekologicko-porodnické praxe v centru Prahy. Nabízíme výhodné platové podmínky, výhodnou pracovní dobu, 5 týdnů dovolené a další benefity, možnost vzdělávání atd. MUDr. Vilém Jelínek, tel.: 603 404 401, 224 912 250, vilemjelinek@seznam.cz M141001342

Angiolog/kardiolog

Hledám angiologa nebo kardiologa do soukromé ambulance v Řevnicích na 1-2 dny v týdnu. Tel.: 777 697 390. M141001372

Fyzioterapeut/ka

Zdravotnické zařízení na Vysočině přijme do pracovního poměru fyzioterapeuta/ku na plný úvazek, vhodný certifikát na měkké techniky. Možnost absolvovat kurz při zaměstnání. Plat dohodou. Nástup možný ihned, případně dle domluvy, nejpozději v červnu 2015. Žádost s životopisem pošlete na

Inzerce M141001351

kontaktní osobu: Bc. Zdeňka Maloušková – hlavní sestra, Dům zdraví, spol. s r. o., Poříčí 11, 594 01 Velké Meziříčí, tel.: 777 917 584, e-mail: zdenka.mal@seznam.cz. M141001354

Lékař pro patologicko-anatomické oddělení

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme lékaře na patologicko-anatomické oddělení se specializovanou způsobilostí v oboru, eventuálně s ukončeným základním kmenem. V případě zájmu místo možné i pro absolventa. Bližší informace: ředitel nemocnice MUDr. Pavel Kunčák, tel.: 461 569 313, 461 569 152, e-mail: kuncak@nemtsy.cz M141001358

Lékař ORL

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., přijme lékaře na oddělení ORL nemocnice Liberec. Bližší informace naleznete na www.nemlib.cz, odkaz kariéra. M141001360

Psychiatr

NEMOCNICE TÁBOR, A. S., přijme do pracovního poměru:

■ lékaře pro oddělení psychiatrie

Požadujeme:
• specializovaná způsobilost nebo zařazení v přípravě vítáno,
• vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek,
- dobré mzdové ohodnocení,
- nástup od 1. 10. 2014, popř. podle dohody,
- možnost ubytování na ubytovně nemocnice.

Oddělení psychiatrie má udělenou akreditaci II. stupně pro vzdělávání. Bližší informace podá: MUDr. Libor Macák, primář oddělení, tel.: 381 606 700; mob.: 775 863 110, e-mail: libor.macak@nemta.cz. M141001369

Lékař/ka

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, A. S., přijme:

■ lékaře/lékařku pro pneumologické oddělení

Požadujeme:
• vysokoškolské vzdělání dle zákona č. 95/2004 Sb.,
• lékaře se specializací pneumologie, případně lékaře se základním kmenem nebo absolventa

- se zájmem o obor pneumologie a ftizeologie,
- příjemné vystupování.

Nabízíme:

- práci na akreditovaném pracovišti,
- možnost profesního růstu a dalšího vzdělávání,
- perspektivu uplatnění v oboru,
- týden dovolené navíc,
- příspěvek na stravování,
- možnost ubytování.

Nástup dle dohody, mzdové podmínky projednány při osobním jednání.

V případě, že Vás naše nabídka zaujala, kontaktujte prosím odbor řízení lidských zdrojů, Ivanu Černouškovou, tel.: 487 954 037, ivana.cernouskova@nemcl.cz M141001394

Lékař/ka ARO

NEMOCNICE PODLEŠÍ, A. S., přijme do pracovního poměru:

■ lékaře/lékařku pro oddělení ARO

Požadujeme:
• odbornou způsobilost k výkonu povolání,
• absolvovaný interní nebo anesteziologický kmen,
• specializovaná způsobilost v oboru vítána, není však podmínkou.

Nabízíme:

- zajímavé finanční ohodnocení, výkonná motivace,
- zázemí stabilní a prestižní organizace,
- služební telefon,
- plný nebo částečný úvazek,
- možnost zajištění ubytování,
- zaměstnanecké benefity.

V případě zájmu nás kontaktujte na: simona.szuscikova@npo.agel.cz, nebo telefonicky: 606 761 714. M141001404

Neurolog

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., přijme lékaře na oddělení neurologie. Bližší informace naleznete na www.nemlib.cz, odkaz kariéra. M141001381

Prodej

Prodám dlouhodobě zavedenou stomatologickou praxi v Zastávce u Brna. Převedení na s. r. o., smlouvy se ZP, široká klientela. Převzetí možné od ledna 2015, nebo podle dohody. Odchod do penze. Více na tel.: 606 209 498, 777 710 951, e-mail: dagmardent@seznam.cz M141001401

KONFERENCE PRO SESTRY, PRACOVNÍKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, FYZIOTERAPEUTY A ERGOTERAPEUTY

koncipována na lazistických a dislužích
NAŠE ZKUŠENOSTI V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO ČLOVĚKA

Z obsahu

- ♦ Smrt – exitus nebo transitus?
- ♦ Problematika bolesti u nemocných v terminálním stádiu
- ♦ Podpora doprovázejících a pozůstalých /srovnání možností v ČR a zahraničí/
- ♦ Umírání s reminiscencí



Konference je hodnocena 4 kreditními body

25. listopadu 2014
v DTO CZ, Ostrava

DTO CZ, s.r.o., Mariánské náměstí 480/5
709 28 Ostrava-Mariánské Hory
tel.: 595 620 111, 152, 153; fax: 595 620 160
e-mail: dtoccz@dtoccz.cz, www.dtoccz.cz



Nový inhibitor PDE-5 k léčbě erektilní dysfunkce^{1,5}

Spedra®

avanafil

- Rychlý nástup účinku^{1,2,3}
- Dlouhodobý erektoenní účinek^{1,2,3}
- Nízký výskyt specifických nežádoucích účinků⁴



Zkrácená informace o přípravku Spedra® 50 mg, 100 mg, 200 mg. ▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakékoli podezření na nežádoucí účinky Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. **Složení:** Avanafil 50 mg, 100 mg, 200 mg v jedné tabletě. **Indikace:** Léčba erektilní dysfunkce u dospělých mužů. Aby byl přípravek účinný, je nutná sexuální stimulace. **Farmakodynamické vlastnosti:** Ve všech pilotních studiích s avanafilem bylo procento úspěšných pokusů o pohlavní styk významně vyšší u všech dávek avanafilu v porovnání s placebem. Platí to pro všechny pokusy ve všech hodnocených časových intervalech po podání dávky. **Dávkování a způsob podání:** 100 mg přibližně 30 minut před sexuální aktivitou. V závislosti na individuální účinnosti a snášenlivosti lze dávku zvýšit na 200 mg nebo snížit na 50 mg. U pacientů s mírnou až středně závažnou hepatální insuficiencí by měla být léčba zahájena minimální účinnou dávkou a dávkování upraveno podle snášenlivosti. Přípravek se doporučuje užívat maximálně jednou denně. K perorálnímu podání. Pokud se přípravek užije s jídlem, může být nástup účinku pozdější než při užití nalačno. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky přípravku. Užívání organických nitrátů nebo donorů oxidu dusnatého. Infarkt myokardu, cévní mozková příhoda nebo život ohrožující arytmie v posledních 6 měsících. Klidová hypotenze (< 90/50 mmHg) nebo hypertenze (> 170/100 mmHg). Nestabilní angina pectoris, angina pectoris při pohlavním styku, městnavé srdeční selhání (NYHA 2 a vyšší). U pacientů, kteří prodělali kardiovaskulární onemocnění, by měli lékaři před rozhodnutím o předepsání přípravku zvážit potenciální riziko srdečních příhod spojené se sexuální aktivitou. Závažná hepatální nebo renální insuficience. Ztráta vidění jednoho oka v důsledku nearterické přední ischemické neuropatie optického nervu. Vrozené degenerativní poruchy sítnice. Užívání silných inhibitorů CYP3A4 (včetně ketokonazolu, ritonaviru, atazanaviru, klaritromycinu, indinaviru, itraconazolu, nefazodonu, nefinaviru, saquinaviru a telitromycinu). **Upozornění:** Před rozhodnutím o farmakologické léčbě je nutno zjistit anamnézu a provést lékařské vyšetření ke stanovení diagnózy erektilní dysfunkce a určit potenciální příčiny. Kardiovaskulární funkce - před zahájením jakékoli léčby erektilní dysfunkce by lékaři měli posoudit kardiovaskulární funkci svých pacientů, protože sexuální aktivita je spojena s určitým stupněm rizika srdečních příhod. Avanafil má vazodilatační vlastnosti, které vedou k mírnému a přechodnému poklesu krevního tlaku, což zesiluje hypotenzní účinek nitrátů. Pacienti s obstrukcí odtoku krve z levé komory, např. s aortální stenózou a idiopatickou hypertrofickou subaortální stenózou, mohou být citliví na působení vazodilatancí, včetně inhibitorů PDE-5. Priapismus - pacienti, u nichž dojde k erekci trvající 4 hodiny nebo déle, je třeba poučit, aby okamžitě vyhledali lékařskou pomoc. Pokud není

priapismus ihned léčen, může dojít k poškození tkáně penisu a trvalé ztrátě potence. Avanafil by měl být používán s opatrností u pacientů s anatomicou deformací penisu (jako je angulace, kavernozní fibróza nebo Peyronieova nemoc) nebo u pacientů s onemocněními, které mohou vést k priapismu (srpkovitá anémie, mnohočetný myelom nebo leukémie). Poruchy zraku - je nutné pacienta poučit, aby v případě náhlé poruchy zraku přestal přípravek Spedra užívat a neprodleně vyhledal lékaře. Účinek na krvácení - údaje o bezpečnosti podávání avanafilu pacientům s poruchami krvácivosti nebo aktivním peptickým vředem nejsou k dispozici. Proto by měl být avanafil těmto pacientům podáván pouze po důkladném posouzení poměru přínosů a rizik. Zhoršení nebo náhlá ztráta sluchu - pacienti je třeba poučit, aby v případě náhlého zhoršení nebo ztráty sluchu přestali užívat inhibitory PDE-5, včetně avanafilu, a vyhledali okamžitou lékařskou pomoc. Současné užívání alfa-blokátorů a avanafilu může vést u některých pacientů k symptomatické hypotenzii v důsledku aditivních vazodilatačních účinků. Opatření k současnému užívání alfa-blokátorů a avanafilu najdete v plném znění souhrnu údajů o přípravku (SPC). Bezpečnost a účinnost kombinací přípravku Spedra s jinými inhibitory PDE-5 nebo jinou léčbou erektilní dysfunkce nebyla zkoumána. Pacienti by měli být poučeni, aby přípravek Spedra v takových kombinacích neužívali. Konzumace alkoholu v kombinaci s avanafilem může zvýšit možnost symptomatické hypotenze. Pacienti by měli být poučeni, že souběžné užití avanafilu a alkoholu může zvýšit pravděpodobnost hypotenze, závratí nebo synkopy. Lékaři by měli pacienty poučit, co mají učinit v případě příznaků posturální hypotenze. Avanafil nebyl hodnocen u pacientů s erektilní dysfunkcí vyvolanou poraněním páteřní míchy nebo jinými neurologickými poruchami a u pacientů se závažnou renální nebo hepatální insuficiencí. Přípravek Spedra má malý vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Vzhledem k tomu, že v rámci klinických studií s avanafilem byly hlášeny závratě a poruchy zraku, měli by pacienti znát své reakce na přípravek Spedra před tím, než budou řídit nebo obsluhovat stroje. **Interakce:** V Souhrnu údajů o přípravku jsou popsány interakce s nitráty, přípravky, které snižují systémový krevní tlak, alfa-blokátory, dalšími antihypertenzivy, alkoholem, inhibitory nebo substráty CYP3A4, induktory cytochromu P450. **Nežádoucí účinky:** Časté: bolest hlavy, zrudnutí, kongesce nosní sliznice. Méně časté a vzácné viz plné znění souhrnu údajů o přípravku. **Balení:** 4, 8 tablet v hliníkovém blistru. **Držitel registrace:** Menarini International Operations Luxembourg S.A., Avenue de la Gare 1, 1611 Luxembourg, Lucembursko. **Reg. číslo:** EU/1/13/841/002-009. **Datum poslední revize:** 14. 2. 2014. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním si přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku. V licenci Vivus Inc. a Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation.

1. Kedia GT et al. *Ther Adv Urol.* 2013 Feb; 5 (1): 35-41.
2. Goldstein I et al. *J Sex Med* 2012; 9(4): 1122-1133.
3. Belkoff LH et al. *Int J Clin Pract* 2013; 67(4): 333-341.

4. Wang R et al. *J Sex Med* 2012; 9(8): 2122-9.
5. SPC přípravku Spedra 50, 100 a 200 mg, poslední revize textu: 14. 2. 2014.

SPE-CZ-27-2014.07.04

Určeno pouze odborníkům ve smyslu zákona 40/1995 Sb.

Berlin-Chemie/A. Menarini Ceska republika s. r. o.
Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4 - Michle
tel.: 267 199 333, fax: 267 199 336, e-mail: office@berlin-chemie.cz



BERLIN-CHEMIE
MENARINI