



## PRÁVO

Pro a proti lékařské praxi jako společnosti s ručením omezeným

STRANA 8



## Z MEDICÍNY

XV. světový kongres prevence nemocničních nákaz  
Rozhovor s prezidentem kongresu doc. Maďarem

STRANA 40



## SESTRA

Urologie  
Péče o ženu po urogynekologickém výkonu

STRANA 28



**Michal Miovský:**  
V ČR děti zneužívají  
návykové látky více než  
jinde v Evropě, za špatnou  
situaci může společenská  
tolerance drog.

Foto: Tomáš Kubelka

## Adiktologie bude stále více ovlivňovat současné lékařské obory

Před deseti lety otevřela 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy program bakalářského studia adiktologie. Dnes pokrývá bakalářské, magisterské i doktorandské studium a je v ČR unikátní. Nově se chce soustředit nejen na léčbu závislostí u dětí a seniorů, ale i na základní výzkum.

„Tak komplexně jako u nás vyučují adiktologii méně než dvě desítky lékařských fakult v Evropě. Na tomto poli je důležité mít jasně definovaný souběh odborností v řadě různých disciplín a postavit adiktologii na vědecký základ, zahrnující systematický přístup, objektivní hodnocení, vědecké základy a zároveň akademický rozměr. Pro takovou práci je nutné mít zájem akademického pracoviště,“ vysvětlil děkan 1. LF UK Aleksi Šedo a dodal, že nový studijní obor zakládala fakulta s vědomím společenské potřeby těchto odborníků, i když výzvu podstupovala s vědo-

mím rizika, že nebudou studentská místa obsazena a absolventi se poté neuplatní. „Musím s opatrným optimismem říci, že tento přístup začíná přinášet své ovoce,“ dodal Aleksi Šedo.

### 250 českých adiktologů

Přestože jde o velmi mladý obor, v současnosti v ČR působí poměrně dost adiktologů. Lékaři, kteří se adiktologii již delší dobu věnovali a prokázali profesní erudici, dostali možnost v přechodném období získat kvalifikaci, aniž by se museli ve vyšším věku znovu hlásit ke studiu. Díky tomu je

nyní v ČR 250 adiktologů se zdravotnickou licencí. Samotných absolventů je přibližně 100. „Běží vnitřní integrace oboru a stále také probíhá diskuse o tom, kolik obor adiktologie vyžaduje daných odborníků – psychiatrů, klinických psychologů, sociálních pracovníků, speciálních pedagogů, ale také kolik potřebuje adiktologů, kteří nenahrazují současné profese. Definovali jsme odborné kompetence adiktologa tak, aby nedošlo k neadekvátnímu překryvu s lékařem, psychologem či sestrou,“ uvedl (pokračování na straně 2)

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

# Adiktologie bude stále více ovlivňovat současné lékařské obory

(pokračování ze str. 1)

přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN Michal Miovský.

## Úzká specializace pro širokou skupinu

Práce adiktologa stojí právě na spolupráci s lékařem, psychiatrem, který u pacienta diagnostikuje závislost. Poté je pacient v péči adiktologů a lékař jej kontroluje po třech měsících, stanovuje, zda má pacient dále navštěvovat adiktologickou ambulanci, případně volí jinou formu péče nebo léčebnou péči ukončuje.

„Adiktolog se soustředí na problematiku závislosti. Pohybujeme se v rozmezí diagnóz F10 až F19, naše činnost je v tomto ohledu úzká. Na druhé straně skupina pacientů je velká – více než milion obyvatel ČR pije rizikové alkoholy, jsou zde zhruba 2 miliony kuřáků, 400 tisíc uživatelů marihuany a další desítky tisíc lidí závislých na lécích, pervitinu, heroínu a dalších látkách a tisíce patologických hráčů,“ vysvětlil absolvent studia adiktologie a současný předseda České asociace adiktologů Ondřej Sklenář.

## Příležitosti adiktologie

Obor se chce v budoucnu zaměřit na gerontoadiktologii, dětskou adiktologii a zlepšení vyžaduje také ambulantní adiktologická péče, která je pro pacienty i systém zdravotního pojištění výhodnější a levnější než léčba stacionární. „Příležitostí pro adiktologii je ukotvení v akademické obci a podílení se na základním výzkumu. Stávající adiktologie je aplikovaným výzkumem zabývajícím se společenskými důsledky, epidemiologickými studiemi a dopadem represivních opatření. Obor ale může mnohem očekávat také od biologického výzkumu, zjišťování příčin a kauzalit,“ uvedl děkan Šedo s tím, že odvážnou predikcí je v tomto ohledu například cílená léčba pro určitou skupinu závislých pacientů.

Budoucnost adiktologie v biologickém výzkumu vidí i přednosta kliniky adiktologie Miovský. „Obor dnes významně orientujeme na aplikovanou vědu, je ale



„Být první, kdo buduje nový obor, je nesnadné a rizikové.“

1. LF ovšem výzvy vždy vyhledávala a přijímala.“ | Foto: Leoš Chodura

zřetelné, že spolu s integrací oboru v klinické rovině dochází k otevírání otázek, co takový proces bude znamenat pro tradiční lékařské disciplíny, které dosud fungovaly velmi autonomně. Například pro oblast biologické psychiatrie, pro genetiku, toxikologii či farmakologii, tedy tradiční obory, s nimiž bude muset adiktologie své dosavadní vztahy přehodnotit,“ uvedl Michal Miovský a dodal, že nelékařský obor na lékařské fakultě by mohl otevřít prostor, kdy v Ph.D. programu mohou společně studovat magistři adiktologie s psychologem i lékaři. Zde se nabízí například možnost výzkumu závislosti u dětských pacientů.

## Konflikt oboru

Jak zároveň doznává, ve srovnání míry užívání drog u dětí je na tom Česká republika skutečně špatně. I když každoroční výsledky bývají často dezinterpretovány, například když se prevalence (první zkušenost s drogou) zaměňuje za pravidelné užívání. „Zebříčky opravdu nevycházejí příliš pozitivně a to se týká také trendů – v posledních letech jsou některé země úspěšné ve vztahu k tabáku i alkoholu, ale zejména u teenagerů jsou pro nás právě tyto trendy nelichotivé. Nedaří se nám ani zastavit nárůst prevalence u tabáku, ani prevalence u pravidelného užívání alkoholu. To svědčí o tom, že některé me-

chanismy nejsou příliš šťastně nastaveny,“ poukázal Michal Miovský na konflikt, s nímž adiktologie pracuje. Tím je vyvažování kombinace preventivního a represivního přístupu. „V tomto ohledu je důležité vědomí, že velká část lidí nedisponuje dostatečnou mírou seberegulace neboli schopnosti udržet věci pod kontrolou, tedy i návykové látky. Pro obor adiktologie je velmi určující a charakteristický konflikt stanovení meze, kde končí osobní svoboda ničit si zdraví a kde nastupuje obrana společnosti proti negativním dopadům takového chování a sdílení finanční zátěže za léčbu,“ dodal přednosta Miovský.

## I preventivní programy potřebují výzkum

Podle unikátního experimentálního studie, kterou provedla Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v minulých 5 letech, byl testovaný intervenční program Unplugged účinný u pětiny zkoumaných dětí. „Dobrym výsledkem je, že prevalence kouření a užívání marihuany se díky programu posunula. Nepodaří se sice užívání zabránit, ale první zkušenost se posune do vyššího věku. To je velmi pozitivní, protože v čím mladším věku s návykovými látkami děti začnou, tím větší zdravotní dopady to může přinést,“ podotkl Michal Miovský. Výsledky výzkumu efektivitu tohoto programu se českým adiktologům podařilo publikovat v prestižním časopise *Prevention Science*. Nejvýraznější výsledek přinesl preventivní program v oblasti užívání konopí. Ukázalo se, že pětinu dětí pozitivně ovlivnil, tedy že u nich dojde ke snížení frekvence užívání, řada dětí přestane úplně. Efekt, kdy 20 % dětí sníží užívání, je pro adiktology úspěch. „Některé preventivní programy obecně velký úspěch nemají, některé (např. DARE v USA) měly na děti dokonce opačný efekt. Pokud kohortu těchto 20 procent dětí přepočteme na úsporu finančních nákladů, které by na ně byly za léčbu zdravotních důsledků vynaloženy v dospělosti, dojdeme k obrovským částkám. Velmi zřetel-

né je to u konzumace alkoholu a následné léčbě cirhóz a u nebezpečných látek u léčby hepatitid. Jde-li o stovky osob odvrácených od rizikové konzumace návykových látek, jejichž léčba stojí stovky tisíc, dojdeme k astronomickým úsporám,“ vypočetl přednosta Miovský.

## Zneužívání návykových látek dětmi

Návykové látky a závislostní chování ohrožuje děti a mládívě, a to mimo jiné i proto, že se jejich ještě zrající mozek vpořádává s účinky drog mnohem obtížněji než mozek dospělých a některé dopady na mozek mohou být i nevratné nebo obtížně rehabilitovatelné (např. poruchy pozornosti, paměti atd.). Věková hranice, při níž děti a mládež s užíváním těchto návykových látek začínají, se v ČR posunula velmi nízkou. Podle nedávných průzkumů mezi dospívajícími ve věku 16 až 18 let začalo až 30 % z nich pravidelně kouřit již v 11 letech, někteří dokonce i dříve. Co se týká alkoholu, více než 60 % adolescentů lze považovat

za pravidelné konzumenty alkoholických nápojů, přičemž chlapci pijí častěji než dívky. Pro českou společnost je charakteristická vysoká míra tolerance vůči návykovým látkám obecně i vůči jevům, které jsou s nimi spojeny. Jak se domnívá Michal Miovský, míra tolerance spolu s problémem vymáhání práva jsou určujícími faktory, proč je situace u dětí extrémně špatná. „ČR je nabízena zahraničním teenagerům jako země, kde mohou pít, zatímco ve svých domovských zemích pít alkohol nemohou, případně je tam alkohol dvakrát třikrát dražší, stejně tak cigarety. ČR je země, kde můžete po půlnoci přijít v relativně nízkém věku do klubu, alkohol je zde levnější než nealkoholické nápoje. Přitom tyto zahraniční země, které jsou zde označovány jako země svobody, používají daleko drakoničtější represivní opatření jako například licencované prodeje návykových látek a odebírání těchto licencí. ČR v tomhle pokulhává a zaostává,“ potvrdil adiktolog Miovský.

Petra Klusáková

## Regulace versus výdělky farmafirem

Zásadní změny v těchto dnech doznala protidrogová politika ČR, když vláda schválila rozšíření působnosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Ta měla dosud ve své gesci nelegální drogy a nyní rozšířila svou působnost o problematiku alkoholu, tabáku a hazardního hraní. Podle odborníků je to cesta k integrované protidrogové politice a koordinovanému postupu státu při prevenci a řešení důsledků užívání návykových látek a hazardního hraní. „Rozhodnutí vlády ČR vnímám jako důležité rozhodnutí směřující k integrované protidrogové politice. Negativní dopady a počty závislých kuřáků, alkoholiků a gamblersů jsou srovnatelné s nelegálními drogami a tyto závislosti se svou podstatou neliší od závislosti na jiných drogách, proto by obě oblasti měly být řešeny společně,“ uvedl národní protidrogový ko-

ordinátor Jindřich Vobořil (více viz rozhovor na str. 4). Také on zdůrazňuje důsledné vymáhání platných zákonů.

Represivní složku v ČR zastupuje Policie ČR. Ředitel Národní protidrogové centrály Jakub Frydrych ilustroval problematiku vymáhání represivních opatření na evropské úrovni na příkladu českého pervitinu (metamfetamin).

„Českou optikou je metamfetamin významný faktor nelegálních trhů v mezinárodních přesahy, ale vůle celoevropsky regulovat obchod s pseudoefedrinovými přípravky není velká. Chybí motivace, aby bylo při obchodování s léky obsahujícími efedrin či pseudoefedrin nutné vývozní povolení. Nezasťírám, že se tak děje proto, že zisk farmaceutického průmyslu z tohoto typu léčiv je velký,“ uvedl Jakub Frydrych. (klu)

# Kabátek v křížové palbě

Válka ministrů se přerušuje, ale vedlejší škody už napáchala. Možná právě o to šlo.

Může se to zdát neuvěřitelné, ale taková je zřejmě kultura nové politiky, která vtrhla do české kotliny s hnutím ANO. Podle výsledků dosavadního koaličního vyjednávání spolu přinejmenším ještě nějaký čas budou u vládního stolu usadat společně dva muži, z nichž jeden druhého označil za zkorumpovaného alkoholika a poslal na něj policii a druhý prvního za bezohledného manipulátora, který prostřednictvím svých médií ohrožuje české pacienty.



Martin Čaban

Přesto, nebo spíše právě proto by bylo naivní nyní hovořit o nějakých vítězích a porážkách. S tím vyčkejme. Za delší konec v tomto sporu stále tahá Andrej Babiš. Ona totiž ta čísla kolem nákupů sofistikovaných přístrojů do českých nemocnic opravdu vypadají všelijak a politické body se na nich sbírají dobře. Rozhodně lépe než na jejich poněkud neobratném obhajování, které předvádí Svatopluk Němeček.

Odvolání ministra Němečka a přechodu zdravotnictví pod křídla ANO sice Babiš nedosáhl, ale ono ani není příliš pravděpodobné, že toho v tuto chvíli dosáhnout chtěl. Naopak za slib, že omezí své nevybíravé útoky na socialistického ministra, může požadovat naplnění mnohem pravděpodobnějšího cíle celé této nevkusné koaliční šarády – konec Zdeňka Kabátka a převzetí kontroly nad VZP.



Foto: Anna Vacková / EIS

Že se šéfem VZP může stát i někdo, kdo není ministru zdravotnictví třikrát po chuti, přitom ukazuje právě Kabátek, jež Leoš Heger dosadil do čela největší zdravotní pojišťovny spíše nerad až pod tlakem premiéra Petra Nečase. Stejně dobře může Kabátek vystřídat někdo blízký babišovcům, i když z toho Němeček nebude nadšený.

## Collateral damage

Na první pohled se totiž zdá, že právě Kabátek se ve válce obou ministrů stal tím, co Američané během vietnamské války začali poněkud cynicky nazývat „collateral damage“. Když Babiš útočil na Němečka kvůli nákupům v ostravské nemocnici, dostával tím nepřímé zásahy i Kabátek, v dobách hauruských nákupů za evropské pení-

ze šéf vlivného ministerského odboru přímo řízených organizací. Nelze ovšem vyloučit, že právě ředitel VZP byl od začátku zamýšleným cílem, na nějž jen Babiš nechtěl páliť přímo, aby příliš okatě nelezl Němečkovi do jeho kompetenčního zelí.

Přičtíme k tomu fakt, že Kabátek figuruje v dost nepříjemných souvislostech také v podivném deníku, jež si údajně vedl vazebně stíhaný exředitel Homolky Vladimír Dbalý. Ten, jak už je v kraji zvykem, nějakou náhodou unikl z policejního spisu. A jakkoli se vyskytuje ve více redakcích, s velkou oblibou a s gustem z něj citují především Babišovy Lidové noviny. Stěží pak člověka překvapí informace deníku Aktuálně.cz, že ve správný ráž VZP se množí úvahy o tom, že na postu ředitele by se mělo střídát.

To se nyní zdá mnohem pravděpodobnější než nějaké velké šachy ve vládě. Ostatně s trochou nadsázky lze říci, že pro kontrolu nad toky peněz ve zdravotnictví je křeslo šéfa VZP stejně užitečné, ne-li užitečnější než křeslo ministra zdravotnictví. Pokud Kabátek pod současnou křížovou palbou skutečně skončí, vyjde Babiš z nevkusného ministerského sporu jako vítěz.

## Naším cílem je spolupráce s nejlepšími v oboru

Výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček pro náš časopis objasňuje specifika iniciativy Transparentní spolupráce, která si stanovuje za úkol zprůhlednit finanční toky mezi farmaceutickými společnostmi a s nimi spolupracujícími lékaři.

### Proč se AIFP rozhodla přistoupit k iniciativě Transparentní spolupráce?

AIFP je členem Evropské federace farmaceutických společností a asociací (EFPIA). Primárním cílem této celoevropské iniciativy, jejímž vzorem je americký *Sunshine Act*, je objasnit rozsah i podstatu spolupráce mezi zdravotnickými odborníky/zařízeními a farmaceutickými společnostmi a ozřejmit výši souvisejících plateb (obdobně jako je tomu již nyní ve Francii či Holandsku).

**Někteří lékaři se obávají, že jejich spolupráce s farmaceutickým průmyslem může být veřejností vnímána jako „práce bokem“. Jak se AIFP podí-**

### lí na změně tohoto mínění ve společnosti?

Práce bokem je neoprávněný výdělek a jako takový je předmětem šedé ekonomiky. Předmětem spolupráce mezi farmaceutickým průmyslem a lékaři je poskytování vysoce odborných služeb na základě transparentních písemných smluv. Samotnému uvedení projektu Transparentní spolupráce v České republice předcházelo několik kroků, které výrazně přispěly ke zprůhlednění a kultivaci prostředí zdravotnictví. Kdybychom šli do historie, v roce 1993 byl přijatý Etický kodex AIFP, v roce 2008 vznikla společná deklarace ČLS JEP a AIFP, od roku 2011 je zveřejňovaná a pravidelně aktualizovaná databáze lékařských kongresů. Rokem 2013 začínala

certifikace obchodních reprezentantů inovativních farmaceutických firem. Iniciativa Transparentní spolupráce tak navazuje na aktivity, které AIFP realizuje již od roku 1993.

### Nemáte informace, že by lékaři kvůli iniciativě Transparentní spolupráce mohli od spolupráce s farmaceutickými firmami odstupovat?

Iniciativa Transparentní spolupráce v žádném případě není zaměřena proti spolupracujícím lékařům, ale naopak v jejich prospěch. AIFP si je plně vědoma důležitosti zkušených odborníků pro úspěšnou spolupráci s farmaceutickým průmyslem nejen při vývoji inovativních léků. Naším cílem je spolupracovat s těmi nej-



Ředitel AIFP Jakub Dvořáček: „Věříme, že projekt Transparentní spolupráce přispěje ke kultivaci zdravotnictví v České republice.“

Foto: Leoš Chodura

lepšími v oboru a všem lékařům, kteří mají o iniciativě pochybnosti, ochotně objasníme všechny doplňující dotazy. Očekáváme, že chování lékaře, který nezveřejní svou spolupráci s farmaceutickým průmyslem, bude v budoucnu podezřelá a nepřijatelná.

### Jak se mohou lékaři spolehnout na to, že o nich zveřejněné informace nebudou zneužity?

V rámci projektu nebudou citlivé osobní údaje zpracovávány. Projekt zahrnuje pouze jméno, příjmení, místo pracoviště a číslo

profesní komory. V žádném případě nebudou shromažďována data o bydlišti, rodném čísle či majetkových poměrech.

Ochrana osobních údajů zdravotnických odborníků bude zajištěna při sepsání smlouvy, která bude muset obsahovat doložku souhlasu s poskytováním a zveřejňováním osobních údajů včetně plateb od farmaceutických společností. V případě, že zdravotnický odborník neudělí souhlas se zveřejňováním těchto údajů, nebude možné tyto údaje zveřejnit.

(red)

## Z DOMOVA

# Vláda uznala škodlivost legálních drog

Mandát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, doposud jasně vymezený jen na oblast nelegálních návykových látek, byl rozšířen o problematiku látek legálních a oblast nelátkových závislostí, tedy alkohol, tabák a patologické hráčství. O změnách jsme hovořili s národním protidrogovým koordinátorem a ředitelem sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky **Jindřichem Vobořilem**.

**Jaké konkrétní změny v souvislosti s rozšířením protidrogové politiky ČR o problematiku alkoholu, tabáku a hazardního hraní nyní nastanou a koho se dotknou?**

To je poněkud předčasná otázka. V oblasti alkoholu, tabáku a hráčství již delší dobu upozorňujeme na zásadní problém a tím je užívání alkoholu a kouření u nezletilých. To považují za velký problém. Z realizovaných studií víme, že značná část nezletilých se pravidelně opijí a denně kouří. Přitom nalévání a prodej alkoholu, stejně jako prodej cigaret, nezletilým jsou nezákonné. V tomto ohledu nejsou třeba žádné zásadní změny, ale důsledně vymáhání platných zákonů. A samozřejmě důraz na prevenci a včasné intervence pro ty dě-

ti a mladistvé, kteří se dostanou do problémů v souvislosti s užíváním návykových látek.

Z hlediska veřejného zdraví je tato změna zcela zásadní v tom, že protidrogová politika českého státu přestává posuzovat rizikovitost a škodlivost návykových látek podle jejich právního statusu. To, že je alkohol, tabák a hazardní hraní legální, vůbec neznamená, že by snad byly méně škodlivé co do zdravotních, sociálních i ekonomických následků pro jednotlivce i společnost. To je skutečnost, kterou není třeba zdůrazňovat lidem pohybujícím se ve zdravotnických či sociálních službách. Z pozice národního protidrogového koordinátora na to upozorňuji čtyři roky a tato vláda je první, která se rozhodla s tím něco udělat.



Foto: Leoš Chodura

**Zvýší se Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky agenda a adekvátně rozpočet?**

Pracovní agendy rozhodně přibude, to je jasné už teď. Zda bude navýšen dotační titul na pod-

poru preventivních a léčebných služeb, není jisté, ačkoli je tato oblast dlouhodobě podfinancována. V tomto ohledu je na tom segment služeb pro závislé podobně jako většina zdravotnických a sociálních služeb.

**V polovině září vláda uložila národnímu protidrogovému koordinátorovi připravit novou Národní strategii protidrogové politiky na období 2010–2018 tak, aby integrovala politiku v oblasti hazardního hraní a prevence patologického hráčství, a předložit tuto novelizovanou strategii vládě do konce letošního roku. Mohl byste nastínit zásadní změny, které bude návrh novely obsahovat?**

Strategie bude doplněna o cíle zaměřené na vytvoření a stabilizaci sítě léčebných a poradenských služeb pro osoby ohrožené patologickým hráčstvím a také pro jejich rodiny a partnery/partnerky. Ukazuje se totiž, že závislost na hraní má zásadní dopad nejen na hráče samotné, ale i na jejich nejbližší a rodinu, a to zejména v souvislosti se zadlužeností. Důležitá je jednak dostupnost léčby pro patologické hráče a současně také dostupnost sociálních služeb, jako je např. dluhové poradenství, pro rodinu a nejbližší sociální okolí závislého.

(klu)

## Krátce z domova

### • Sjezd lékárníků o doplácení na léčiva a kompenzaci poplatků

Na XXIV. sjezdu delegátů České lékárnické komory (ČLkK) lékárníci řešili absenci pevných doplatek pacientů za léčiva, kompenzaci rušených regulačních poplatků za recept, nový systém odměňování poskytovatelů lékárenské péče a nedostatek některých léčiv na trhu v České republice v důsledku reexportů některými distributory léčiv. Jak lékárníci upozorňují, absence pevných a předvídatelných doplatek u nás je v rámci EU naprostou anomálií. Zdravotní služby hrazené z prostředků zdravotního pojištění, které lékárníci pacientům poskytují, nejsou dostupné všem pacientům za stejných podmínek. Stát se tak podle lékárníků zříká odpovědnosti regulátora a není schopen zajistit dostupnost lékárenské péče všem a za stejných podmínek. Delegáti sjezdu v této souvislosti upozornili také na to, že si na tuto situaci stěžují i pacienti v lékárnách. Vyzývají stát, aby nastavil při tvorbě cen a úhrad léků taková pra-

vidla, která zajistí pacientům stejně a předvídatelné doplatky za léky ve všech lékárnách v ČR.

Lékařníci požadují plnou kompenzaci regulačních poplatků za recept, které budou zrušeny na počátku příštího roku. Hlavními viníky zavedení marketingových aktivit vedoucích k obcházení zákonné povinnosti vybírání regulačních poplatků jsou podle delegátů stát a kraje. Stát tuto situaci podle nich umožnil a prostřednictvím svých kontrolních orgánů i posvětil, kraje ji pak masivně uvedly do praxe. „Ostatní lékárníci se musely zachovat stejně jako lékárníci v krajských zařízeních, aby nepřišli o své pacienty. Není spravedlivé jim nyní vyčítat, že pacientům poplatky nahrazují, a zdůvodňovat tím omezení kompenzace ztrát ze zrušení regulačních poplatků. Stále totiž platí, že lékárníci regulují poplatky vybírají, kompenzace pacientům poskytují ze svých prostředků a zrušení poplatků je citelně postihne,“ uvedli delegáti sjezdu. Lékařníci jsou připraveni spolupracovat se státní správou na právní

úpravě, která by neuspokojivý stav zlepšila.

### • Dohoda o úhradách mezi VZP a domovy seniorů

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) se dohodla už s více než 70 % všech domovů pro seniory na způsobu vyúčtování zdravotní péče v letech 2012–2014. V praxi tak pokračuje urovnávání vzájemných sporů, které bylo deklarováno již koncem června při podpisu společného memoranda, jež za VZP podepsal ředitel Zdeněk Kabátek, za Asociaci poskytovatelů sociálních služeb její prezident Jiří Horecký a za Asociaci krajů předseda Michal Hašek.

Jak informoval mluvčí VZP Oldřich Tichý, z 619 nasmlovaných pobyto- vých zařízení sociálních služeb se již 438 dohodlo s pojišťovnou na úhradových mechanismech. Ostatním zařízením, která na dohodu doposud nepřistoupila, je VZP připravena hradit péči podle platné úhradové vyhlášky. V případě, že by i tato zařízení měla zájem o úhradových mechanismech dále jednat, vidí k tomu

VZP prostor ještě v několika následujících týdnech. Celkem ústavy podaly na VZP 57 žalob, z nichž ale později řadu stáhly. V případech, které se dostaly k soudům, padaly rozdílné rozsudky (např. do konce prvního čtvrtletí roku 2014 zaznělo 12 rozsudků, z nichž 8 bylo příznivých pro VZP a 4 pro domovy).

### • Pokles DPH doplatky pro pacienty nesníží

Česká asociace farmaceutických firem (ČAFF) upozornila na fakt, že doplatky v lékárnách se od roku 2007 zvýšily už o 20,5 %. Situaci podle asociace nepomůže ani plánované snížení DPH na 10 %. Hlavní vliv na doplatky mají totiž úhrady zdravotních pojišťoven, které u jednotlivých léků nerostou. Úhrady ze zdravotního pojištění se podle ÚZIS v posledních 7 letech zvýšily o 3,2 %. Pacienti pak bez znalosti těchto informací obviňují výrobce léčiv, že na nich neúměrně vydělávají. I s těmito tématy chce veřejnost seznámit osvětová kampaň ČAFF *Kolik stojí léky.cz*. „Za rostoucími doplatky čas-

tečně hrazených léků nestojí farmaceutické firmy, nýbrž stát, který má hlavní vliv na ceny léků a vyšší jednotlivých úhrad, tedy i doplatku pacienta. Stát navíc předkládá zavádějící informace tím, že snížení DPH prezentuje jako opatření, kterým se sníží cena léků na předpis, přitom DPH má na spoluúčast pacienta jen minimální vliv. Mnohem podstatnější je výše úhrady pojišťovnou. Ta se ale rok od roku u jednotlivých léků snižuje. A tím se pochopitelně zvyšují doplatky,“ říká výkonný ředitel ČAFF Emil Zörner a dodává: „Stát určuje, jaká je maximální cena léku, za kterou smí být léčivo nabízeno, a stát je zároveň tím, kdo říká, kolik nakonec za lék zaplatí formou úhrady ze zdravotního pojištění. Některé léky tak hradí zcela, u jiných ale pacient musí doplácat rozdíl mezi prodejní cenou a úhradou pojišťovny.“ Zdravotní pojišťovny pak mají podle Emila Zörnera svázané ruce, protože kvůli úhradové regulaci nemohou svým klientům přispět víc na léky, ani kdyby chtěly.

(klu)

# Registr zpřesňuje údaje o pacientech s RS

Více než 60 % pacientů s roztroušenou sklerózou (RS), kteří dlouhodobě podstupují biologickou léčbu, může stále pracovat. V invalidním důchodu je pouze 33 % takto léčených pacientů. Vyplývá to z nejnovějších dat celostátního registru pacientů s roztroušenou sklerózou ReMuS.

Registr ReMuS, jenž provozuje Nadační fond IMPULS, zveřejnil čerstvé výsledky informací o téměř pěti tisících pacientech. Data shromažďuje od roku 2013. Celkový počet pacientů s RS je v ČR odhadován na 17 tisíc.

„Informace o tom, že více než 60 procent pacientů s biologickými léky může pracovat, potvrzují naši argumentaci vůči pojišťovám, že včasné zavedení biologické léčby vybraným pacientům s roztroušenou sklerózou zásadně odáří vzplanutí nemoci. Zároveň prodlouží dobu, po kterou mohou pacienti bez problémů žít a pracovat, o několik let,“ řekla vedoucí MS Centra Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze Eva Havrdová. Podle ní žije v České repub-

lice přibližně dva tisíce pacientů, kteří by v současné době mohli s biologickou léčbou začít. „Kvůli přísným kritériím úhradové vyhlášky, která se za 17 let nezměnila a je oproti zemím Evropské unie a USA až diskriminační, tuto léčbu však nedostanou,“ uvedla profesorka Havrdová s tím, že každý den bez vhodné terapie znamená pro pacienty krok blíže k trvalé invaliditě. „Terapie je sice nákladná, ale udržení práce schopnosti mladého člověka její cenu plně vyvažuje,“ vysvětluje Eva Havrdová. Podle statistik ztrácí schopnost pracovat až 80 % neléčených pacientů, a to do 10 let trvání choroby. „ReMuS nám pomůže podchytit a dokázat, jak biologická léčba funguje. Budeme mít silnější po-

zici pro vyjednávání s pojišťovnami, což by mělo vést k uvolnění co nejeefektivnější léčby pro více pacientů,“ domnívá se Eva Havrdová.

## Úhrada nad rámec vyhlášky

Neurologové o platbách za léčbu jednájí především se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP), kde je dle registru pojištěno téměř 60 % pacientů s RS. Jak ale tvrdí mluvčí VZP Oldřich Tichý, na podobu úhradové vyhlášky VZP vliv nemá. „Úhradovou vyhlášku tvoří a vydává ministerstvo zdravotnictví. VZP vyhláškou ani žádnou jinou legislativu netvoří, nemá dokonce ani možnost její podobu přímo ovlivnit. VZP netvoří ani indikační kritéria pro biologickou léčbu

roztroušené sklerózy – ta stanovuje Státní ústav pro kontrolu léčiv,“ sdělil mluvčí Tichý a vypočetl, že za roky 2013 a 2014 VZP hradí biologickou léčbu výrazně nad rámec úhradové vyhlášky. „Nárůst financí, které VZP na biologickou léčbu vynakládá, je řádově vyšší, než s jakým vyhláškou počítá pro letošní rok. Letos VZP vydá na biologickou léčbu RS přibližně 1,2 miliardy korun. Naprosto všem svým klientům s roztroušenou sklerózou, kteří mají řádně indikovanou biologickou léčbu podle indikačních kritérií a pravidel platných v České republice, ji VZP hradí,“ podotkl.

## Potřeba sdílení dat

„Dříve se léky nasazovaly až po letech nemoci, kdy už byla rozvinu-

ta. Nyní jsme schopni u vybraných pacientů začít léčit maximálně do roku od diagnózy, a zastavit tedy onemocnění včas,“ uvedla lékařka z MS Centra Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze Dana Horáková. V registru ReMuS je nyní třikrát více pacientů než loni, tedy 4 715. V dalších měsících přibudou tisíce dalších z ostatních center, která se na léčbu RS specializují. Chybějí například pacienti z fakultních nemocnic v Brně a Olomouci. Jak Dana Horáková doplnila, nejtěžší bude zachytit do registru pacienty, kteří se neléčí ve specializovaných centrech – jejich nemoc je příliš pokročilá nebo je její průběh relativně mírný. Odhaduje, že těchto pacientů, převážně s pokročilou formou nemoci, je přibližně 4 až 6 tisíc.

O postoji VZP k přínosu registru hovoří mluvčí VZP Oldřich Tichý. „VZP bohužel nebyl nabídnut přístup ani možnost sdílení dat z tohoto registru. V opačném případě by samozřejmě mohlo být zajímavé vědět, jak dalece je tato neoficiální databáze kompletní a zda, případně v jaké míře, koresponduje s oficiálními verifikovanými daty VZP a dalších pojišťoven,“ uvedl. (ktu)

Inzerce M141000332



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



Kraj Vysočina



Na této odborné konferenci potvrdili svou účast například tyto osobnosti:

MUDr. Přemysl Sobotka - místopředseda Senátu 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 ministryně pro legislativu a právo, Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
Ing. Zdeněk Kabátek - generální ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky  
JUDr. Ing. Miloš Ludvík, MBA - ředitel Fakultní nemocnice v Motole  
MUDr. Jiří Běhounek - hejtmán 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.

Detaily naleznete na [www.hc-institute.org](http://www.hc-institute.org)

hlavní partneři				sponzor hlavní ceny		finanční partneři		marketingoví partneři		hlavní mediální partneři		podporujeme	
hlavní odborný partneři		odborní partneři		spolupracujeme		partneři		realizační partneři		mediální partneři		organizátor	

## Z DOMOVA

# Zdravotnická tripartita se o platech nedohodla

Při jednání pracovní skupiny Rady hospodářské a sociální dohody ČR pro zdravotnictví, tzv. zdravotnické tripartity, se většina zástupců odborů, zaměstnavatelů a státu dohodla na pětiprocentním navýšení platů všech zaměstnanců ve zdravotnictví. Pouze lékařské odbory požadují růst o 10 %.

Předsdkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR (OSZSP) Dagmar Žitníková přesto uvedla, že jde o velmi pozitivní výsledek jednání. „Pětiprocentní zvýšení platů všech zdravotníků je snad poprvé historicky kryto zdroji, které resort má. Nejde o plané sliby, zaměstnavatelé dostanou na zvýšení platů prostředky z veřejného zdravotního pojištění – tedy z financí na úhradu poskytované péče,“ řekla předsdkyně Žitníková a připomněla, že doposud nebyl realizován záměr bývalého ministra zdravotnictví Leoše Hegera o zvýšení platů zaměstnanců ve zdravotnictví o 6,5 %.

Navíc se vláda zavázala ke zvýšení platů zaměstnanců ve veřejných službách o 3,5 %. „My (OSZSP) navrhujeme zvýšení o pět procent, za nímž by od pololetí, tj. od 1. června

ce, následovalo další zvýšení platů. Plánujeme schůzku s premiérem Bohuslavem Sobotkou, kde se na základě ekonomických propočtů znovu zeptáme na názor vlády,“ dodala Dagmar Žitníková s tím, že prostor pro vyjednávání se netýká jen platů, ale také celkové stability zaměstnanců ve zdravotnictví.

## LOK trvá na 10 %

Na nestabilní pracovní podmínky, které jsou jedním ze základních argumentů pro odchod lékařů za prací do zahraničí, si postěžoval předseda Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů (LOK – SČL) Martin Engel. „Nejsem spokojen s tím, že každý rok odchází pět set kolegů pracovat do zahraničí. Je potřeba upevnit pozici českých lékařů. Kolegové a kolegyně lékaři si zaslouží, aby se stát pokusil ale

spoň desetiprocentním navýšením platů zabránit jejich odchodům do zahraničí, aby mohli léčit české pacienty. Dále je nutné, aby vláda dala najevo, že zdravotnictví je pro ni prioritou. Že dostupnost a kvalita péče nejsou jen prázdné pojmy, ale nesmírně důležité termíny,“ prohlásil Martin Engel a svou nespokojenost vyjádřil nekompromisním požadavkem navýšení platů zdravotníků o 10 %.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček k tomu uvedl, že jednání budou sice dále pokračovat, pětiprocentní nárůst platových tarifů je ale podle něj maximum, kterému lze z hlediska zdrojů systému dosáhnout. „Mohu garantovat, že všem poskytovatelům, kteří takto zvýší platy svým zaměstnancům, bude toto navýšení plně pokryto ze zdravotního pojištění. V příštím

roce jsme připraveni vyhodnotit ekonomickou situaci, zda nenajdeme v systému další rezervu,“ doplnil ministr.

## Přijatelný kompromis

Jednání se účastnil i prezident Unie zaměstnavatelských svazů (UZS) Jiří Horecký. Také podle něj je pětiprocentní navýšení přijatelný kompromis a maximum možného. „Vnímáme situaci nejen v kontextu platů zaměstnanců a pohledu poskytovatelů zdravotní péče a jejich ekonomické situace. Důležitá je také predikce vývoje veřejného zdravotního pojištění, ale i ekonomické situace České republiky vůbec. Nebráníme se ekonomické analýze v průběhu příštího roku, ale zásadně nesouhlasíme, aby se pravidla měnila v průběhu daného roku, protože na to pak nebude moci reagovat úhradová vyhláška pro rok 2015 a jakékoli další navýšení by pak nemohla kompenzovat,“ zdůraznil postoj UZS Jiří Horecký a informoval, že tripartita jednala o kom-

penzačních mechanismech a technice navýšení – tedy promítnutí úhradové vyhlášky do jednotlivých segmentů. Kompenzace se podle něj dotknou zaměstnanců nemocnic, záchranných služeb, léčených dlouhodobě nemocných a dalších zařízení následné péče, ale například i sester v pobytových zařízeních sociálních služeb.

## Mimořádné odměny

Vláda již v polovině října schválila navýšení tarifů o 3,5 procenta od listopadu tohoto roku pro všechny státní zaměstnance, na což vyčlenila jednu miliardu korun. Protože ale tok prostředků do zdravotnictví reguluje úhradová vyhláška, která se mění vždy k 1. lednu, tyto prostředky se letos ke zdravotníkům již nedostanou. Ministr Němeček proto vyzval ředitele nemocnic, aby svým zaměstnancům navýšení kompenzovali na konci roku v mimořádných odměnách. Od ledna by pak už měli zaměstnanci dostat přidáno k tarifu dohodnutých pět procent. (klu)

# Celostátní konference o řízení zdravotnických zařízení se letos zúčastnilo 150 odborníků

Konference je aktuálně jedinou celostátní odbornou platformou pro setkávání zástupců krajského zdravotnictví.

Společnost Medical Systems uspořádala na konci října již podruhé celostátní odbornou konferenci o řízení zdravotnických zařízení. Druhý ročník akce s názvem „Řízení zdravotnických zařízení, regionálních a krajských zdravotnických celků a jejich informační podpora“ proběhl v Olomouci za nebyvale vysoké účasti odborníků z celé republiky. O rozhovor jsme požádali manažerku společnosti Medical Systems Ing. Evu Chmelovou, která konferenci organizovala.

**Co je vlastně cílem konference?** Smyslem je především výměna praktických zkušeností z efektivního řízení zdravotnických zařízení v různých regionech, výměna zkušeností z realizovaných projektů. Vzhledem k tomu, že nám jde skutečně o praxi a nikoli jen teoretické rady, účastníky jsou odborníci působící na pozicích, kde s touto problematikou přicházejí denně do styku, tedy osobnosti z řad zástupců krajů, nejvyššího managementu zdravotnických holdingů a zařízení, ministerstva zdravot-

nictví a zdravotních pojišťoven. Například přední zástupci krajů si v rámci konference vyměňovali své zkušenosti z řízení krajského zdravotnictví a projektů, a především upozorňovali na chyby, jichž se sami dopustili – s cílem umožnit ostatním, aby se jich vyvarovali.

## Která témata byla v rámci konference stěžejní?

Jedním z hlavních témat kromě krajského zdravotnictví bylo také efektivní řízení zdravotnických zařízení v kraji či regionu. Dalším byla kvalita poskytované péče. V rámci tohoto tématu se přednášející zamýšleli nad otázkou, zda máme vůbec nástroje, pomocí kterých můžeme kvalitu poskytované péče ovlivňovat a řídit. Zde byla velmi zajímavá přednáška MUDr. Marie Maršové, MBA, předsdkyně představenstva Vítovické nemocnice, a. s., která je členem skupiny AGEL. Závěr byl takový, že nástroje máme, ale stále je ještě neumíme využívat nebo nevyužíváme tak naplno, jak by bylo potřeba.

## Konference se zaměřila letos také na aktuální témata z oblasti zdravotnických informačních systémů.

Ano. Velmi zajímavé byly také přednášky z oblasti nemocničních informačních systémů fungujících v praxi. Zde bych zmínila konkrétně přednášku MUDr. Miroslava Seinera, který referoval o přínosech klinického informačního systému IKIS. Je to první regionální systém, který v praxi funguje v 11 zdravotnických zařízeních skupiny AGEL, která jsou geograficky umístěna na území několika krajů a IKIS je informačně propojuje do jednoho celku. IKIS je zaměřený především na pacienta a jeho komfort. Například pacient, který je z jednoho zařízení odeslán na další vyšetření či zákrok do jiného zařízení, kde také používají systém IKIS, nemusí znovu podstupovat tatáž vyšetření, která již absolvoval v předchozím zařízení. Jeho ošetřující lékař má již jeho veškerou dokumentaci a výsledky k dispozici a ani není nutné, aby v další nemocnici znovu sdělo-



Foto: archiv pořadatelů

val veškeré své osobní údaje, které by se opět musely pracně zadávat do systému. Systém pomáhá šetřit čas pacientů i práci zdravotníků.

## Máme v Česku ještě nějaké další, podobně zaměřené akce?

Naše konference je v současnosti první a jedinou celostátní odbornou platformou pro setkávání zástupců krajského zdravotnictví, kde jsou diskutována a řešena témata krajského zdravotnictví a zároveň také důležité informace ze zainteresovaných institucí, jako je ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny. Konkurenci tedy zatím nemáme.

## Plánujete podobnou konferenci uspořádat znovu, případně kdy?

Úspěch a zájem o konferenci byl letos opravdu výrazný, proto určitě připravíme konferenci i příští rok. Již během letošního ročníku mnozí účastníci vyslovili slova díky a pochvaly, a zároveň i projevíli zájem vystoupit příště. Konferenci plánujeme uspořádat nejdříve za rok. Zorganizovat takovou akci totiž není úplně jednoduché.



# Ombudsmanem pro zdraví je Martin Stránský

V říjnu zahájila činnost Kancelář Ombudsmana pro zdraví – nezávislé centrum pro informace, poradenství a zprostředkování pomoci pacientům, ale i zdravotníkům. Založil jej neurolog a ředitel polikliniky Na Národní Martin Jan Stránský.

Nový ombudsman pro zdravotnictví uvedl, že k založení úřadu jej vedla řada konkrétních příkladů, kdy byla v důsledku nekonceptnosti systému zdravotnictví překročena nebo rovnou ignorována práva jednotlivců i celých skupin pacientů. A to i přes platné zákony. Jedním ze základních problémů pacientů i zdravotníků je v těchto případech neschopnost svá práva vymoci nebo se o nich vůbec dozvědět. Jak dodal právník Jakub Uher, v ČR jsou práva pacientů (právo na informace, na léčbu *lege artis*, dobrou komunikaci, právo na druhý názor, respektování dříve vysloveného přání, kopie zdravotní dokumentace) poměrně dobře zakotvena v legislativě. Neexistují ale návody, jak řešit problematické situace. „Tato skutečnost pak nahrává (v evropském poměru) nevídanému počtu trestních oznámení, která by nemusela vzniknout, kdyby při řešení sporů lépe fungovala komunikace mezi lékaři a pacienty a princip mediace,“ doplnil Jakub Uher.

## Nezávislá pomoc pro každého

„Projekt vznikl na základě zkušeností a dosavadní práce Nadač-

ního fondu Stránský, který se s podobnými osudy za dobu svého působení často setkává. Vyhřáli jsme například spor, díky němuž se pacienti s roztroušenou sklerózou dočkali léčby i její úhrady, která jim byla nemocnicí odmítnuta,“ uvedl zakladatel Kanceláře Ombudsman pro zdraví Martin Jan Stránský s tím, že zárukou objektivitu úřadu je jeho politická i finanční nezávislost. Bude totiž financován prostřednictvím Nadačního fondu Stránský. Mezi ombudsmanovy partnery, kteří se dlouhodobě zabývají zlepšováním životní úrovně pacientů s různými diagnózami, patří například Národní rada osob se zdravotním postižením, Život 90 či Aliance žen s rakovinou prsu.

Jednou ze spolupracujících organizací je také Platforma zdravotních pojištěnců, kde práva pacientů obhajuje právník Ondřej Dostál. „Většina případů, kdy jsem zastupoval pacienta ve sporu se zdravotnickým zařízením, neměla příčinu v neodbornosti či neschopnosti lékaře, ale v oblasti organizační nebo ekonomické,“ uvedl Ondřej Dostál a uvedl výstižné příklady ze své praxe (viz box).

## Kazuistiky

- Paní S. zemřela ve velké fakultní nemocnici na vzácné, ale léčitelné onemocnění, ač byla správně diagnostikována. Trvalo totiž 4 měsíce, než si lékař a vedení nemocnice ujasnili, zda z hlediska smluv se zdravotní pojišťovnou a interních limitů mohou lék na tuto nemoc použít. Pacientčin zdravotní stav se postupně zhoršoval. Po intervenci příbuzných, kdy se její stav zhoršil fatálně, jí byl lék nasazen, bohužel pozdě.
- Pacientka P. zemřela na fatální nedostatky ošetřovatelské péče – podvýživu, dekubity. Bylo zkoumáno, jak k takovému stavu došlo. Soudní znalec uvedl, že staří lidé občas zemřou. V LDN neformálně konstatovali, že mají přes den ve službě dvě sestry a lékový paušál 50 korun. Nemohou si dovolit vyživovat infuzně každého pacienta, který nejí. Na posledních 14 dní svého života byla těžce podvyžive-

Eticky konfliktní je i situace psychiatrických pacientů. „Již od roku 2011 jsem slyšel nářky ředitelů psychiatrických léčeben, dnes nemocnic, kteří si stěžovali na postup zdravotních pojišťoven.

ná pacientka se selháváním srdce přeložena na JIP velké fakultní nemocnice. Zde na její zdravotní péči proteklo zcela bezúčelně půl milionu korun, byl jí například implantován kardiostimulátor. Pokud by byl zlomek nákladů na tuto péči poskytnut na péči v LDN, pacientka, do té doby vitální žena, mohla žít.

- Pacient M. s roztroušenou sklerózou zůstal na vozíku poté, co mu byla zastavena biologická léčba, která ho do té doby několik let úspěšně držela při relativním zdraví. Zdravotní pojišťovna ale konstatovala, že u pacienta nejsou splněny formální podmínky aplikace léku, a proto ho nemocnice neuhradí. Než nemocnice ve spolupráci s pojišťovnou dojednala a administrovala pacientovi tzv. výjimečnou úhradu, uběhly čtyři měsíce. Pacient mezi tím dostal dvě ataky, které ho nevratně upoutaly na invalidní vozík.

Ty po uplynutí tříměsíční léčby považovali další pobyt pacienta v zařízení za skrytou sociální hospitalizaci a odmítaly dál léčbu hradit. V mnohých případech měla pojišťovna pravdu. Stav pa-

cientů byl stabilizovaný, v jejich dokumentaci nebyl uveden žádný důvod pro další poskytování lůžkové péče. Ale lékaři své pacienty znají a vědí, že pokud je propustí do ambulantní péče, kde neexistuje nikdo, kdo by zajistil, že tito pacienti budou dodržovat léčebný režim, pacient se do dvou měsíců vrátí jako bumerang poté, co vysadí léky a v atace svého neléčeného onemocnění se začne chovat v lepším případě společensky nepřijatelně, v horším nebezpečně,“ podotkl Ondřej Dostál.

## Když lékař ručí svým platem

Právo by mělo odstraňovat zbytečné a nákladné konflikty, které vznikají nejen mezi zdravotníky a pacienty, ale také mezi zdravotníky a systémem. Právník Dostál poukázal na situaci, která negativně zasahuje do práv lékařů. „Na nedávném kongresu si lékaři jedné velké, mezinárodně akreditované a poměrně slavné nemocnice stěžovali, že pokud léčí medicínsky správně, stává se jim, že překračují finanční limity, které na péči jejich oboru vylíčenil management nemocnice. Pokud tento limit překročí, nemocnice vzniklou škodu připisuje k náhradě právě lékařům, přičemž tito ručí za škodu do výše čtyřnásobku své měsíční mzdy. Lékaři tak řeší dilema, kdy jsou na ně podávána trestní oznámení, pokud pacientům neposkytnout nejlepší možnou péči, pokud tak ale pacienty léčí, platí za překročení limitů. Zde jde o jednoznačné selhání vedení nemocnice,“ uvedl Ondřej Dostál. (klu)

## ETIKA A KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ

„Etické problémy medicíny na prahu 21. století“

4. mezinárodní konference České lékařské komory

4. 12. 2014, 10.00–16.00 hodin. Kongresové centrum Praha, 5. května 65, Praha 4

### Odbornou záštitu převzali:

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc. – rektor Univerzity Karlovy v Praze  
prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc. – děkan I. LF Univerzity Karlovy v Praze  
MUDr. Milan Kubek – prezident České lékařské komory

Přihlášky a bližší informace na [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz) (Vzdělávání, sekce KURZY ČLK – číslo kurzu: 124/14)

Účastnický poplatek 1000 Kč (v ceně je zahrnuta i publikace, kterou obdrží účastníci na místě)

Číslo účtu: 19-1083620217/0100, var. symbol 12414. Do zprávy pro příjemce, prosím, uveďte své příjmení.

**NA AKCI JE NUTNÉ SE PŘEDEM PŘIHLÁSIT.**

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.. Za účast na konferenci je přiděleno 6 kreditů dle SP č. 16 ČLK. Konference je dále akreditována Českou asociací sester, Asociací klinických psychologů a Komorou vysokoškolsky vzdělaných odborných pracovníků ve zdravotnictví ČR.

## Z DOMOVA

# PRO a PROTI lékařské praxi jako společnosti s ručením omezeným

Advokátka JUDr. Ing. Eva Radová, JUDr. Ivan Rada, Ph.D., a Ing. Gabriela Magsumová se často setkávají s dotazy soukromých lékařů, zda je výhodnější provozovat praxi jako fyzická osoba, nebo jako právnická osoba, nejlépe společnost s ručením omezeným (s. r. o.).

Mezi nejčastějšími nevýhodami s. r. o. bývá často zmiňováno vyšší zdanění při výplatě podílu na zisku, kdy zisk je nejprve zdaněn u společnosti daní z příjmů právnických osob a poté, při výplatě podílu na zisku společníkovi/společníkům, ještě daní z příjmů fyzických osob. Rozdílné jsou i daňové sazby. Sazba daně z příjmů činí pro společnost 19 % - oproti 15 % pro fyzické osoby. Fyzické osoby mají dosud i možnost uplatnění daňových paušálů.

Přes tyto nevýhody, které lze ale do jisté míry zmírnit daňovou optimalizací při provozu s. r. o., máme za to, že výhody, které založení společnosti lékařům přináší, převažují. Konkrétně uvádíme níže argumenty proč poskytovat zdravotní služby prostřednictvím s. r. o.

## Snadné disponování

Jde o největší výhodu. Je oceňována v případech, kdy dochází ke smluvnímu převodu praxe, zejména při ukončení činnosti lékaře. Podíly v s. r. o. mohou být snadno převedeny, včetně všech aktiv a pasiv tvořících její majetek, na základě smlouvy o převodu podílu, kdy dochází ke změně společnické struktury ve společnosti. Pokud mezi nabytím a prodejem podílu uplyne doba 5 let, je příjem osvobozen od daně. Při přijetí soukromé praxe podléhá příjem vždy daní z příjmů.

V případě prodeje praxe lékaře fyzické osoby je třeba postupovat formou smlouvy o koupi závodu, která s sebou přináší řadu rizik. Těmito riziky jsou např. ručení prodávajícího lékaře za dluhy závodu nebo možnost věřitelů domáhat se u soudu nečinnosti smlouvy o koupi závodu. Pokud by se věřitel této nečinnosti domohl, mohl by se (i po několika letech) domáhat uhrazení své pohledávky u lékaře, který praxi prodal (případně u jeho dědiců).

## Důsledné oddělení osoby lékaře od společnosti

Existence právnické osoby poskytující zdravotní služby umožňuje za určitých podmínek i uzavírání

smluv a poskytování vzájemného plnění mezi touto společností a samotným lékařem. Běžná je např. situace, kdy lékař provozuje soukromou praxi ve vlastním rodinném domě. Zatímco sám se sebou coby podnikatelem (fyzickou osobou) nájemní smlouvu uzavřít nemůže, se společností je tato varianta - opět za splnění některých zákonných předpokladů - možná a legální. S tím nepřímo souvisí např. i možnost, aby s. r. o. měla více služebních vozů. Maximální množství není upraveno, je ale samozřejmě nutné vlastnit služební vozy v takovém počtu, aby bylo obhajitelné, že jsou používány k ekonomické činnosti společnosti.

## Vložení soukromé praxe do společnosti

Pokud je s. r. o. zakládána z důvodů snazší převoditelnosti, nejefektivnějším řešením je vložit do zakládané společnosti nikoli jednotlivé hodnoty tvořící dosažitelnou lékařskou praxi, ale celou tuto praxi (závod) včetně nehmotných věcí. Je pak nezbytné, aby byl vkládaný závod oceněn znalecm. Tento postup však může být výhodný z daňového hlediska, pokud k převodu obchodního podílu ve společnosti dojde ještě před splněním časového testu (5 let), a nevznikne tak nárok na osvobození příjmu z prodeje podílu od daně.

## Možnost zapojení i jiných osob než lékařů do činnosti společnosti

Společníkem, jakož i jednatel s. r. o., která je oprávněna poskytovat zdravotní služby, mohou být i osoby bez lékařského vzdělání. S. r. o. musí pro získání oprávnění k poskytování příslušných zdravotních služeb sice zajistit odborného zástupce, kterým již bude lékař, ten může být nicméně ve vztahu ke společnosti zaměstnancem, přičemž společníky i jednatele mohou být (i pouze) nelékaři. Zapojením těchto osob do společnické struktury lze jednoduše zprostředkovat účast na podnikání a podíl na zisku například manželovi či dětem.



## Jednodušší propojení více odborných praxí pod jednou firmou

Založení s. r. o. usnadňuje společné podnikání více lékařů. Pokud chce společně podnikat více lékařů bez založení právnické osoby, mohou využít pouze ustanovení § 2176 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a sdružit se za účelem společného podnikání. V takovém případě ale nová, od jednotlivých lékařů odlišná osoba nevzniká a k poskytování zdravotních služeb je oprávněn samostatně každý z lékařů. Jednotliví lékaři mají současně uzavřeny vlastní smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Společné podnikání dle § 2176 a násl. občanského zákoníku je tedy: 1) v daném rozsahu služeb vázáno výlučně na osoby jednotlivých lékařů, 2) zákonem upraveno v minimální míře a vše podstatné je nutno sjednat podrobně ve smlouvě, kterou mezi sebou lékaři uzavírají, a 3) obtížně kontrolovatelné ve vztahu k třetím osobám (kdo je oprávněn jednat za ostatní apod.).

Naopak v s. r. o. mohou lékaři podnikat pod jednou firmou a poskytovatelem zdravotních služeb je společnost, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb a se kterou zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy. Personální změny uvnitř společnosti, existuje-li vždy odborný garant po danou odbornost, tak nemají vliv ani na oprávnění k poskytování zdravotních služeb v daném roz-

sahu ani na existenci smluv s pojišťovnami a pacientům se lze prezentovat jako jeden subjekt (fakturace, ochranná známka, logo, jasná pravidla jednání zapsaná ve veřejném rejstříku).

## Omezení podnikatelského rizika

Lékař provozující praxi pod hlavičkou s. r. o. neručí svým majetkem za dluhy společnosti, resp. spolu s ostatními společníky ručí jen do doby, než splní svoji vkladovou povinnost a toto splnění bude zapsáno do obchodního rejstříku. Vzhledem k tomu, že vkladová povinnost byla od 1. 1. 2014 minimalizována na 1 Kč, nebude ručení společníků v praxi připadat do úvahy. Pokud je lékař současně jednatel společnosti, odpovídá společností za škodu způsobenou tím, že při výkonu funkce nejednal s péčí řádného hospodáře. Do doby, než jednatel nahradí společností způsobenou škodu, ručí současně věřitelům za dluhy společnosti do výše neuhrazené škody. Nadto ručí jednatel vůči věřitelům společnosti za její závazky již jen v případech, kdy by se společnost dostala do úpadku a jednatel v době, kdy úpadek hrozil, neučinil vše potřebné k jeho odvrácení. Byť je tato úprava komplikovaná, podstatné je, že lékař fyzická osoba nese plně podnikatelské riziko, zatímco v případě podnikání formou s. r. o. nese toto riziko pouze společnost. Společník nebo jednatel pak odpovídají, jen pokud poruší svoje povinnosti.

## Exekuce, insolvence

V případě, kdy se lékař, který je společníkem ve společnosti poskytující zdravotní služby, dostane do obtížné životní situace spojené s exekucí či insolvenčí, nemůže být exekutorem/insolvenčním správcem postižen majetek společnosti, ale pouze podíl tohoto lékaře ve společnosti (lékař může navíc pro společnost dále pracovat jako její zaměstnanec). Za předpokladu plurality společníků může společnost i poté, co je podíl společníka postižen nařízením exekuce či insolvenčním řízením, nadále existovat a věnovat se svému podnikání. Předmětný podíl bude zpravidla prodán v dražbě či mimo dražbu, přičemž společníci mohou uplatnit předkupní právo a získat jej přednostně. Naopak je-li nařízena exekuce či podán insolvenční návrh na majetek společnosti, nedotýká se to soukromého majetku jednotlivých lékařů.

## Smlouvy se zdravotními pojišťovnami

Skutečnost, že jako poskytovatel zdravotních služeb vystupuje společnost, umožňuje změny v personálním obsazení (změny v osobách jednotlivých lékařů) či snazší převod anebo přechod podílu/podílů bez dopadu na již uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Společnost musí v tomto směru splnit ve vztahu k pojišťovně svou notifikační povinnost dle § 40 odst. 10 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění (seznam nositelů výkonů). Nadto ani lékař, který má uzavřenu smlouvu/smlouvy s pojišťovnou/pojišťovnami a který zakládá s. r. o., nemusí znovu podstupovat výběrové řízení pro uzavření nové smlouvy (znějící na společnost) se zdravotní pojišťovnou/pojišťovnami (za předpokladu, že nerozšiřuje rozsah poskytovaných služeb).

## Dědění

Podíl ve společnosti je předmětem dědického řízení, přičemž dědicem může být jakákoliv fyzická i právnická osoba (i nelékař), která následně může v podnikání pokračovat. V případě podnikání lékaře jako fyzické osoby zaniká úmrtím oprávnění k poskytování zdravotních služeb i smluvní vztahy s pojišťovnami. (red)



## Krátce z regionů

### • Předsedou představenstva náchodské nemocnice je Zbyněk Chotěborský

Předseda představenstva Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje Jiří Skřivánek jmenoval k 1. listopadu předsedou představenstva Oblastní nemocnice Náchod Zbyňka Chotěborského. „Jmenování inženýra Chotěborského bylo v souladu s doporučením výběrové komise,“ uvedl předseda Skřivánek. Komise vybírala ze 7 uchazečů, u kterých posuzovala jejich manažerské výsledky z minulých let, znalost oblasti zdravotnictví a zdravotních pojišťoven a také ekonomické, finanční a rozpočtové povědomí. Zbyněk Chotěborský dříve pracoval jako kontrolor v Nemocnici Na Bulovce a Thomayerově nemocnici. Poté byl manažerem projektu na 2. LF UK a od července 2006 působil jako ekonomický náměstek ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

### • Jedná se o sloučení nemocnice v Ryjicích s Krajskou zdravotní

Vedení Ústeckého kraje vrátilo na stůl návrh na sloučení Nemocnice následné péče v Ryjicích na Ústecku s Krajskou zdravotní, která sdružuje všechny krajské nemocnice. Původně měl být návrh schválen už v červnu. Proti sloučení jsou zaměstnanci nemocnice i někteří opoziční zastupitelé. Odpůrcům vadí například fakt, že sloučením by mohla ryjická nemocnice, jediné akreditované lůžkové pracoviště pro geriatrickou péči v kraji, přijít o svou akreditaci. Svou podporu nemocnici vyjádřila i Jana Popovičová z Asociace českých a moravských nemocnic v dopise, který ryjická nemocnice uveřejnila na svých webových stránkách. Jana Popovičová upozorňuje na právní nesrovnalosti záměru a špatné zkušenosti asociace s tímto způsobem slučováním. Nejistá je podle ní i domluva se zdravotními pojišťovnami, které budou muset uzavřít nové smlouvy. Pokud ke sloučení ryjické nemocnice s Krajskou zdravotní opravdu dojde, budou se pacienti i zaměstnanci stěhovat do ústecké

Masarykovy nemocnice. Historický areál v Ryjicích má být poté na prodej. Rozhodovat o sloučení se bude patrně v prosinci.

### • Královéhradecký kraj investuje do zdravotnictví miliardy

Projekty na rekonstrukci Oblastní nemocnice Jičín a Oblastní nemocnice Trutnov a také na modernizaci zdravotnického vybavení náchodské nemocnice stanovil Královéhradecký kraj za své priority pro období následujících 6 let. U jičínské nemocnice se odhadované investice pohybují okolo 300 milionů korun. „Dalšími kroky bude vypracování všech stupňů projektové dokumentace, kterou bychom mohli soutěžit hned z kraje roku 2015,“ uvedl radní kraje pro oblast investic Josef Dvořák. V trutnovské nemocnici je nutná výměna nemocničního informačního systému i nové laboratorní diagnostické vybavení. „Zde se plánované investice pohybují okolo 250 milionů korun, z čehož by 150 milionů mohlo jít z evropských zdrojů,“ uvedl náměstek hejtmana Otakar Ruml. V Oblastní nemocnici Náchod v současné době probíhá rekonstrukce za miliardu korun. Z evropských zdrojů

by se pak na modernizaci zdravotnického vybavení mohlo čerpat až 300 milionů korun.

### • Lékaři FN Plzeň sledují desítky pacientů na dálku

Ve Fakultní nemocnici Plzeň díky telemedicině sledují již 84 pacientů s onemocněním srdce, kterým lékaři implantovali automatický kardioverter/defibrilátor, tzv. ICD přístroj. Právě tito pacienti jsou totiž vážně ohroženi fibrilací komor, která zvyšuje riziko náhlého úmrtí. Základní funkcí ICD přístroje je, že sleduje srdeční frekvenci. Při překročení nastavené kritické hodnoty přístroj stav vyhodnotí jako život ohrožující arytmií a zahájí proces k jejímu zastavení. „Současné ICD systémy jsou poměrně komplexní a jejich nastavení přizpůsobujeme konkrétnímu pacientovi. Tyto systémy navíc dokážou monitorovat některé parametry svědčící o činnosti srdce svého nositele,“ uvedl vedoucí kardiolog plzeňské fakultní nemocnice Vlastimil Vančura. Pacienti mají doma jednotku, která bezdrátově komunikuje s implantovaným přístrojem a jednou denně odesílá informace o monitorování,

čímž snižuje počet kontrol u lékaře. Když přístroj zjistí vážný problém, odešle upozornění lékaři e-mailem, SMS nebo faxem.

### • V Kladně mají certifikát bezpečnosti a kvality

Oblastní nemocnice Kladno jako jedna z mála zavedla plošné užívání nízkokonzentrovaného kalia na všech svých odděleních. Ředitel společnosti B. Braun Medical, která nízkokonzentrované kalium vyrábí a jako jediná dodává na český trh, Jiří Lukeš předal řediteli nemocnice Vladimíru Lemonovi Čestný certifikát „Bezpečná nemocnice“. „Manipulace s potenciálně nebezpečnými intravenózními roztoky je pro personál mnohdy stresující a příprava infuzních roztoků je navíc časově náročná. Při používání KCI může mít jakákoli, byť i minimální chyba fatální důsledek,“ říká k novému bezpečnostnímu opatření ředitel Oblastní nemocnice Kladno Vladimír Lemon. Zatímco v zahraničí je užívání bezpečnostních prvků nezbytností, v České republice zatím záleží převážně na rozhodnutí samotných zařízení, zda půjdou cestou bezpečnosti, nebo ne. (iso, klu)

Inzerce M141001455

**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 Diplomát 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.

#### Vybraná témata:

- Hlavní problémy českého zdravotnictví a možnosti jejich řešení
- Strategie lůžkové péče v ČR
- Rok 2015 – úhrada zdravotních služeb z pohledu VZP ČR
- Změny v úhradách v roce 2015 a vize MZ ČR pro rok 2016
- Úloha a postavení krajů ve zdravotní péči
- Jaká by měla být léková politika v ČR
- Koncept dlouhodobé péče v ČR

Hlavní partneři:



#### INFORMACE POŘADATELE

Informace a přihlášky  
on-line na internetových  
stránkách:

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

Mediální partneři:



## ZE ZAHRANIČÍ

## Slovenské ministerstvo zdravotnictví vede Viliam Čislák

Slovenský resort zdravotnictví zažil v minulých týdnech dramatické změny. Dosavadní ministryně Zuzana Zvolenská rezignovala na svůj post po výzvě premiéra Roberta Fica kvůli nákupu předraženého CT v Nemocnici Alexandra Wintera v Piešťanech.

Výměnu ministrů odstartovala reportáž televize Markíza, která upozornila na předražený nákup přístroje pro zmíněnou nemocnici. Ta CT vysoutěžila od společnosti Medical Group SK za 1,6 milionu eur (asi 44 milionů korun), tedy až několikrát dražší, než se obdobné přístroje nakupují například v České republice (reportáž poukázala na stejný typ CT v Nemocnici Havlíčkův Brod, jež jej zakoupila za přibližně třetinovou cenu).

**Ovládnutá správní rada**

Nemocnice Alexandra Wintera v Piešťanech je neziskovou organizací, kterou v roce 2003 zakládal stát spolu se zaměstnanci. Zařízení řídí správní rada, která se původně skládala z pěti členů – tři nominovala ministerstvo zdravotnictví, dva vzešli z řad zaměstnanců. Každé rozhodnutí muselo být „posvěceno“ dvoutřetinovým souhlasem. „V roce 2011 však byla správní rada uměle navýšena o jednoho člena, jehož dosadilo ministerstvo. Na svá rozhodnutí už tak nepotřebuje souhlas zaměstnanců,“ uvedl pro deník Pravda zdroj obeznámený se situací. Nové CT měli mít pacienti v piešťanské nemocnici k dispozici již před dvěma lety, vedení však tehdy kvůli chybějícím finančním prostředkům jeho nákup zastavi-

lo. V letošním tendru pak vyhrála nabídka ještě o 600 tisíc eur dražší. Slovenská média i opoziční politici poukazují na fakt, že ve vítězné společnosti Medical Group SK působil i současný předseda Národní rady, místopředseda Smer-SD Pavol Paška. Ten ovšem jakoukoli spojitost se současným případem odmítl a upozornil, že ve firmě jakékoli aktivity ukončil před 13 lety. Na opoziční politiky, kteří jej vyzvali k odstoupení, podle svých slov hodlá podat trestní oznámení pro pomluvu a křivé obvinění.

**„Nejde mi o funkce“**

Na reportáž televize Markíza zareagoval slovenský premiér Robert Fico, který vyzval ministryni Zvolenskou a předsedkyni dozorčí rady piešťanské nemocnice, poslankyni Smer-SD Renátu Zmajkovičovou k okamžitému odstoupení. „Proces nákupu CT přístroje vyvolává pochybnosti, na které nestačí reagovat jen tím, že budou odvoláni členové správní rady nemocnice, ale odpovědnost musí nést ten, kdo tyto lidi řídí a kdo je kontroluje,“ prohlásil premiér Robert Fico. Zuzana Zvolenská krátce na to reagovala podáním demise. „Nedokážu dnes říci, zda byl postup zvolen správně, nebo ne. Co však říci dokážu, je, že zástupci ministerstva zdravotnictví ve správní radě piešťanské nemocnice mě

řádne neinformovali o postupech v tomto zařízení,“ uvedla ministryně Zvolenská a odvolala všechny „své“ členy správní rady a podala kvůli prověření tendru na CT podnět na Úrad pre verejné obstarávanie a Najvyšší kontrolný úrad. Renáta Zmajkovičová na svou funkci rovněž rezignovala. „Vím, že to na Slovensku není obvyklá politická kultura, ale mně nejde o funkce,“ komentovala své rozhodnutí.

Podezřelým tendrem se bude rovněž zabývat slovenská policie a Generální prokuratura. „Na základě odvolání příspěvku v TV Markíza 30. října 2014 vydal generální prokurátor Jaromír Čížnár pokyn náměstkovi generálního prokurátora pro trestní úsek Petru Šufliarskemu, aby orgány činné v trestním řízení prozkoumaly okolnosti nákupu CT přístroje statutárním orgánem Nemocnice Alexandra Wintera v Piešťanech,“ potvrdila mluvčí generální prokuratury Andrea Predajňová.

**Představy o ministroví**

Okamžitě po demisi Zuzany Zvolenské se rozpoutaly dohady o jejím nástupci. Spekulovalo se například o vicepremiérovi pro investice Ľubomíru Vážnem, ale i bývalém ministroví Richardu Rašim. Profesní organizace ve zdravotnictví požadovaly ministra, který dosáhne důležitých systémových změn. Prezidentka Zdrúženia zdravotných poisťovní Katarína Kafková zdůrazňovala, že nový představitel resortu by měl být především dobrým krizovým manažerem, viceprezident Asociácie súkromných lekárov Mário Moro si naopak přál lékaře z praxe. Štefan Krchňák ze Slovenskej lekárskej komory hovořil o nezávislém odborníkovi s vlastním názorem na situaci ve zdravotnictví.

Novým slovenským ministrem zdravotnictví byl nakonec jmenován 42letý dosavadní státní tajemník tohoto ministerstva Viliam Čislák. Ten se stal náměstkem úřadu Zuzany Zvolenské na jaře 2012. Předtím působil na různých postech ve zdravotnictví, zastával rovněž funkci manažera pro zdravotní péči v provozovateli ne-

ném medializovaném případě se tendru zúčastnilo více společností, přičemž naše společnost nabídla nejnižší cenu,“ píše se ve vyjádření Medical Group SK. Cena zahrnovala multidetektorový počítačový tomograf, který by nemocnice splácela 4 roky, dopravu na místo dodání, instalaci a uvedení přístroje do provozu, školení zaměstnanců, odmontování a odvoz starého CT, stavební práce a technologické úpravy a další úkony včetně záruky a servisu. Na dotaz deníku Pravda, jak je možné, že stejný přístroj pořídila havlíčkovobrodská nemocnice za třetinovou cenu, Medical Group SK nereagovala.

Nové CT měla firma dodat do piešťanské nemocnice v nejbližších dnech, ředitelka zdravotnického zařízení Mária Domčeková však vyzvala Medical Group SK, aby dodání zastavila. Podle svých slov tak učinila pod tlakem médií. Na rozdíl od Zuzany Zvolenské a Renáty Zmajkovičové se Mária Domčeková z funkce odstoupit nechystá, protože tendr proběhl podle zákona a byla vybrána nejvýhodnější nabídka. V deníku Pravda nicméně připustila, že ji může odvolat správní rada.

(Zdroje: Pravda, ČTK)

(kha)

**USA snížily odhad pojištěných v rámci Obamacare**

Americká administrativa výrazně zmírnila odhad počtu lidí, kteří budou mít v příštím roce nově sjednáno soukromé zdravotní pojištění díky programu dostupné zdravotní péče, známému jako Obamacare.

Vláda odhaduje, že celkové množství pojištěnců zaregistrovaných přes speciální internetovou přihlášku se bude pohybovat mezi 9 a 9,9 miliony. Rozpočtový úřad Kongresu přitom podle agentury Reuters počítal až s 13 miliony pojištěnců. Americká ministryně zdravotnictví Sylvia Burwellová uvedla, že cílem federální vlády je mít příští rok přes program dostupné péče pojištěných 9,1 milionu lidí. To by představovalo o 28 % více než letos. Půjde prý o nově přihlášené i ty, kteří z programu dočasně vypadali.

**Řada potíží**

Zdravotnická reforma spuštěná loni 1. října byla nejdůležitějším vnitropolitickým tématem prezidenta Baracka Obamy už od první předvolební kampaně z roku 2008. Výsledkem reformy je zákon o ochraně pacienta a dostupné péči, jemuž Američané, stejně jako obecně celé reformě, říkají Obamacare. Přes počáteční problémy se do sys-

tému zdravotního pojištění k 15. říjnu přihlásilo kolem 7,1 milionu Američanů, přičemž ještě v srpnu bylo uváděno 7,3 milionu. Za rozdílem je podle Reuters částečně skutečnost, že 112 tisíc lidí ze systému vypadlo kvůli nejasnostem v jejich přihlašovacích údajích, jako je občanství nebo imigrační status. Program dostupné všeobecné zdravotní péče měl problematický rozjezd a letos v dubnu kvůli němu zrušovala předchozí ministryně zdravotnictví Kathleen Sebeliusová. Miliony Američanů loni dostaly od pojišťoven nečekané oznámení o zrušení dosavadních pojistek, a to kvůli požadavkům nového Obamova zákona. Mnozí Američané následně pojištění zcela zrušili, neboť by museli platit vyšší pojistné než dosud, ačkoli Bílý dům takovou možnost vylučoval. Sama Sebeliusová loni označila za debakl špatně fungující web, přes který se nové pojištění sjednává.

(ČTK, kha)

**Piešťanský případ zřejmě nezůstane ojedinelý**

Tendru na CT v piešťanské nemocnici má podle slovenských médií „konkurenci“ – nákup magnetické resonance na Lékařské fakultě Univerzity P. J. Šafárika v Košicích.

Kresťanskodemokratické hnutie (KDH) podle vyjádření svých představitelů dostalo podnět upozorňující na nákup MRI, který fakulta v srpnu tohoto roku pořídila za 3 miliony eur. KDH poukazuje především na to, že přístroj univerzity prodala zprostředkovatelská společnost Pharma Group se sídlem ve Velkých Levároch. „Ptám se, proč opět přes prostředníka s provizí, která je v tomto případě opravdu

mega provizí, vyšší než v případě piešťanského CT,“ uvedl poslanec Ivan Uhlíarik, který tuto provizi odhadl mezi 1 a 2 miliony eur. Poukázal rovněž na skutečnost, že Masarykova univerzita v Brně zakoupila výkonnější přístroj za přibližně dvou třetinovou cenu. I tímto nákupem se chtějí opoziční poslanci zabývat na mimořádném parlamentním zdravotnickém výboru.

(Zdroj: SITA)

(kha)

# Zdravotní pojištění opravdu on-line

**Pro vyřízení věcí v bance volíme často on-line řešení. Ve VITAKARTĚ to jde i u zdravotní pojišťovny.**

Portál VITAKARTA ONLINE od Oborové zdravotní pojišťovny nabízí pestré možnosti on-line služeb. Stačí se (opět on-line) registrovat a získat tak přístup do VITAKARTY ONLINE, kde po přihlášení uživatelským jménem a heslem a potvrzení autorizační SMS lze najít elektronickou zdravotní pojišťovnu.

Portál nabízí tři hlavní „okénka“. Zdravotní deník, jenž ukazuje přehled péče, kterou klient OZP čerpal, a umožňuje mu ji reklamovat, sledovat nákladovost, třídit podle péče u praktického lékaře, v nemocnici, u doplatků za léky, regulačních poplatků a podobně. Klient si sem může ukládat i své lékařské zprávy, snímky z rentgenu nebo CT, zapisovat si aktuální údaje o zdravotním stavu a mnoho jiných dat. VITAKARTA mu také připomene, že by měl absolvovat preventivní prohlídku.

Všichni klienti s přístupem do VITAKARTY ONLINE mají rovněž aktivovanou Asistenční službu OZP. Ta nabízí pomoc v případě, že je třeba cokoli vysvětlit v otázkách zdraví, zorientovat se v pojmech, nepřehledných informacích či objednat se k jednomu z více než 800 specialistů na vyšetření či preventivní prohlídku. Je k dispozici 24 hodin denně a klientům nabízí co možná nejefektivnější kontakt se zdravotníkem.

VITAKARTA ONLINE nabízí také benefitový program VITAKONTO, který umožňuje čerpat příspěvky z fondu prevence na nejrůznější aktivity související se zdravým životním stylem. Jeho uživatelské prostředí je přehledné a podobné internetovým obchodům. Na jedné straně je možné sledovat, za co lze kredity získat a jejich aktuální stav, na druhé straně má klient k dispozici katalog programů, které může využívat. VITAKONTO nabízí samozřejmě také možnost zjistit, co je potřeba k dosažení příspěvku, pokud na něj kredity nestačí.

Klienti mají k dispozici řadu administrativních funkcí, jejichž prostřednictvím je možné nahlásit změnu adresy či bankovního spojení, narození dítěte a řadu dalších

údajů. Podnikatelé mohou podat Přehled OSVČ – třeba i na poslední chvíli. Mohou také zjistit, zda pojišťovně něco dluží, a pojistné uhradit i platební kartou.

Další z možností portálu VITAKARTA ONLINE je cestovní pojištění, které lze sjednat on-line už od 8 korun na den pobytu a které přináší jistotu, že v případě nenadálých zdravotních obtíží bude o klienta postaráno.

Nejen na webu, ale i v mobilu existuje řada možností, jak se dostat ke službám OZP. Prostřednictvím aplikace mVITAKARTA lze snadno nahlédnout do osobního účtu pojištěnce a v případě nesrovnalosti reklamovat zdravotní péči. Klient i v mobilu vidí, jaké léky mu lékaři předepsali a může si zaznamenat i ty, které si zakoupil a „nordinoval“ sám. Synchronizace s kalendářem mu umožňuje zaznamenávat i plánovat například preventivní prohlídky, očkování a další aktivity. Do mVITAKARTY lze také ukládat soubory, jako jsou např. lékařské zprávy, výsledky vyšetření a další potřebná data. mVITAKARTA je též jednou ze vstupních bran do on-line bonusového systému OZP VITAKONTO, jehož prostřednictvím čerpají klienti pojišťovny různé výhody. Novinkou je zobrazení Průkazu pojištěnce, který tak uživatel nemusí nosit u sebe, ale je mu k dispozici i off-line, stejně jako třeba průkazy jeho dětí, pokud jsou klienty OZP. Samozřejmostí je opět možnost komunikace s pojišťovnou a zejména s její Asistenční službou.

Vývojáři OZP sledovali od počátku

směr vývoje zdravotnických a fitness aplikací, např. u společnosti Apple, a nyní připravují propojení mVITAKARTY s aplikací Health, která je k dispozici v novém operačním systému iOS 8, kdy se uživatelská data obou aplikací mohou synchronizovat a klient či jeho lékař je může prakticky využít. Během krátké doby vydá OZP aktualizaci své mVITAKARTY s touto funkcí, kterou bude dále rozvíjet tak, aby umožňovala propojení i s dalšími podobnými aplikacemi.

OZP bude nadále sledovat a rozvíjet potenciál mVITAKARTY a pro aktivní uživatele všech svých on-line služeb připravuje také řadu motivačních a bonifikačních nástrojů. Jak svědčí i nejnovější aktivity společnosti Apple a ostatních velkých firem, má tento směr vývoje zdravotnických aplikací velkou budoucnost. Lze oprávněně očekávat, že podobných aplikací bude na trhu rychle přibývat. Je to důsledek toho, jak se internet a mobilní technologie stále více prosazují na poli zdravotního pojištění. Hlavní devízou elektronických aplikací je totiž bezkonkurenční komfort. Lidé nemusejí nikam chodit a všechno pohodlně vyřídí přes internet z domu od stolu nebo odkudkoli prostřednictvím svého chytrého mobilního telefonu.

**Mario Böhme**



## Z KONGRESU

# Dostupnost léků a lékárníků dnes, lepší (zdravější) výsledky zítra

Tak znělo heslo Světového kongresu farmacie a farmaceutické vědy v Bangkoku.

Již 74. výroční kongres Mezinárodní farmaceutické federace (FIP) probíhal od 31. srpna do 4. září 2014 v thajském Bangkoku. Kongres byl pořádán ve spolupráci s Thajskou farmaceutickou asociací a byl pod patronátem thajské královské rodiny. Česká republika měla na kongresu čtyřnásobné zastoupení v sekci posterů, jejichž prezentaci na kongresu podpořila Česká lékárnická komora.

## O čem kongres byl?

Na letošní kongres se zaregistrovalo, možná vlivem jarních nepokojů v Bangkoku, zhruba o třetinu účastníků méně než v uplynulých letech. I tak je 1938 farmaceutů, pracujících v lékárnách, ve výzkumu i v akademické sféře, docela úctyhodné číslo. Všichni účastníci, celkem z 95 zemí napříč světadíly, se připojili k heslu kongresu „Dostupnost léků a lékárníků dnes, lepší (zdravější) výsledky zítra“.

Úvodní projev končícího prezidenta FIP Dr. Michela Buchmana se mimo jiné týkal měnící se strategie při poskytování zdravotní péče, nových výzev zejména v oblasti poskytování péče pacientům s chronickými chorobami, a to nejen v souvislosti

s jejich narůstajícím počtem, ale také v souvislosti s jejich stále se prodlužujícím věkem.

S tím přichází také otázka rostoucích nákladů na zdravotní péči, kterou se politické reprezentace většiny zemí snaží řešit podivnou floskulí „lepší a levnější poskytování péče“. Naneštěstí v ní není žádná dlouhodobější strategie s důrazem na prevenci a zodpovědnost. Politický pohled je téměř ve všech případech veden okamžitým ekonomickým zájmem, a tedy snahou snižovat cenu léků a náklady při poskytování péče bez ohledu na další faktory, které sice nejde tak snadno spočítat, ale mají mnohem větší dopad na výsledky takto poskytované péče. Žádný zdravotnický systém si nemůže dovolit plynout znalostmi a zkušenostmi profesionálů, odborníků v poskytování zdravotní péče. A jednotlivec jen obtížně naplní požadavky na poskytování kvalitní, komplexní a přitom ekonomicky udržitelné zdravotní péče.

A o tom byl vlastně celý kongres. O nutnosti neustále zlepšovat a rozvíjet spolupráci mezi jednotlivými zdravotnickými profesemi. Celá řada studií potvrzuje, že nové strategie v poskytování péče, zejména přenastavení rolí



Ilustrace: foto: Shutterstock

zdravotníků, delegování některých činností na farmaceuty a odpovídající úprava kompetencí, mohou být mnohem efektivnější pro pacienty a veřejné zdraví než izolované snižování cen léků.

## Vzdělávání

O rozvoji spolupráce se hovořilo také v sekci vzdělávání, kde se v příspěvcích zástupců amerických univerzit hovořilo o získávání praktických dovedností metodou mezioborové zážitkové výuky ve smyslu učení se přímo od pacientů (pod dohledem ostatních zdravotníků), nikoli pouze v simulovaných situacích. Možností jak takové výuky docílit je

více, jednou z nich je například povinná 30hodinová praxe studentů v preventivních zdravotních programech pro pacienty, jako jsou například očkování nebo preventivní prohlídky.

Formy celoživotního vzdělávání nejčastěji zabezpečují profesní organizace (90,6 % zemí), vysoké školy (83,1 % zemí), zaměstnavatelé (55,4 % zemí) a soukromé komerční vzdělávací agentury (52,3 % zemí). Kromě toho zabezpečuje vzdělávání v 30,8 % zemí také národní regulační autorita. V dalších tématech měli účastníci kongresu možnost seznámit se s projekty organizované komunikace s pacienty prostřednictvím sociálních sítí, budoucnosti poskytování lepší zdravotní péče s využitím moderních technologií, které mohou být neocenitelným pomocníkem v profesním rozvoji zdravotnických profesionálů.

## Rizika

Velký prostor byl věnován také humanitární práci lékárníků. Výměna a sdílení zkušeností přímých aktérů pomoci v regionech zasažených katastrofou jsou neocenitelnou pomocí zejména s ohledem na narůstající počet podobných událostí. Zajímavé bylo také posterové sdílení nigerijských kolegů, kteří referovali o opatřeních přijatých v řetězci lékáren Health Plus Limited kvůli obavě z nákazy virem Ebola. Naneštěstí neexistují žádná spolehlivá řešení a ani sanitární opatření v lékárnách nedokáží ochránit personál před rizikem nákazy. Negativem přijatého opatření, preventivně nevypouštět do lékárny pacienty s teplotou vyš-

ší než 38,5 °C, je, že nebyla žádná péče poskytnuta ani pacientům s malárií nebo tyfem.

Mezi postery vyvolal určitou polemiku také srbský projekt pojízdné lékárny, která zabezpečuje lékárenskou péči pro obyvatele malých odlehklých vesnic. Téma dostupnosti, respektive nedostupnosti lékárenské péče byl věnován celý blok přednášek. Mimo zhoršování geografické dostupnosti lékárenské péče se hovořilo také o reálné nedostupnosti jednotlivých léčiv v Evropě v důsledku reexportů a rizicích spojených s nedostatečnou kontrolou kvality léčiv všude na světě.

## Česká stopa

V posterových sděleních byla také prezentována studie o využití piktogramů pro srozumitelnější dodržování zásad správného užívání léků. Pokračuje tak kapitola, kterou už na počátku sedmdesátých let minulého století v bývalém Československu začal psát profesor Smečka. Přestože piktogramy v českém, respektive československém prostředí nedosáhly významnějšího rozšíření, staly se základem pro vytvoření třetí pracovní skupiny Mezinárodní farmaceutické federace, i když v tehdejší pojetí šlo zejména o zprostředkování informací negramotným pacientům v zemích třetího světa.

Český poster věnovaný odbornému poradenství při odvykání kouření v lékárnách (Creating Centres of smoking cessation in Czech pharmacies) získal, kromě žádosti o metodiku a pozvání autorky (Petříková, Vranová) k proškolení kolegů z Tchajwanu, také nominaci mezi nejlepšími postery kongresu. Česká republika tak navázala na úspěch z kongresu v Amsterdamu v roce 2012, kdy byl mezi nejlepšími postery nominován také český poster o intervencích farmaceuta ve veřejné lékárně (Evidence based pharmacy, Vaníček).

Symbolické žezlo vedení FIP převzala španělská lékárnice Dr. Carmen Peña, nově zvolená prezidentka a zároveň první žena v této funkci v historii organizace.

74. kongres FIP v Bangkoku je minulostí, ten příští přivítá za rok irský Dublin.

PharmDr. Stanislav Havlíček

## Výzva IMI se zaměří na Ebolu

Evropská federace farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA), její specializovaná skupina Vaccines Europe a Innovative Medicines Initiative (IMI) oznamují v pořadí druhou výzvu k podání návrhů do programu IMI 2 v hodnotě 7,8 miliard korun, jehož cílem je řešení současné krize v souvislosti s Ebolou.

V programu Ebola+ bude spolupracovat farmaceutický průmysl s výzkumníky ve snaze zastavit současné šíření a splnit budoucí potřeby v oblasti krvácivých horeček. „Nabízí se zde ideální příležitost pro české týmy, které se zabývají výzkumem v dané oblasti, uplatnit své výsledky a expertizu v rámci společných projektů s farmaceutickým průmyslem a evropskými výzkumnými špičkami. Čeští výzkumníci mají možnost přihlásit se do výzvy od 22. listopadu do 1. prosince 2014,“ uvádí výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček. Předložené projekty se mají zaměřit na vývoj, výrobu, dopra-

vu a uchování vakcín, zajištění dodržování režimů očkování a vývoj rychlých diagnostických testů. Další výzvy k podání návrhů budou oznámeny v nadcházejících měsících. Očekává se, že první projekty se začnou realizovat počátkem roku 2015.

„Zastavení šíření Eboly v současnosti i pro příští generace je klíčovou prioritou farmaceutického průmyslu, který proti tomuto šířícímu se infekčnímu onemocnění bojuje již dlouho. Současné prokmutní Eboly v západní Africe s sebou nese dosud nevidané potíže pro pacienty a zdravotnický systém. Tento složitý boj vyžaduje úzkou spolupráci a zapojení několika

zúčastněných stran,“ komentoval výzvu generální ředitel EFPIA Richard Bergstrom.

Evropský komisař pro výzkum, vědu a inovace Carlos Moedas uvedl: „Evropská unie je rozhodnuta pomoci při hledání řešení v souvislosti s Ebolou. Poskytujeme finanční prostředky na záležitosti, jimž věříme, a podporujeme výzkum EU zaměřený na ebolu dalšími 7,8 miliardami korun. Tímto příspěvkem z programu Horizont 2020 a od našich farmaceutických partnerů zvyšujeme intenzitu vývoje nových vakcín a léků, které mají pomoci zachraňovat životy na celém světě.“

(Zdroj: AIFP)


(red)

# Ceny předsednictva ČLS JEP za nejlepší knižní publikace za rok 2013

5. listopadu proběhlo slavnostní předání tří Cen předsednictva ČLS JEP za nejlepší knižní publikace za rok 2013.

Slavnostní akt se konal za účasti předsednictva ČLS JEP a pod záštitou místopředsedkyně Senátu PČR Miluše Horské v Rytířské síni Valdštejnského paláce. První mezi oceněnými publikacemi byla monografie „Všeobecné praktické lékařství“, jejímiž autory jsou doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Václav Beneš, doc. MUDr. Svatopluk

Býma, CSc. Druhou byla „Neonatalogie“, jejímiž autory jsou doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D., doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., MBA, poslední pak „Laboratorní diagnostika“, dílo kolektivu pod vedením profesora Tomáše Zimy. Jednou z knih, kterým se letos pocty v Rytířském sále dostalo, byl ediční počín edice Aeskulap me-

dicínské divize Mladé fronty. Monografie „Neonatalogie“ je praktickým manuálem poskytujícím ucelené informace o příčinách, symptomech a léčbě nejzávažnějších a nejčastějších patologických stavů novorozenců. Jak zdůraznili přítomní hodnotitelé, takto komplexně pojata a precizně vypracovaná publikace daného oboru u nás nevyšla už tři desetky let. 



Místopředsedkyně Senátu PČR Miluše Horská, doc. Janota a MUDr. Hana Cabrnová, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP. | Foto: ČLS JEP

Inzerce M141001496

## Vyhlášen další ročník Kouzelného klíče

Psychiatrická nemocnice Bohnice pořádá již X. ročník literární soutěže pro pacienty a zaměstnance psychiatrických zařízení v ČR a na Slovensku.

Přihlásit se může každý, kdo v léčebně, nemocnici nebo v jiném psychiatrickém zařízení ČR a SR pracuje nebo se zde léčí či léčil. Soutěžní kategorie jsou „pacienti“ a „zaměstnanci“. Posílat mohou poezii nebo prózu, téma je libovolné. Podrobné informace o rozsahu a formě příspěvků (musí být ve Wor-

du), jakož i o průběhu a pravidlech již tradiční akce můžete získat od Dagmar Žaludové z Úseku pro vědu a vzdělávání PN Bohnice, e-mail: dagmar.zaludova@bohnice.cz.

S psaním ani přihlášením do soutěže ale už příliš neotálejte, uzávěrka příjmu příspěvků je 20. prosince.

(red)

## Přivítání nových knížek divize Medical Services MF

Oblíbenou doprovodnou akci lékařských kongresů bývají i slavnostní křty nových odborných knížek. Medicínská divize MF v říjnu takto na trh uvedla hned čtyři ze svých nejnovějších knižních přírůstků.

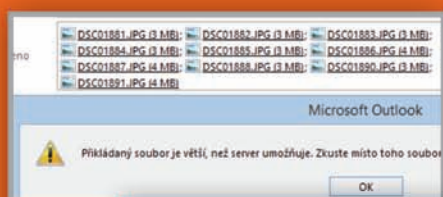
Na kongresu Interna Brno 2014 byly slavnostně přivítány tři z nejnovějších medicínských knih z produkce vydavatelství Mladá fronta, a. s., tentokrát z edice Postgraduální medicína. Výpravné monografie vzniklé pod edičním vedením prof. MUDr. Miloše Tábořského, CSc., „Interní propedeutika“ a „Kardiologie pro interní praxi“ pokřtili předseda České internistické společnosti prof. MUDr. Richard Češka, CSc., spolu s prof. MUDr. Miroslavem Součkem, CSc. Kmotrem publikace „Antikoagulační léčba při fibrilaci síní“ autorů MUDr. Terezy Švarcové a MUDr. Jiřího Veselého byl prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.

V edici Aeskulap nově vyšla kniha autorů doc. MUDr. Petra Čápa, Ph.D., MUDr. Alice Benčové, Ph.D., a doc. MUDr. Miloše Jeseňáka, PhD. Její název je „Vyšetřování vydechaného oxidu dusnatého u asthma bronchiale“. Slavnostně byla pokřtěna při příležitosti XXXI. sjezdu českých a slovenských alergologů a imunologů v Ostravě. Nabízí aktuální přehled současných poznatků o využití vydechaného oxidu dusnatého v klinické praxi u dospělých jedinců i dětské populace.

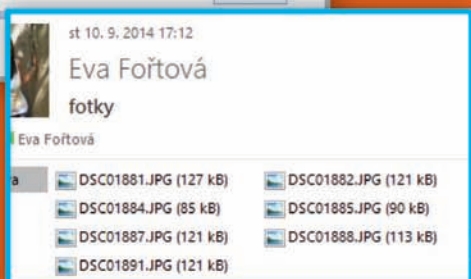
Všechny tyto publikace (a samozřejmě i mnoho jiných) je možné zakoupit na: [www.kniha.cz](http://www.kniha.cz). (red)

# Office

Potřebujete poslat fotky a jsou moc velké?



Stačí je jen přiložit a Outlook Vám pomůže s jejich zmenšením.



Více se dozvíte na [www.officepower.cz](http://www.officepower.cz)

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

Nejlevnější trvalá licence bez dalších poplatků. Nyní přenositelná.

Microsoft

## ZE SPOLEČNOSTI

Otevření **Dentálního učení Kladno**

Poslední říjnový den bylo slavnostně otevřeno nové a u nás zcela ojedinělé zdravotnické vzdělávací centrum. Je jím edukační kampus Dentálního učení Kladno (DUK).

Centrum celoživotního vzdělávání v oblasti zubního lékařství vzniklo v areálu bývalých kasáren Lidice v Kladně, které je i jedním z významných podporovatelů vzniku a provozu kampusu. „Kladno jsme si vybrali, protože jsme chtěli být blízko Praze a kvů-

li podmínkám, které nám tady byly vytvořeny,“ uvedl při otevření kampusu zakladatel a ředitel DUK MUDr. Jiří Pekárek. Edukační centrum nabízí platformu pro předávání znalostí a dovedností zubním lékařům, dentálním hygienistkám, zubním technikům

a asistentkám zubních lékařů. Poskytuje zázemí i studentům zubního lékařství a dalších oborů, vzniknout by tu měla i vysoká škola pro dentální hygienistky. Učit zde budou přední domácí a zahraniční odborníci.

**Moderní zázemí**

Výukové prostory jsou již vybavené nejmodernější pre-

zentační a zejména zdravotnickou technikou. K dispozici je nejen výuková zubní ordinace se šesti stomatologickými křesly a s možností on-line přenosu do přednáškové místnosti, ale i fantomová a simulátorová učebna, vybavené unikátní technologií fantomových hlav pro praktickou výuku zubních lékařů. V kampusu je

i výuková zubní laboratoř s moderní technologií pro výrobu protetiky.

Kampus Dentálního učení Kladno vznikl i za přispění finančních prostředků EU, konkrétně z Integrovaného operačního programu a oblasti intervence zaměstnanosti a sociálních služeb. I díky tomu je zde zubní laboratoř, kde mohou pracovat a dál se zdokonalovat ve své profesi zdravotně postižení, například neslyšící zubní technici. **(D)**



Symbolickou pásku přestřihl ministr školství, mládeže a tělovýchovy Marcel Chládek (vlevo) a ředitel DUK MUDr. Jiří Pekárek. | Foto: DUK

## Festival „Dotkni se vědy“ a 3. LF UK

Týden vědy a techniky, festival přednášek, výstav, dnů otevřených dveří a interaktivních prezentací, proběhl v prvních dvou listopadových týdnech na 50 místech ČR. Velmi aktivní roli zde sehrála 3. LF UK.



Malý operátér s kostrou. | Foto: 3. LF UK

Expozicí zaměřenou na čtyři stěžejní témata současné medicíny – kardiologii, diabetologii, psychotická onemocnění a globální nebezpečí virových onemocnění – se festivalu „Dotkni se vědy“ zúčastnila 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Představila se výstavou v samém centru festivalu, v budově Akademie věd v Praze na Národní třídě. 8. a 9. listopadu tu fakulta zorganizovala a uvedla přednášky předních odborníků – diabetologa prof. MUDr. Michala Anděla, CSC, psychiatra prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc., FRCPsych, kardiologů doc. MUDr. Petra Touška, Ph.D., MUDr. Viktora Koč-

ky, Ph.D., a epidemiologa doc. MUDr. Alexandra Martina Čelky, CSC.

Návštěvníci si mohli také prohlédnout a aktivně vstoupit do expozice s interaktivními prvky a shlédnout hrané i dokumentární filmy s medicínskou tematikou a divadelní skeče studentů fakulty. „Cílem naší účasti na festivalu není jen ‚být při tom‘,“ řekla proděkanka 3. LF UK prof. MUDr. Lucie Bankovská, Ph.D., „ale ukázat vynikající vědecké výsledky, kterých naše fakulta dosahuje. A také přirozeně přivést co nejvíc středoškoláků k rozhodnutí právě na naší škole studovat.“ **(red)**

**Nezapomenutelný večer – benefice pro ČALS**

Michal Horáček a František Segrado byli hlavními aktéry benefičního koncertu ve prospěch České alzheimerové společnosti (ČALS).

„Nezapomenutelný večer“ slíbili (a slib dodrželi) Michal Horáček, František Segrado, Lenka Nová, Ruth Horáčková a Ondřej Ruml divákům, kteří se 16. října vydali do divadla La Fabrika na první benefiční koncert ve prospěch České alzheimerové společnosti. Umělci mimo jiné představili zbrusu nový program hudebního cyklu „Mezi námi“ a proběhl také křest nového alba „Segrado“. Vzniklo v dílně Michala Horáčka a je prvním sólovým počinem zpěváka Františka Segrada.

da. Koncert přenášel Český rozhlas Radiožurnál. Nepřítomným protagonistou celé akce byl i Petr Hapka. Celoživotní „parták“ Michala Horáčka se dostavit nemohl, protože právě Alzheimerova choroba již silně narušuje jeho životní pouť. Slavnostním večerem ČALS zviditelnila téma stárí a fakt, že demence není jeho normální součástí. Výtěžek navíc pomůže lidem s demencí i jejich hodně zkušeným rodinným příslušníkům. **(D)**



Zleva: Ondřej Ruml, František Segrado, Ruth Horáčková a Michal Horáček. | Foto: V. Brada

**Setkání na zámku Blatná**

Letošní setkání věnované významu odkazu J. E. Purkyně pro současnou biomedicínu proběhlo 18. října.

Volba místa každoročních setkávání věnovaných purkyňovské tradici, purkyňovské zámek, je tradiční a výborná. Rodina Hildprandtů, mecenášů Purkyňova vzdělání, za jeho života vlastnila a nyní našťástí opět vlastní a spravuje toto své jihočeské sídlo. Baronka Jana Germenisová-Hildprandt byla velkorysou hostitelkou i letošního semináře. Jeho odborný program byl zaměřen na Purkyňovy aktivity v oblasti neurověd a na některá významná témata neurologie spojená s Purkyňovými výzkumy. Z přednášek, které zazněly, připomeňme alespoň příspěvek „Fyziologický ústav Lékařské fakulty

Univerzity Karlovy v Praze – druhý samostatný ústav založený J. E. Purkyňem“ (prof. Jaroslav Pokorný, Fyziologický ústav 1. LF UK), „E. Babák jako pokračovatel Purkyňovských tradic“ (prof. Pavel Bravený, Fyziologický ústav LF MU) a „Současné výzkumné aktivity fyziologických ústavů lékařských fakult v české republice“ (prof. Richard Rokyta, Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK). Mezi vzácnými hosty semináře nechyběl ani prezident ČLS JEP, profesor Jaroslav Blahoš, rektor Karlovy univerzity, profesor Tomáš Zima a děkan 1. lékařské fakulty UK, profesor Aleksi Šedo. **(D)**



Baronka Jana Germenisová-Hildprandt při uvítacím projevu. | Foto: Jana Jilková

## Zemřel profesor Zvolský

Ve věku 81 let zemřel 29. října 2014 emeritní přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN **prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.**

Profesor Petr Zvolský se narodil v roce 1933 v Praze. V roce 1959 absolvoval Fakultu všeobecného lékařství Univerzity Karlovy a roku 1961 nastoupil na Psychiatrickou kliniku na Karlově, které zůstal věrný více než 50 let. Doba před rokem 1989 mu vzhledem k jeho původu a pevným názorům nepřála. Až v roce 1990 se stal přednostou kliniky a po roce byl jmenován profesorem pro obor psychiatrie. Velmi se zasadil o mezinárodní prestiž tohoto pracoviště i celé české psychiatrie. Jako předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP organizoval četná mezinárodní sympozia, která k nám přivedla špičkové pracovníky z celého světa. V roce 1994 byl prezidentem regionální konference Světové psychiatrické společnosti v Praze, jejímž čestným



členem byl později jmenován. Své bohaté zkušenosti na mezinárodním poli využil i jako proděkan pro zahraniční styky 1. LF UK. Byl zakladatelem české psychiatrické genetiky, které věnoval několik svých monografií. Jako jeden z prvních u nás rozvíjel profylaktickou léčbu afektivních poruch. Byl oblíbeným učitelem a autorem oceněných studijních textů. Za celoživotní zásluhy o rozvoj nejen psychiatrie, ale lékařských věd vůbec, bylo prof. Zvolskému kromě jiných ocenění v roce 1998 uděleno čestné členství Psychiatrické společnosti i ČLS JEP. V roce 2005 mu prezident republiky jako jednomu z mála našich psychiatrů udělil státní vyznamenání Za zásluhy.

(Zdroj: 1. LF UK)

(kha)

## Zemřel profesor Pilka

V sobotu 25. října zemřel ve věku 81 let český gynekolog, porodník a průkopník asistované reprodukce v České republice **prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc.**

Profesor Pilka se narodil v roce 1933 v Hradčovicích u Uherského Brodu. Téměř celý svůj profesní život věnoval léčbě neplodnosti. Postupně zaváděl tubární mikrochirurgii a později s týmem spolupracovníků rozpracoval asistovanou reprodukci. Se svými kolegy dosáhl světového prvenství zavedením

metody GIFT – přenos gamet do vejcovodu. První dítě na světě počaté touto metodou se narodilo roku 1982 v Brně.

„Naše první děti ze zkumavky vznikaly doslova na koleně. V Československu tehdy nebyl dostupný žádný materiál, speciální stříkačky jsem sehnal na Slovensku ve Staré

Turě a naše sestřičky je musely dopilovat, abychom dosáhli potřebné špičatosti. Hadičky jsem sehnal od vojáků a speciální komůrku, kde se spojuje vajíčko se spermií, vyrobil kolega v týmu,“ vzpomínal v roce 2012 profesor Pilka v rozhovoru pro ČTK na podmínky práce v brněnské porodnici na Obilním trhu.

Za své úsilí a pracovní úspěchy dosáhl prof. Pilka mezinárodního uznání a obdržel řadu národních a mezinárodních ocenění. V roce 1998 byl oceněn v San Francisku Světovou organizací pro léčbu neplodnosti a v roce 2000 od ministra školství obdržel medaili I. stupně za odbornou pedagogickou a vědecko-výzkumnou činnost. Od roku 2003 byl čestným členem České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Na konci své kariéry působil jako přednosta Kliniky reprodukční medicíny a gynekologie Zlín. Byl členem Centrální etické komise ministerstva zdravotnictví.

(Zdroje: ČTK, IVF Zlín)

(kha)



Foto: Tomáš Novák / Euro

Inzerce M141000418



## Začněte ještě dnes pro své zdravější já!

- Sanofi Diabetes má za cíl přinášet inovace, informace a podporu lidem z různých koutů světa, kteří musejí žít s diabetem.
- Ve spolupráci s Mezinárodní diabetologickou federací zvyšujeme povědomí o významu zdravé stravy, která pomáhá diabetes kontrolovat a předcházet mu.
- Připojte se k nám ještě dnes. Podívejte se, jak můžete svou stravu změnit k lepšímu, a na Světový den diabetu odstartujte svou životní proměnu.
- Zdravá strava znamená vaše **zdravější já**.
- Společně dokážeme snížit dopad diabetu na lidské životy.



www.worlddiabetesday.org

CZ.DIA.14.10.23

## SERVIS

# Kalendář akcí odborných lékařských společností – prosinec 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](mailto:miksova@mf.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

1. 12. 2014/Zlín

**Místo konání:** Aula Střední zdravotnické školy Příluky  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Aktuality v mikrobiologii

2. 12. 2014/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům  
**Pořadatel:** Československá společnost mikrobiologická  
**Kontakt:** [www.infekce.cz](http://www.infekce.cz)

## Večer neurologické kliniky

3. 12. 2014/Plzeň

**Pořadatel:** Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni  
**Kontakt:** [www.cls.cz](http://www.cls.cz)

## 33. regionální dny klinické biochemie

3.-5. 12. 2014/Karlova Studánka

**Pořadatel:** Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.cskb.cz](http://www.cskb.cz)

## UICC World Cancer Congress

3.-6. 12. 2014/Melbourne, Austrálie

**Kontakt:** [www.worldcancercongress.org](http://www.worldcancercongress.org)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

4. 12. 2014/Liberec, Karlovy Vary

**Místo konání:** Clarion Grandhotel Zlatý lev (Liberec), Hotel U Šimla (Karlovy Vary)  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Poruchy vývoje řeči

4. 12. 2014/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům  
**Pořadatel:** Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR  
**Kontakt:** [www.cls.cz](http://www.cls.cz)

## 23. česká urogynekologie 2014

4. 12. 2014/Praha

**Místo konání:** Clarion Congress Hotel Prague  
**Pořadatel:** Urogynekologická společnost ČR, urogynekologická sekce České gynekologické

a porodnické společnosti ČLS JEP, Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady v Praze  
**Kontakt:** [www.congressprague.cz/urogyn2014](http://www.congressprague.cz/urogyn2014)

## Podpora zdraví na pracovišti

4. 12. 2014/Praha

**Místo konání:** Státní zdravotní ústav, posluchárna v budově č. 11  
**Pořadatel:** Státní zdravotní ústav, Společnost pracovního lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.pracovni-lekarstvi.cz](http://www.pracovni-lekarstvi.cz)

## 54. otologický den

4.-5. 12. 2014/Mikulov

**Místo konání:** Hotel Galant  
**Pořadatel:** Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.otolaryngologie.cz](http://www.otolaryngologie.cz)

## 13. vzdělávací a diskuzní gastroenterologické dny

4.-6. 12. 2014/Karlovy Vary

**Místo konání:** Hotel Thermal  
**Pořadatel:** Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP, gastroenterologická sekce ČAS  
**Kontakt:** [www.gastrodny2014.cz](http://www.gastrodny2014.cz)

## Polékové reakce v klinické praxi

**Klasifikace lékových problémů, příklady v klinických kauzistikách, klinicky významné lékové interakce a interakce léků s potravou v práci klinického farmaceuta, lékové problémy při užití kardiiovaskulárních léčiv a jejich řešení; problematika nežádoucích účinků léčiv a individualizace léčebných schémat při užití gastrointestinálních léčiv.**  
5. 12. 2014/Hradec Králové  
**Místo konání:** Botanická zahrada FaF UK  
**Pořadatel:** Univerzitní vzdělávací centrum klinické farmacie FaF UK  
**Kontakt:** [www.faf.cuni.cz/uckf](http://www.faf.cuni.cz/uckf)

## IASGO 2014

**Liver Cancer – Therapeutic Benefits Arising from New Drugs Liver Transplantation**  
5.-7. 12. 2014/Vídeň, Rakousko



Ilustrace foto: Shutterstock

**Místo konání:** Medical University of Vienna

**Pořadatel:** International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO)  
**Kontakt:** [www.iasgo2014.org](http://www.iasgo2014.org)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

6. 12. 2014/Olomouc, Plzeň, Praha

**Místo konání:** Aula Právnické fakulty UP (Olomouc), Šafránkův pavilon (Plzeň), Lékařský dům (Praha)  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## CECR 2014

10th Central European Congress of Rheumatology (CECR)  
6.-7. 12. 2014/Vídeň, Rakousko  
**Místo konání:** Techgate Vienna  
**Kontakt:** [www.cecr2014.at](http://www.cecr2014.at)

## 12. konference pracovní skupiny akutní kardiologie ČKS

7.-9. 12. 2014/Karlovy Vary

**Místo konání:** Grandhotel Pupp  
**Pořadatel:** Česká kardiologická společnost  
**Kontakt:** [www.kardio-cz.cz](http://www.kardio-cz.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

9. 12. 2014/Ostrava, Pardubice  
**Místo konání:** Hotel Imperial (Ostrava), Hotel Zlatá štika (Pardubice)  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

10. 12. 2014/České Budějovice, Jihlava

**Místo konání:** Clarion Congress Hotel (ČB), presbytář Hotelu Gustav Mahler (Jihlava)  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Pražský radiologický den Aktuality z pražských radiologických pracovišť

11. 12. 2014/Praha

**Pořadatel:** Radiodiagnostická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady v Praze  
**Kontakt:** [www.crs.cz](http://www.crs.cz)

## Předvánoční setkání alergologů a klinických imunologů

11. 12. 2014/Praha

**Místo konání:** Nemocnice Na Homolce  
**Pořadatel:** Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.csaki.cz](http://www.csaki.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

11. 12. 2014/Hradec Králové, Praha, Ústí nad Labem

**Místo konání:** Nové Adalbertinum (HK), Lékařský dům (Praha), Best Western Hotel Vladimír (Ústí n/L)  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## 13. intenzivní kurz IBD pro lékaře a sestry

11.-12. 12. 2014/Praha

**Místo konání:** Kongresové centrum IKEM

**Pořadatel:** Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, nadační fond IBD Comfort

**Kontakt:** [www.congressprague.cz/ibd2014](http://www.congressprague.cz/ibd2014)

## 12th International Conference on Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics of Infectious Diseases

11.-13. 12. 2014/Bangkok, Thajsko

**Místo konání:** The Royal River Hotel  
**Kontakt:** [www.meegidconference.com](http://www.meegidconference.com)

## 18. kongres o ateroskleróze

11.-13. 12. 2014/Špindlerův Mlýn

**Místo konání:** Hotel Harmony Club  
**Pořadatel:** Česká společnost pro aterosklerózu, ve spolupráci s Českou hepatologickou společností ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.athero.cz](http://www.athero.cz)

## Ošetrovatelské modely v paliativní péči

**Úloha biografie v paliativní péči, koncept smyslové aktivizace, bazální stimulace, empatická ošetrovatelská péče, možnosti kinestetické podpory pohybu v paliativní péči, integrativní validace – součást paliativní péče...**

12. 12. 2014/Praha

**Místo konání:** Velký sál Magistrátu hl. m. Prahy  
**Pořadatel:** Asociace PALMA ve spolupráci s Mladou frontou, a. s., divizí Medical Services  
**Kontakt:** [www.kongres-medical.cz](http://www.kongres-medical.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

13. 12. 2014/Brno

**Místo konání:** Kancelář veřejného ochránce práv  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

17. 12. 2014/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Virové hepatitidy

19.-21. 12. 2014/Krkonoše

**Místo konání:** Husova bouda  
**Pořadatel:** Společnost infekčního lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** [www.infekce.cz](http://www.infekce.cz) (sta)



# AGW

**AGW JE JEDINÝ PŘÍSTUP DO INTERNÍCH APLIKACÍ,  
A TO JEDNÍM JMÉNEM A JEDNÍM HESLEM**  
**AGW ZVYŠUJE BEZPEČNOST VÍCFAKTOROVOU AUTENTIZACÍ**  
(JEDNORÁZOVÉ HESLO, SMS, CERTIFIKÁT...)



**JEDNO JMÉNO  
JEDNO HESLO**

**VY NEMÁTE PRO VŠECHNY  
INTERNÍCH APLIKACE JEDNO HESLO???**  
**TO MY ANO!! POUŽÍVÁME  
TOTIŽ AGW!**

- **CENTRÁLNÍ PŘÍSTUPOVÁ BRÁNA UMOŽŇUJÍCÍ PŘIHLÁŠENÍ JEDNÍM JMÉNEM A HESLEM DO INTERNÍCH WEBOVÝCH APLIKACÍ**
- **POKROČILÁ AUTENTIZACE UŽIVATELŮ BEZ NUTNOSTI PODPORY ZE STRANY APLIKACÍ**
- **ZVÝŠENÍ BEZPEČNOSTI - ODSTRANĚNÍ PROBLÉMU LÍSTEČKŮ S HESLY NALEPENÝMI NA MONITORECH A NÁSTĚNKÁCH**
- **SINGLE SIGN ON - PRO PŘÍSTUP DO PŘIPOJENÝCH APLIKACÍ ZADÁ UŽIVATEL POUZE JEDNOU SVÉ JMÉNO A HESLO**



## SERVIS

**Iva Holmerová, Božena Jurašková, Dana Müllerová, Lucie Vidovičová, Lada Habrcetlová, Martin Matoulek, Jitka Suchá, Marta Šimůnková**  
**Průvodce vyšším věkem**

Manuál pro seniory a jejich pečovatelské



Rozsah: 208 stran  
 Cena: 290 Kč  
 ISBN: 978-80-204-3119-6  
 Vydavatel: Mladá fronta

Motto: Hlavním cílem v přípravě na stáří a ve stáří samotném by mělo být co nejdéle udržet to, co jsme se naučili v prvních třech letech života – vzpřímené držení těla, chůzi, řeč a touhu poznávat.

V úvodu knihy čtenář nalezne důležité informace o možnostech ovlivnění zdravotního stavu seniorů. Pomínuto není ani působení deprese, které je u lidí tohoto věku stále podceňováno, přestože deprese je léčitelnou chorobou. Další statě se věnují poruchám výživy ve stáří, především podvýživě a malnutrici jakožto příčinám mnoha úmrtí v nemocnicích. Součástí kapitoly o demencích a poruchách kognitivních funkcí jsou i praktické návody jak trénovat paměť. Další kapitoly pojednávají o zásadách zdravé výživy a pohybové aktivitě seniorů.

Autoři rovněž zdůrazňují význam kultury, vzdělávání a společenských aktivit, jež výrazně zvyšují kvalitu života seniorů. V závěru knihy se pak věnují problematice sociálních služeb a domácí péči o seniory. Praktické rady a návody jak postupovat v konkrétních situacích jsou doplněny přehledem v ČR dostupných sociálních služeb.

**Igor Karen, Štěpán Svačina a kolektiv**

**Diabetes mellitus v primární péči**

2., rozšířené vydání



Rozsah: 264 stran  
 Cena: 520 Kč  
 ISBN: 978-80-904899-8-1  
 Vydavatel: Axonite

Jedná se o aktualizované a rozšířené vydání stejnojmenné knihy, která vznikla v mezioborové spolupráci

diabetologů a praktických lékařů a reaguje na současný stav péče o diabetiky u nás, kdy je její část nově svěřena do rukou všeobecných praktických lékařů. Oproti prvnímu vydání z roku 2011 publikace navíc obsahuje kapitoly o DM 1. typu, o využití moderních technologií k monitoraci glykemie a inzulinových pump, informace o transplantaci slinivky, očkování u diabetiků, kapitolu o psychologických aspektech diabetu aj. Aktualizace reflektují rychlý vývoj v oboru.

**Miroslav Netval, Dalimil Chocholáč**  
**Atlas ortopedické tuberkulózy**



Rozsah: 94 stran  
 Cena: 130 Kč  
 ISBN: 978-80-246-2401-3  
 Vydavatel: Karolinum

Monografie s více než 200 vyobrazeními přináší komplexní pohled na ortopedickou tuberkulózu i vývoj terapie tohoto onemocnění od dávné historie až po současnost.

**Jiří Gallo**  
**Osteoartróza**



Rozsah: 150 stran  
 Cena: 195 Kč  
 ISBN: 978-80-7345-406-7  
 Vydavatel: Maxdorf

Osteoartróza je nejběžnějším typem postižení kloubů. Přestože odhady celkové prevalence se liší geograficky i podle použitých kritérií, jisté je, že ve věku nad 45 let postihuje cca 20 % mužů a přibližně dvakrát tolik žen. Přestože nejde o chorobu, která by přímo zkracovala délku života, její dopad na kvalitu života je obrovský. Nemocní trpí bolestmi, často i těžkou snesitelnými, a jejich pohyb je v různé míře omezen.

Přestože příčiny osteoartrózy jsou velmi rozmanité a ne vždy zcela přesně chápeme patofyziologickou podstatu dějů, které vedou k poškození kloubů, lze nemocným v současné době v jejich trápení výrazně ulevit. V praxi je však péče věnovaná nemocným osteoartrózou často nedostatečná, mnozí lékaři nemoc podceňují a ne vždy dobře znají

## NOVÉ KNIHY

možnosti současné farmakoterapie i dalších terapeutických modalit.

Právě s cílem zásadně zlepšit přístup k nemocným s osteoartrózou připravil přední český ortoped, prof. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D., publikaci, která je stručná, ale současně vysvětluje všechny důležité souvislosti diagnostiky a terapie s přímým výstupem směřujícím ke zlepšení kvality života nemocného.

**Jan Lebl, Jan Janda, Petr Pohunek, Jan Starý a kolektiv**  
**Klinická pediatrie**  
 2. vydání



Rozsah: 698 stran  
 Cena: 1500 Kč  
 ISBN: 978-80-7492-131-5 (Galén), 978-80-246-2697-0 (Karolinum)

Vydavatel: Galén – Karolinum

Učební text státnicového oboru navazuje na publikaci motolských autorů Preklinická pediatrie. Obsahuje kapitoly o jednotlivých tělních systémech a subspecializacích pediatrie, pojednává o etiologii a patogenezi, diagnostice a terapii nemocí dětského věku od prenatálního období po začátek dospělosti. Zprostředkovává základní pohled na nejdůležitější oblasti péče o dítě a dospívající a didakticky jasným členěním poskytuje přístup ke všem důležitým informacím v zájmu časné diagnostiky, ověřeného terapeutického postupu a dalšího sledování v oblasti primární péče s návazností na další stupně odborné a specializované péče.

**Vladislav Hytych, Alice Tašková, Martina Vašáková a kolektiv**  
**Plicní chirurgie v instruktivních kazuistikách**



Rozsah: 288 stran  
 Cena: 995 Kč  
 ISBN: 978-80-7345-407-4  
 Vydavatel: Maxdorf

Knihla navazuje na publikaci téhož autora Minimum z plicní chirurgie – krok za krokem (Maxdorf, 2013). Jednotlivé klinické kazuistiky pokrývají celou problematiku plicní chirurgie, od nádorových onemocnění přes specifické a nespecifické záně-

ty a ostatní nenádorová onemocnění až po plicní traumatologii. Hlavní část tvoří popis jednotlivých případů se stručným schématem diagnostického postupu, diferenciální diagnostikou a technikou operace. Vlastní popis je doplněn množstvím komentovaných RTG a CT vyšetření, kazuistiky jsou dále doplněny galeriemi CT a PET CT rekonstrukcí a komentovanými záběry z operací.

**Karel Řežábek**  
**Asistovaná reprodukce**  
 2., aktualizované a doplněné vydání



Rozsah: 144 stran  
 Cena: 195 Kč  
 ISBN: 978-80-7345-396-1  
 Vydavatel: Maxdorf

S diagnózou neplodnosti se u nás setkává každý šestý pár. Příčina je téměř stejně často na straně muže jako na straně ženy. Naštěstí jsou moderní léčebné metody velmi úspěšné – většinou neplodných párů se po léčbě otěhotnění podaří. Vyšetření pro neplodnost a případnou léčbu obvykle zahajuje terénní gynekolog. Podle výsledků vyšetření a léčby může následně předat neplodný pár na specializované pracoviště reprodukční medicíny, kde jsou dostupné metody asistované reprodukce, které jsou hlavní náplní této knihy. Její druhé vydání zachycuje jak důležité novinky v oboru za uplynulých 6 let (depotní gonadotropiny, elektivní single embryo transfer, antimülleriánský hormon a jeho srovnání s antral follicle count, nový manuál WHO k vyšetření a zpracování spermatu), tak i důležité změny v zákonech a úhradě IVF cyklů.

**Jiří Widimský, jr., Jiří Widimský a kolektiv**  
**Hypertenze**

4., rozšířené a přepracované vydání



Rozsah: 584 stran  
 Cena: 499 Kč  
 ISBN: 978-80-7387-811-5  
 Vydavatel: Triton

Čtvrté vydání monografie opět komplexně představuje problematiku vysokého krevního tlaku. Zahnuje epidemiologické údaje, patogenezi, klasifikaci a diagnostiku hypertenze včetně různých metod

měření krevního tlaku. Na rozdíl od všech předchozích vydání je pozornost věnována i hypertenzi v dětství a dospívání. Podrobně jsou diskutovány farmakologické léčebné přístupy, a to i v různých specifických situacích, jako je hypertenze u diabetu mellitu, ischemické choroby srdeční či v těhotenství. Samostatná kapitola je věnována nefarmakologické terapii rezistentní hypertenze. Součástí publikace je shrnutí poznatků o sekundární hypertenzi, především renální a endokrinní, o její diagnostice a léčbě. Autoři při psaní vycházeli z českých i evropských doporučení k diagnostice a léčbě hypertenze, vydaných v letech 2012–2013.

**Torsten Haferlach, Ulrike Bacherová, Harald Thelm, Heinz Diem**  
**Kapesní atlas hematologie**

Překlad 6., přepracovaného vydání



Rozsah: 232 stran  
 Cena: 699 Kč  
 ISBN: 978-80-247-4787-3  
 Vydavatel: Grada

Atlas se 300 obrázky a tabulkami z nakladatelství Thieme Verlag obsahuje všechna hematologická onemocnění s jejich typickými nálezy, praktické návody jak odlišit „ještě normální“ od patologického, techniky a metody vyšetřování.

**Kolektiv autorů**  
**Ať žijí stomici**



Rozsah: 100 stran  
 Cena: 195 Kč  
 ISBN: 978-80-7345-401-2  
 Vydavatel: Maxdorf

Knihla vznikla během realizace projektu spolufinancovaného Evropským sociálním fondem Život bez omezení – Life Without Limits. Jejím cílem je informovat o životě lidí s vředy v České republice a Slovenské republice. Ukázat, že se stomii žije mnoho lidí, kteří dokázali onemocnění zvládnout a vrátit se zpět do života i zaměstnání. Knižka má psychicky podpořit ty, kteří již stomii mají, dodat jim odvalu a nabídnout pomoc, již najdou ve sdruženích stomiků.



**20 / Rozhovor**

S Mgr. Markétou Koutnou nejen na téma ošetřování ran

**28 / Urologie**

Péče o ženu po urogynekologickém výkonu

**31 / Vzdělávání**

Adaptační proces na jednotce intenzivní péče

# Pořád mám dny, kdy se vysloveně těším do práce

**Magistra Markéta Koutná** je jednou ze sester, které nelitují výběru povolání a celý svůj profesní život se vzdělávají, aby mohly být schopné odvádět svoji práci na vysoké odborné úrovni.

## Co vás přimělo k rozhodnutí věnovat se ošetrovatelství?

Byla to spíše náhoda. Moje maminka byla zdravotní sestra, ale ta mě spíš od tohoto povolání odrazovala. Já jsem nejdříve pomýšlela spíše na kariéru učitelky. Ale jednou jsem úplně náhodou slyšela v rádiu pořad o pacientech s onkologickým onemocněním. Vzbudilo to ve mně pocit, že bych těmto lidem mohla nějakým způsobem pomáhat. Končila jsem základní školu, bylo mi 15 let a měla jsem tenkrát představa o práci ve výzkumu a v péči o onkologické pacienty. Nebyla jsem si jistá, zda zvládnou studium medicíny, a tak jsem zvolila zdravotnickou školu.

## Kde jste studovala?

Byla jsem přijata na Střední zdravotnickou školu v Mladé Boleslavi v roce 1973 a maturovala jsem roku 1977. Měla jsem štěstí na řadu výborných pedagogů. Uvily mi v hlavě některé myšlenky, které měly na mé studium a posléze i na práci s pacienty velký vliv. Významnou osobností byl ředitel naší školy. Vyučoval především psychologii a snažil se o to, aby absolventkami jeho školy byly „hrdé“ sestry, které jsou na své povolání pyšné. S několika pedagogy, kterých jsem si vážila, jsem se setkala po roce 1989. Bylo to pro mě tak trochu zklamání. Už to byli jiní lidé v jiné společnosti.

## Kde jste po maturitě začala pracovat?

Hned po maturitě jsem nastoupila do Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Začala jsem pracovat na klinice anesteziologie a resuscitace. Pracuji zde již 36 let.

## V odborné veřejnosti jste známá jako odbornice na ošetřování chronických ran. Je to poměrně nová oblast ošetrovatelství. Jak jste se k této práci dostala?

Ošetřování ran se věnuji už skoro

20 let. Nedá se říci, že je to nová oblast ošetrovatelství, jen se asi v odborné literatuře věnuje hojení větší prostor. Péče o rány byla součástí komplexní péče o pacienty vyžadující intenzivní péči. Hojení ran jsem se vlastně věnovala od počátku své kariéry, jen s jinými prostředky a jinou filozofií léčby. Pečovali jsme převážně o proleženiny a velké operační rány. Standardními prostředky tenkrát byly různé masti, mastný tyl a roztoky, které jsou dnes již obsoletní. Přesto jsme s těmito materiály zvládli i velmi složité rány. Prostředky, které se v té době používaly, z dnešního pohledu opravdu nebyly dobré. Některé pacienty jsme museli převazovat několikrát denně, takže to nebylo komfortní ani pro ně. Ale i za těchto podmínek jsme dokázali zázraky. Nemožu však říct, že bych se této oblasti v počátcích věnovala speciálně, byla to spíše součást mé práce, celkové péče o pacienta.

## Kdy nastala změna?

Ta nastala až po roce 1989, kdy poprvé přišla zástupkyně společnosti Johnson&Johnson s „novými materiály“. Ale těsně před touto návštěvou došlo k události, kterou dnes zpětně hodnotím jako „znamenání“ v mé budoucí specializaci. Během víkendu jsem se starala o hematologického pacienta. Péče o tyto nemocné je dost náročná. Kromě převazů je třeba několikrát denně převlékat pacienty i celé lůžko v důsledku profúzní sekrece všech kožních pórů. Neměla jsem v té době žádné prostředky, kterými by bylo možné pokrýt a vysušit povrch celého těla. A tenkrát jsem použila genciánovou violeť, přestože už jsme od jejího požívání ustupovali. Pacient byl sice celý fialový, ale mělo to alespoň krátkodobý efekt, protože jednotlivé póry zaschly. V pondělí na vizitě viděl takto „vybarveného“ pacienta vedoucí lékař... Pohled na pacienta byl opravdu tristní. A tehdy



Foto: Leoš Chodura

lékař pro celé oddělení doporučil první ošetrovatelské postupy, které je třeba dodržovat. Genciána v doporučeních samozřejmě nebyla. Ty postupy mám dodnes schované.

## Před rokem 1989 asi nebylo k dispozici moc prostředků určených k ošetření ran...

Stejně jako jiná oddělení jsme používali prostředky, které byly k dispozici, jako třeba Rivanol, roztok chloraminu nebo Persteril. Postupně jsme začali používat i modernější prostředky, jako byl například Panthenol, Chlorophyl, Infadolon nebo Calcium pantothenicum. Měli jsme už stanoveny, co a kdy jak použít. Bylo vymezeno jak ošetřovat povrchové exkoriace, defekty na nosu, v ústech nebo jak pečovat o tracheostomie, jednotlivé stupně dekubitů, popáleniny a další typy ran. Vytvořili jsme si první standardní postup ošetření chronické rány a v krátké době potom na naše oddělení přišla zástupkyně firmy Johnson&Johnson a nabídla

nám opravdu špičkové prostředky, jako jsou Inadine, Actisorb Plus a další.

Pověření používat tyto prostředky měla naše staniční sestra, kterou jsem v té době zastupovala. Měly jsme spolu velmi dobrý pracovní vztah a dobře jsme se doplňovaly. Ona mě posléze vzala do týmu a rány jsme pak ošetřovaly spolu. Výsledky byly viditelné ze dne na den. Bylo to neuvěřitelné. Mohly jsme porovnávat, jak dlouho trvalo, než byla „vyléčena“ rána ošetřovaná Rivanolem, oproti ráně léčené „novými“ materiály. Pro ošetřování ran jsme se nadchly, vrhly jsme se do studia této problematiky. Fotily jsme si různé kauzistiky, publikovaly jsme výsledky a přednášely na odborných ošetrovatelských fórech. V tu dobu nebyla k dispozici žádná odborná literatura v češtině. Musely jsme se spolehnout na teoretické podklady od různých firem, které byly převážně v angličtině.

## Ve Všeobecné fakultní nemocnici byla zřízena ambulance

## hojení ran. Vy zde působíte již od počátku?

Ne, současná ambulance je čtvrtá v pořadí, co se týká umístění. Ale v těch třech předchozích jsem se účastnila jejich zřízení a vybavení. V současné ambulanci pracovaly již dvě moje kolegyně a já jsem se k nim připojila. Od počátku bylo naší vizí, aby zřízení ambulance poskytovalo možnost návaznosti pro pacienty, kteří jsou léčeni s různými ranami během hospitalizace a my jim před dimisi můžeme nabídnout navazující péči o rány. Mezi námi a klinikami funguje taková nepsaná dohoda o spolupráci, která je výhodou pro pacienta, lékaře i sestru. Pacienti jsou s tímto postupem velmi spokojeni. Ošetřujeme nemocné nejen z naší nemocnice, ale i z jiných regionů.

## Ošetření chronické rány patří spíše mezi postupy, které vykonávají výhradně sestry. Jakou úlohu má podle vás v této oblasti lékař?

Vyhláška číslo 55 z roku 2011 dává sestřím kompetence v pro-

vádění ošetření akutních a operačních ran včetně hodnocení a ošetřování poruch celistvosti kůže a chronických ran. Indikace léčivých materiálů k těmto kompetencím nepatří, ale řešit otázku krytí se doporučuje ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Zda bude převaz prováděn sestrou nebo lékařem za asistence sestry, závisí na typu, rozsahu, lokalitě rány a závažnosti zdravotního stavu pacienta. Já osobně pokládám spolupráci s lékařem za velmi důležitou. Domnívám se, že role lékaře a sestry je v této oblasti srovnatelná, ale bez lékaře by tato práce nebyla možná.

V současné době pracuji na interním oddělení na Strahově a po dlouhé době cítím velkou podporu ve své práci ze strany lékařů i celého vedení. Po stránce odpovědnosti se cítím bezpečněji, protože vím, že „lékař tu je a že mi pomáhá“, případně moje postupy koriguje, prostě se na něho mohu spolehnout. Považuji to za ideální model spolupráce lékaře a sestry.

#### S kompetencemi sestry úzce souvisí úroveň její kvalifikace. Vy sama se neustále vzděláváte...

Já jsem se do studia pustila v době, kdy moji synové byli relativně samostatní. V určitém období jsme studovali vysokou školu všichni tři. Měla jsem i morální podporu manžela, bez toho by byla situace mnohem náročnější. Když jsem se rozhodovala o přihlášce na vysokou školu, kolegyně, která měla již úspěšně studii

um za sebou, mi říkala, že budu muset ve svých aktivitách týkajících se hojení ran polevit. Díky podpoře rodiny, ale i managementu kliniky se mi podařilo zvládnout obojí – studium i práci bez úlev. Postupně jsem vystudovala ošetřovatelství na 1. lékařské fakultě UK a získala diplom bakaláře. Pak jsem pokračovala v magisterském studijním programu, který se týkal managementu zdravotnictví a supervize na Fakultě humanitních studií UK. V současné době pokračuji v doktorandském studiu ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Věnuji se pouze problematice ošetřování ran v kombinaci s bolestí, protože chronické rány jsou s bolestí spojeny skoro vždycky. Cílem mé disertační práce je návrh doporučeného postupu v péči o pacienty s nehojící se ránou a bolestí. Očekávám, že práce bude mít praktický přínos a poskytnou sestřím rady, jak mají s takovým pacientem pracovat.

#### Připravujete rovněž odbornou publikaci na toto téma.

Ano. Publikace bude věnována především ošetřování ran u pacientů v intenzivní péči a s mojí dizerační prací souvisí jen rámcově. Zjistila jsem, že v současné době neexistuje mnoho prací, které by řešily problematiku ošetřování ran v intenzivní péči, a tak jsem se pro tuto práci rozhodla. Chtěla bych v ní zhodnotit své několikaleté zkušenosti a poskytnout studijní materiál pro sestry, které se této oblasti chtějí věnovat. U pacientů v in-

tenzivní péči se vyskytují rány různých etiologií a souvisí s nimi i řada invazivních vstupů, počínaje tracheostomií a konče vazodilatačními vstupy. Každý drén či močový katétr může vytvořit ránu, dost často také dochází k sororigenním ranám, tedy těm, které jsou způsobeny ošetřováním sester. Tyto informace budou součástí vzdělávacích aktivit pořádaných pro sestry. Chystáme také inovovaný kurz, v němž by tato témata měla být zařazena.

#### Než jste začala studovat, měla jste dlouhou praxi u lůžka i v ambulanci. Je podle vás vysokoškolské vzdělávání sester přínosné pro praxi? Změní se kompetence sestry?

Tuto možnost zvyšování kvalifikace považuji za velmi dobrou. Myslím si, že když sestra pracuje v nějakém oboru, je dobré, když vzdělání směřuje k nějaké specializaci. Vadí mi ale návaznost jednotlivých stupňů studia bez jakýchkoli souvislostí s praxí. Vidím výrazný problém v tom, že se mnou v doktorandském studiu studují pětadvacetileté sestry, které nikdy nebyly v praxi u lůžka. Mají tituly Mgr., získají titul Ph.D., ale nemají vůbec žádné zkušenosti z praxe. Domnívám se, že by bylo vhodné, kdyby mezi bakalářským, magisterským a doktorandským studiem byla praxe alespoň v rozsahu pěti let.

#### Během své praxe jste se jistě setkala s osobnostmi, které nějakým způsobem ovlivnily vaši profesní kariéru...



Foto: Leoš Chodura

Měla jsem štěstí na kolegyně a potkala jsem řadu osobností, kterých si vážím. Kdybych měla jmenovat, určitě bych uvedla svoji bývalou kolegyni, staničnickou sestru Mirku Sládkovou, která mě přivedla k hojení ran a vždycky mě v práci podporovala. Mnohokrát mi pomohla i v mém osobním životě. Myslím, že spousta úkolů jsem zvládala především její zásluhou. Chtěla bych jí publikaci, o které jsem mluvila, věnovat.

#### Co považujete za největší úspěch ve své kariéře?

Stále pracuji na částečný úvazek na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny VFN a zbylou část pracovního úvazku na interním oddělení na Strahově, kde se věnuji pouze hojení ran. Možnost pracovat současně na obou typech pracovišť považuji ve své kariéře za velmi významné, proto-

že se setkávám s velkým spektrem ran, které ošetřuji. Jsou to rány akutní i chronické. Dlouho jsem se snažila ošetřování pacientů se syndromem diabetické nohy se spíše vyhnout, protože to jsou velmi komplikované rány. Nakonec se věnuji i této oblasti. Na interním oddělení na Strahově jsou hospitalizováni pacienti z důvodu dlouhodobého dialyzačního programu, kteří trpí různým stupněm ischemického postižení při diabetu.

Ne každému se podaří, aby mohl dělat práci, která ho baví. Vážím si toho, že mi lékaři dávají určitý prostor pro rozhodování podle nastavených pravidel. Dá se říci, že jsem si neplánovaně našla oblast ošetřování, které se mohu věnovat a která mě plně pohltí. Pořád mám dny, kdy se do slova těším do práce, až uvidím efekt, na kterém mám část zásluhy i já.

Marcela Svěráková

Inzerce M141001421



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

**BOIRON®**  
www.stodal.cz

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

# Možnosti studia na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity

Lékařská fakulta (LF) jako součást Masarykovy univerzity (MU) v Brně byla založena 28. ledna 1919. Univerzita měla při svém založení čtyři fakulty – lékařskou, právnickou, filozofickou a přírodovědeckou. V současné době je součástí Masarykovy univerzity devět fakult.

Převážná část LF sídlí v současné době v Univerzitním kampusu Bohunice, jehož základní kámen byl položen v listopadu 2004. Část fakulty (některé katedry a výukové prostory pro zubní lékařství) zůstávají i nadále v historické budově na Komenského náměstí v centru města. Fakulta má nyní 55 klinických pracovišť, 11 teoretických ústavů, 7 kateder nelékařských oborů, 5 účelových zařízení a 1 oddělení cizích jazyků. Kliniká pracoviště se nachází ve Fakultní nemocnici Brno, ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně, v Úrazové nemocnici a Masarykově onkologickém ústavu. Děkanem fakulty je od roku 2010 prof. MUDr. Jiří Mayer, CSC.

## Katedry nelékařských oborů

Fakulta poskytuje v současnosti tradiční vzdělání v šestiletém prezenčním magisterském studijním programu „všeobecné lékařství“ (studijní obor „všeobecné lékařství“) a v pětiletém prezenčním magisterském studijním programu „zubní lékařství“ (studijní obor „zubní lékařství“).

Na LF MU bylo v květnu 2005 ustaveno 8 pracovišť nelékařských oborů: katedra výživy člověka, která se stala později součástí Ústavu preventivního lékařství, katedra dentální, katedra fyzioterapie a rehabilitace, katedra laboratorních metod, katedra optometrie a ortoptiky, katedra ošetřovatelství, katedra porodní asistence a katedra radiologických metod. Tato pracoviště garantují přípravu v 10 bakalářských a 4 navazujících magisterských studijních oborech. Ve všech typech studia nelékařských oborů se jedná o cca 1050 studentů. Bakalářská studia jsou tříletá, ukončená titulem Bc., navazující magisterská studia jsou dvouletá, ukončená titulem Mgr.

## Přehled Bc. studijních oborů

• Ve studijním programu „ošetřovatelství“ je možné studovat

v oboru „všeobecná sestra“. Jeho absolventi tvoří nejpočetnější skupinu nelékařských zdravotnických pracovníků. Všeobecná sestra plní odborné úkoly v jednotlivých oblastech systému (primární, sekundární a terciární) péče o zdraví obyvatelstva v rámci svých kompetencí, bez odborného dohledu. Uplatnění absolventů je možné v rámci měnící se struktury organizace zdravotnických a sociálních služeb, které jsou poskytovány ve státních i nestátních (lůžkových i nelůžkových) zařízeních a institucích. Všeobecné sestry mohou pracovat ve službách, které poskytují péči dospívajícím, dospělým, seniorům, rodinám, komunitám, ohroženým skupinám, duševně nemocným, nevy léčitelně nemocným a umírajícím. Studium je ve formě prezenční i kombinované.

• Ve studijním programu „**porodní asistence**“ je možné studovat obor „porodní asistentka“, který připraví absolventku k výkonu profese porodní asistentky pro novou koncepci porodní asistence v transformovaném systému zdravotní péče v souladu s doporučením pro země Evropské unie. Porodní asistentka musí být schopna poskytnout nezbytný dohled, péči a radu ženám během těhotenství, porodu a v době poporodní. Je zodpovědná za vedení porodu, pečuje o novorozence a kojence. Tato péče zahrnuje také preventivní opatření, zjišťování rizikových faktorů u matky i dítěte. Spolupracuje s lékařem při jeho výkonech. Její práce zahrnuje předporodní přípravu, přípravu k rodičovství a výchovu k plánovanému rodičovství a péči o dítě. Všechny tyto funkce a úkoly musí být plněny v souladu s platnými zákony, etickými principy a profesními standardy. Studium je ve formě prezenční i kombinované.

• Studijní obor „**dentální hygienistka/dentální hygienista**“ si klade za cíl vychovat zdravotnické pracovníky-bakaláře, kteří

ovládají principy ústní hygieny a jsou schopni je ve svém povolání prakticky aplikovat. Všeobecná a odborná medicínská příprava jim umožní, aby chápali souvislosti mezi péčí o dentální hygienu, biomedicínskými a sociálními vědami a tyto znalosti dokázali využít při výkonu práce v oboru ústní hygieny. Mají být schopni udržet, podpořit a chránit zdraví člověka, předcházet vzniku chorob dutiny ústní, vzdělávat a motivovat jednotlivce i skupiny ke zdravému způsobu života zejména v oblasti orálního zdraví. Dentální hygienistka/dentální hygienista je kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem, který samostatně ve spolupráci se zubním lékařem, vykonává činnosti v preventivní, léčebné a edukační péči o pacienty v oblasti ústní hygieny. Absolventi budou rovněž schopni organizovat a řídit provoz zdravotnického zařízení sloužícího k poskytování péče v oblasti ústní hygieny, spolupracovat a ve vybraných oblastech samostatně provádět vědecko-výzkumnou činnost, soustavně udržovat a zlepšovat své profesionální znalosti a dovednosti.

• Cílem studijního oboru „**fyzio-terapie**“ je vychovat pro zdravotnickou praxi kvalifikovaného odborníka-bakaláře, který bude oprávněn vykonávat činnosti fyzioterapeuta na úseku léčebné preventivní péče v rámci léčebné rehabilitace a dalších složek ucelené rehabilitace.

• Cílem studijního oboru „**nutriční terapeut**“ je připravit odborníka, který bude schopen samostatně působit v preventivní péči, v péči o nemocné a v problematice výživy všech věkových skupin. Absolventi jsou připraveni k činnostem ve třech oblastech: v managementu stravovacích služeb, kde je zodpovědný za poskytování nutričně vhodné, kvalitní stravy pro zdravé i nemocné jednotlivce a skupiny, v institucích nebo komunitních zařízeních, při plánování,

edukaci, dohledu a hodnocení týkajícího se klinicky doporučeného stravování.

• Dalším studijním oborem je „**optometrie**“. Absolvent po úspěšném ukončení studia samostatně stanovuje refrakční vadu pacienta, navrhuje optimální optickou pomůcku a aplikuje kontaktní čočky. Optometristé využívají při diagnostice očních vad vysoce sofistikované vyšetřovací optické a oftalmologické přístroje. V průběhu studia se posluchači seznámí s jejich použitím i v komplikovaných případech na pracovištích očních klinik, dále se seznámí s výrobou optických pomůcek.

• Náplň studia oboru „**ortoptista**“ vychází z doporučených studijních plánů České společnosti ortoptistů a návrhu požadavků Ministerstva zdravotnictví ČR. Studium se skládá z předmětů matematicko-fyzikálního základu, předmětů se všeobecným optickým zaměřením jako základní průpravy pro studium ortoptiky a předmětů vztahujících se k péči o dětského pacienta stanovením ortoptického statusu a vedením léčebného postupu ve spolupráci s oftalmologem. Na naší fakultě se jedná o nejmladší obor. Jeho studium je v ČR jediné.

• Studium oboru „**radiologický asistent**“ je zaměřeno na práci se zdravotnickou technikou. Cílem výuky je profesní příprava radiologických asistentů, kteří budou odborníky při užívání radiologické zobrazovací a ozařovací technologie pro celou řadu technik diagnostického i mediagnostického zobrazování a léčebné aplikace ionizujícího záření.

• Cílem studijního bakalářského oboru „**zdravotní laborant**“ je připravit absolventy na vysoce kvalifikovanou činnost v medicínských klinických a výzkumných laboratořích, zvláště v oborech klinická biochemie, klinická hematologie, imunohematologie a transfúzní služba, klinická imunologie, klinická mikrobiologie, klinická genetika, histo-

patologické vyšetřovací metody, a zvýšit teoretickou připravenost a praktické dovednosti pro schopnost polyfunkčně vzdělaného zdravotního laboranta přizpůsobit se nárokům jednotlivých oborů a jejich rozvoji, zvláště s ohledem na proces konsolidace oborů laboratorní medicíny. Studium je ve formě prezenční i kombinované.

• Studium v oboru „**zdravotnický záchranář**“ je zaměřeno na přípravu kvalifikovaných zdravotnických pracovníků, připravených vykonávat specifickou, vysoce odbornou práci a ošetřovatelskou péči v přednemocniční a nemocniční neodkladné péči. Absolvent získá způsobilost k výkonu profese zdravotnického záchranáře ve všech složkách integrovaného záchranného systému, na pracovištích anesteziologicko-resuscitačních oddělení a urgentního příjmu, kde se bude podílet na léčebně-diagnostické péči o klienty, poskytované v rozsahu stanoveném právními předpisy a standardy. Úspěšné absolvování studia poskytne studentům základy v oboru urgentní medicíny a otevře jim možnosti získání další specializace v rámci celoživotního vzdělávání.

## Navazující Mgr. obory

V rámci studijního programu „**specializace ve zdravotnictví**“ je možné studovat studijní obory: **intenzivní péče** (ve formě prezenční i kombinované), **nutriční specialista**, **optometrie a fyzioterapie**.

Nový kampus nabízí moderní prostředí pro výuku s nejnovějším audiovizuálním vybavením. Součástí kampusu je knihovna s rozsáhlou studovnou. Uživatelé knihovny mají k dispozici multiborové i specializované zdroje. Lékařská fakulta MU je školou vyhledávanou i zahraničními studenty, kteří mají možnost zde studovat v anglickém jazyce obory *všeobecné lékařství, zubní lékařství a fyzioterapie*. Naši studenti mají příležitost účastnit se studijních pobytů v zahraničí, a to již od 2. ročníku.

Připravila doc. PhDr. Miroslava Kyvasová, Ph.D.,  
proděkanka pro nelékařské obory  
LF Masarykovy univerzity Brno

# I v Rakousku je po sestrách velká sháňka

V Rakousku mnoho zdravotnických či zdravotně sociálních zařízení trvale shání sestry či ošetřovatele a často jim dává na výběr – zda chtějí plný, nebo částečný úvazek.

Není výjimkou, že vyzývají sestry z postkomunistických států k pracovní spolupráci s tím, že potřebují například slovensky mluvící personál. Tak jako v Německu i zde záleží na typu pracoviště, od čehož se odvíjí výše mzdy. Při úvazku 38 hodin týdně si sestra může vydělat např. 2158 eur v charitativním ústavu nebo za úvazek s 20hodinovým týdnem 1186 eur. Nejčastěji je poptávka po diplomovaných sestrách, jež vystudovaly v Rakousku (nebo mají Rakouskem uznávané vzdělání), požaduje se časová flexibilita, někdy i řidičský průkaz a samozřejmě odborné kvality na nejvyšší možné úrov-

ni, včetně dokladu o trvalém školení.

## Vzdělávání sester

Základní tříleté vzdělání budoucích sester nabízejí „zdravotnické školy“, na nichž teoretická a praktická příprava představuje 4600 hodin ([www.bmg.gv.at](http://www.bmg.gv.at)). Existuje však možnost vzdělávání zkráceného na dva či jeden rok, pokud už zájemce pracoval ve zdravotnictví, např. jako sanitář či pomocný ošetřovatelský personál. Podobně jako v Německu také v Rakousku existuje finanční podpora žáků/žáček – dostávají kromě pojištění a pracovního oděvu také „kapesné“: me-

zi 200 až 400 eur měsíčně, za noční službu kolem 12 eur, dále příspěvek na stravování.

Ministerstvo zdravotnictví zdůrazňuje, že diplomovaná sestra musí umět pečovat o pacienty v celém komplexu souvislostí, jak při tělesné, tak duševní nemoci, se zvláštním ohledem na zdravotně handicapované, se znalostí prevence, ale i rehabilitace, s vědomostmi o etice či s nácvikem vhodné komunikace a řešení konfliktů. Vedle ryze zdravotnických předmětů, jako např. anatomie či patologie, se budoucí sestry učí mj. základům sociologie. Vzdělání se zaměřuje na specializaci péče o děti a mládež, na psychiatrii či péči o seniory.

## Jiskření mezi sestrami a lékaři

Instituce, jež se v Rakousku věnují získávání nových zájemců o profesi sestry, včetně svazu pro zastupování tohoto a obdobných povolání (Rakouská asociace sester, [www.oegkv.at](http://www.oegkv.at)), nezastírají, že jde o „enormně náročnou práci“. Na druhou stranu slibují možnost výraznějšího kariérního růstu. Jak z odborných zdravotnických škol, tak přes všeobecné univerzitní vzdělání lze zvolit magisterské či bakalářské vzdělání trvající od čtyř po osm semestrů s nejrůznějšími zaměřeními (management, věda a výzkum aj.). Zástupci sesterské profese v Rakousku v současné době obhajují posílení personálu v ústavech s jeho vyšším společenským oceněním a zároveň požadují rozšíření svých odborných kompetencí. Z jejich veřejných vystoupení je patrné, že to mezi středním zdravotnickým personálem a lékaři někdy „jiskří“. Tak jako v Německu je tu a tam slyšet, zda



Ilustrační foto: Shutterstock

sestra může katettrizovat také někde jinde než jen na urologických pracovištích, podobně v Rakousku sestry ironicky prohlašují, že ve skutečnosti v praxi dělají u pacientů takřka všechno, ale oficiálně to není možné. Mezi sestrou a lékařem má jít o spolupráci, nikoli jen o „spolupůsobení“. Jiskření lze vnímat i mezi sestrami bez vysokoškolského vzdělání a těmi, které zvolily univerzitní dráhu, nicméně smířlivější diskutéři zdůrazňují, že pacient potřebuje oba tyto typy profesních pracovníků.

Vladimíra Bošková

## Riskmanagement v ošetřovatelské péči – Sestry v porovnání s pilotkami

Podle jedné ze studií přetížený zdravotnický personál nepracuje efektivně, ale na rozdíl od pilotů si zdravotníci údajně méně přiznají možnost pochybení.

Vídeňská univerzita (Institut pro etiku a medicínské právo), svaz vídeňských veřejných nemocnic a všeobecná (univerzitní) nemocnice v tomto hlavním městě Rakouska se mj. snaží stále zlepšovat kvalitu ošetřovatelské péče. Přes web univerzity ([www.univie.ac.at](http://www.univie.ac.at)) lze sledovat programy kvality a předcházení rizikům a pochybením mj. v sesterské profesi nebo úkoly vyčtené svazem nemocnic a vedením vídeňské nemocnice spojené s univerzitou ([www.kawien.at](http://www.kawien.at) a [www.akhwien.at](http://www.akhwien.at)), jež jsou v gesci ředitelky pro ošetřovatelskou péči.

### Stres vs. výkon

Zveřejněna je tu i například i zajímavá diplomová práce Manuely V. Gruber-Aignerové, jež se pokusila vyjádřit poznatky prakticky z celého světa, pokud jde o možnost předcházet rizikům v oblasti zdravotní péče, a připojila i vlastní šetření připravenosti středního zdravotnického personálu na prevenci „nežádoucích příhod“. Autorka se mj. dotkla japonské studie, v níž se porovnávala náročnost profese pilotů, lékařů a sester. Zdá se, že ve zdravotnictví existuje daleko více rizik než v práci pilotů a je nesnadnější je přesně definovat a minimalizovat. Už jen proto, že ve zdravotnictví působí větší pracovní týmy,

v nichž daleko více jedinců se může nekontrolovatelně dopustit chyby. Zmíněná studie sledovala pracovní zátěž, stres, (ne)dostatek spánku aj. Konstatuje se, že přetížený zdravotnický personál nepracuje efektivně, ale na rozdíl od pilotů si zdravotníci údajně méně přiznají možnost pochybení. Nejde však jen o profesní zátěž. Na otázku, jak dobře může člověk pracovat při osobních problémech, se 82 % lékařů a 60 % sester domnívalo, že na kvalitu péče o pacienty to nemá vliv.

### Kultura blamáže

Ve zdravotnictví není dostatečně rozvinuta „kultura prevence profesních pochybení“, dedukuje autorka diplomové práce s odkazem na experty z různých zemí, kteří rozlišují, zda státy nastolují „kulturu bezpečnosti pacientů“, nebo „kulturu blamáže“. Do práce zdravotníků se však promítá doslova tříšť vlivů, jež není jednoduché v praxi uhlídat, což nesmírá zodpovědnost za minimalizaci potenciálních negativ na úrovni státní správy, škol, vedoucích pracovníků zdravotnických pracovišť i řadových zaměstnanců. Ač instituce vyhláší nové a nové programy kvality, při osobním rozhovoru s ošetřovatelským personálem v oblasti intenzivní pé-

če se ukáže, že zhruba polovina zaměstnanců si myslí, že se bezpečnost pacientů nemusí nijak zvlášť projednávat. Přitom chybna péče zvyšuje nejen náklady nemocnic, ale také sazby pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu povolání. Autorka uvádí, že na jednoho poškozeného pacienta se musí v průměru vydat čtyři až osm tisíc eur dalších nákladů při řešení následků chybné péče. Podle ní je 30 až 50 % nežádoucích příhod odvrátitelných.

Kromě jiného zmiňuje úskalí, kdy zdravotnická organizace perfektně zvládá kontrolovat „vnější rizika“, ale zapomíná na ta „vnitřní“, uvnitř vlastní struktury. Například není dostatečně úzká spolupráce (spolurozhodování) mezi lékaři a ošetřovatelským personálem, nebo není běžné, aby si podřízený mohl dovolit přednést nadřízenému vlastní názor (nebo takový podnět není dostatečně vnímán). Stačí málo – např. špatná komunikace při předávání služby a dojde k fatální změně léku či jeho dávky. Třístokrát se člověk nachází u rizika pochybení, 29krát se dostaví neočekávaný výsledek péče a jedenkrát je pacient vážně poškozen..., pokusila se tato práce ukázat rozměry celkových rizik.

Vladimíra Bošková

## Švédské bakalářky svědčí pacientům

Vzdělanější sestry na nemocničních pracovištích snižují úmrtnost pacientů, tvrdí Carol Tishelmanová, profesorka ošetřovatelství ze stockholmského Karolinska Institutet.

Poukazuje na mezinárodní výzkumnou studii, do níž se zapojilo i 60 % švédských sester s bakalářským vzděláním. Experti ověřovali výsledky péče o pacienty do 30 dnů od jejich přijetí k hospitalizaci (výkony v rámci všeobecné chirurgie) za rozdílných podmínek, kdy v pracovních týmech bylo tu více, tu méně ošetřovatelského personálu s určitým stupněm vzdělání. Šetření se dotýkalo 9 evropských zemí. Jeho autoři dospěli k závěru, že státy by neměly při snaze snižovat výdaje na nemocnice seškrtávat za každou cenu ošetřovatelský personál a zejména by měly dbát na posílení počtu lépe vyškolených pracovníků.

### Snížení mortality

Podle studie – jak ji prezentuje Karolinska Institutet i časopis *Lancet* – každý desetiprocentní nárůst počtu sester s bakalářským vzděláním v pracovních týmech snižuje nemocniční mor-

talitu pacientů o 7%. Určitou roli hraje i to, o kolik pacientů se jednotlivé sestry musejí starat. V průměru sestry pečovaly o 6 až 8 nemocných.

I ve Švédsku se od sester vyžaduje základní tříleté všeobecné vzdělání, ale pokud jeho absolvent nechce být „pomocnou“ sestrou či ošetřovatelem, zpravidla musí podstoupit další specializované vzdělávání. Od roku 2007 Švédsko začalo od sester vyžadovat bakalářské vzdělání jako podmínku pro získání licence. Švédská vláda vzdělávání ve zdravotnictví podporuje, jak konstatuje stockholmský institut, který se mj. zapojil do „masivních on-line kurzů“ (MOOCs), jež mají mezinárodní úroveň – vytvořily je americké univerzity, ale nyní se na nich má podílet 36 univerzit z celého světa. Od letošního podzimu lze sledovat, co tyto dobrovolné, avšak velmi prestižní kurzy sestrami nabídnou.

(Zdroje: [www.ki.se](http://www.ki.se), [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)) (vla)

# Problematika polypragmatie, polymorbidity, adherence a compliance

Článek upozorňuje na problematiku polyfarmakoterapie, uvádí faktory důležité pro úspěšnou léčbu polymorbidních pacientů, její úskalí a možnosti snížení počtu podávaných léků. Zdůrazněna je nutnost zvýšení adherence a compliance pacientů jejich správnou motivací.

**P**olypragmatie je úzce spojena především se seniorským věkem, týká se však také mladistvých a pacientů středního věku. Léčba větším množstvím léků či nadměrnými dávkami<sup>(1)</sup> je závažným problémem současné medicíny, což potvrdila řada studií prováděných v naší republice i v zahraničí<sup>(2-5)</sup>. Léčba chronických nemocí v důsledku polymorbidity pacientů bývá vždy spojena s dlouhodobou aplikací léků a jejich nesnadným vysazením. I ve věkové mladších skupinách populace se vyskytují chroničtí pacienti. Běžným jevem se stává nárůst návštěv pacienta u různých specialistů, kteří nejsou vždy přesně informováni o dřívějších preskripcích. Do úvahy je nutno vzít i širokou škálu volně dostupných léků, doplňků stravy a rostlinných preparátů<sup>(6, 7)</sup>, které pacient užívá. Tyto přípravky však nebyvají zaznamenávány v lékové anamnéze. Úspěch polyfarmakoterapeutické léčby závisí na celém ošetřovatelském týmu. Aplikace léků s dodržováním správného dávkovacího režimu u hospitalizovaných pacientů i nemocných v domácí péči bývá svěřena do rukou sestery. Důležitým faktorem pro úspěšnou léčbu polymorbidních pacientů s polypragmatii jsou adherence a compliance<sup>(8)</sup>. Zjištění velmi nízké compliance pacientů v naší republice je závažným problémem snižujícím účinnost polyfarmakoterapeutické léčby.

## Úskalí polypragmatie

Jedním z nejčastějších úskalí polypragmatie při léčbě chronických pacientů je výskyt četných nežádoucích reakcí po lécích, vedoucí až k hospitalizaci starších pacientů<sup>(2, 5)</sup>. Přehodnocování celkové medicíny pacientů je nezbytné pro prevenci nežádoucích polékových reakcí<sup>(9, 10)</sup>. Výsledky studie provedené v Rakousku<sup>(11)</sup> ukázaly, že z počtu více než pěti set pacientů seniorského věku byla ve 36 % případů preskribována nepotřebná léčiva, ve 30 % nebylo vůbec nutné lék předepisovat, duplikace přípravku byla prokázána téměř v 8 % a špatné dávkování ve 24 % pří-

padů. Nejvyššího počtu se dosáhlo u lékových interakcí, a to 66 %. Nežádoucí lékové reakce byly identifikovány u 18 % pacientů a v 57 % případech byl právě nežádoucí účinek po léku důvodem hospitalizace, u lékové interakce pak v 19 %. Tyto údaje jsou přímo alarmující. Jaké plyne ponaučení? Vhodná preskripce by měla být mnohem důležitější než pouhý obecně snižovaný počet předepsaných léků. Často jsou některé nežádoucí účinky nerozpoznány<sup>(12, 13)</sup>. Typickým příkladem jsou přehlédnutelné nežádoucí účinky anticholinergických léků, např. suchost v ústech, obtíže, tachykardie, mydriáza, poruchy akomodace do blízka, snížená sekrece potních žláz aj. Ne vždy musí nežádoucí účinky souviset přímo s podanými léky. Může jít např. o nespecifické nevolny či nevolnosti. Tento problém sledovaný v letech 2007-2009 v Basi-leji<sup>(14)</sup> ukázal, že u seniorů náhlou nevolnost bylo možno připsat jen z 12,2 % lékům, a to převážně ze skupin: thiazidy, antidepresiva, benzodiazepiny, antikonvulziva. Nežádoucí účinky v široké škále populace bývají spojeny i s jejich nadužíváním, např. analgetik a antimigrenik<sup>(15)</sup>. O těchto přípravcích ošetřující lékař ani sestry často neví. Na základě stále se rozšiřujících vědomostí laické veřejnosti dochází často k nekontrolovanému „samoléčení“, které se stává obecným a málo řešitelným problémem<sup>(16, 17)</sup>.

Ke snížení nežádoucích účinků po lécích je nutné vysledovat také rizikové kombinace léků. Z analýz dvou souborů<sup>(18)</sup> s počtem až 200 pacientů vyplynulo, že charakteristickým rysem hospitalizovaných seniorů byla vždy polymorbidita – v průměru až 10 diagnóz, jen u 2,5 % pacientů v souboru bylo zjištěno méně než 5 diagnóz. Při medikaci s více než 5 přípravky<sup>(19)</sup> dochází k signifikantnímu nárůstu potenciálních lékových interakcí (od 75 % pro pacienty s 5 léčivými a 90 % u pacientů s 9 a více léčivými). Při užívání 5 léků<sup>(20)</sup> bývá pravděpodobnost výskytu lékových interakcí 50 %, při užívání více než 8 léků téměř 90 %. I podvýchiva pacientů je faktorem

ovlivňujícím polyfarmakoterapii. Nejde jen o osamělé seniory žijící v domácím prostředí, týká se to také mladé a stresově zatížené střední generace, věnující málo pozornosti správné výživě. Tento vztah je dosud stále málo zkoumán. Zjistilo se<sup>(21)</sup>, že asi 65 % hospitalizovaných pacientů se nachází v horším výživovém stavu než jejich zdraví vrstevníci. Hlavním pilířem úspěšné farmakoterapeutické léčby je dodržení zásad racionální farmakoterapie<sup>(22)</sup>, omezení preskripce nevhodných rizikových léků<sup>(23, 24)</sup> a nutnost nezbytného dalšího vzdělávání všech členů zdravotnického týmu v problematice rizik farmakoterapie<sup>(25)</sup>. To vyplývá z provedených kontrol preskripce léků na recept v naší republice<sup>(26)</sup>, které jednoznačně zjistily nesprávnou preskripční zvyšující počet interakcí, což mělo samozřejmě dopad i na finanční náklady léčby<sup>(27)</sup>. Za účelem snížení předepisování léků s rizikovým profilem a zvýšení podávání přínosných léků pro léčbu seniorů byla vytvořena<sup>(22)</sup> národní kritéria. Na výsledném konsenzu se podíleli experti oborů geriatry, vnitřního lékařství, všeobecného praktického lékařství, klinické farmacie a klinické farmakologie. Do konečného seznamu potenciálně nevhodných léků pro seniory bylo zařazeno 71 jednotlivých léků seskupených do základních farmakologických skupin.

## Omezení polypragmatie

Jak dosáhnout při racionální farmakoterapii snížení počtu léků? Nelze jít pouze cestou vynechání nejméně důležitého přípravku pro daný zdravotní stav<sup>(28)</sup>. Problémem bývá léčba hypertenze, spojená s výskytem dalších patologických stavů u hypertoniků (diabetes mellitus, dyslipidemie aj.). Výsledky nedávno provedené pozorovací studie<sup>(29)</sup> v Německu, do které byl začleněn značný počet dospělých pacientů s hypertenzí (n = 7101) a hodnotících lékařů (n = 905), ukázal, že téměř všichni pacienti si stěžovali na velký počet léků užívaných během jednoho dne. I léka-

ři jsou si toho vědomi, neboť to může vést k terapeutickým chybám. V odborných diskusích se začala řešit myšlenka kombinace různých léčivých přípravků (anti-hypertenziva, diuretika) do jedné lékové formy<sup>(29)</sup>. Teoreticky by to znamenalo snížení počtu jednotlivých pacientem užívaných přípravků, ale na straně druhé by byla omezena možnost měnit a upravovat dávky jednotlivých léků v průběhu dlouhotrvajícího terapeutického režimu při zachování žádoucího výsledného efektu. Pro terapii seniorů je nutné zaměřit pozornost na léčiva s nízkým terapeutickým indexem, léčiva s výraznými nežádoucími účinky a interakčním potenciálem<sup>(30, 31)</sup>. Omezení polypragmatii znamená snížit také potenciální výskyt lékových interakcí. Ukázalo se, že výskyt lékových interakcí nemusí být vždy adekvátní velikosti souboru pacientů s nepříliš rozmanitou paletou léčivých přípravků, kterou má k dispozici praktický lékař, se může vyskytnout mnoho typů různě závažných lékových interakcí<sup>(20)</sup>. Řešit interakci znamená zvažovat možná rizika vůči celkovému benefitu léčby, vyplývající z dané kombinace léků. Zdrojem interakcí může být i užívání volně prodejných léků a bylinných přípravků.

Snížit polypragmatii znamená neustále se zamýšlet nad novými racionálními doporučenými postupy. Vzhledem k tomu, že schémata klasické interní medicíny pro geriatry často nevyhovují, je nutné přistupovat k individuálnímu předepisování léků seniorům s přihlédnutím k řadě faktorů<sup>(32, 33, 34)</sup>. V naší české populaci byl v r. 2010 podle Českého statistického úřadu 15,5% podíl seniorů starších 65 let a 3,7% podíl seniorů starších 80 let<sup>(32)</sup>. Tito pacienti vykazují často na rozdíl od věkově střední populace nestandardní reakce na léky. K získání objektivních informací o bezpečnosti léků pomáhají např. projekty potenciálně nevhodných léků ve stáří, projekty lékových interakcí, projekty varování před polypragma-

zi<sup>(22, 34, 35)</sup>. Jejich úkolem je získávat další nové informace pro individualizovanou terapii.

## Adherence, compliance

U polyfarmakoterapeutické léčby polymorbidních pacientů dochází obvykle ke snížené compliance, tj. nedodržení léčebného režimu pro daný lék. Má-li však pacient pozitivní snahu vyléčit se, utvoří-li si dobrý vztah s lékařem a bývá-li sám motivován k výsledkům terapie, pak jeho adherence včetně dodržování compliance přináší vždy dobré terapeutické výsledky. Nedodržování léčebného režimu je známé u pacientů všech věkových kategorií. Např. u pacienta s diabetes mellitus 2. typu může dojít k projevům nerozpoznané a ohrožující hypoglykemie<sup>(36)</sup>. Důsledky snížené compliance bývají spojeny s horšími výsledky u poměrně širokého spektra různých chorob (diabetes, hypertenze, hypercholesterolemie, ischemická choroba srdeční<sup>(30, 37)</sup>). V praxi je za non-compliance považována situace, kdy odchylka od plné compliance činí 20-30 %. Méně častou formou non-compliance je situace, kdy pacient užívá příliš mnoho léků ve vyšších dávkách, než bylo ordinováno. Vlastní non-compliance může být úmyslná nebo neúmyslná. Právě úmyslná non-compliance vyjadřuje záměrnou nespoupráci pacienta na léčebném režimu (sám vysadí léky, upraví si dávkování, používá jiné léky na základě doporučení známých). K tomu dochází často u mladých pacientů, např. diabetiků, kteří se necítí být závažně nemocní a pravidla dávkovacího režimu nedodržují, mají své vlastní zájmy, přání a cítí se být relativně zdravými. K neúmyslným non-compliance patří situace, kdy pacient sám nevládná realizovat doporučení léčby (psychické onemocnění, nevládnutí manipulace s lékovou formou, častá frekvence užívání léčivých přípravků u dlouholetých chronických onemocnění aj.). O dodržování terapeutického režimu u dětí nemluvíme, neboť vlastní odpovědnost za správné podávání léků padá na rodiče.

## Příčiny non-compliance

Jaké jsou nejčastější důvody pro nedodržování návodů? Pacienti si stěžují, že dostávají složitá a někdy nejasná doporučení ohledně užívání léků<sup>(38)</sup>. Snížená činnost



kognitivních funkcí neumožňuje zapamatovat si informace, které jsou rychle a stručně předávány lékařem, sestrou či lékárníkem. Pro lékaře i sestru je důležité se zaměřit nad způsobem, jak navýšit motivaci pacienta k dodržování léčebného režimu. Zde má sestra téměř nezastupitelnou úlohu v trpělivém vysvětlování a kontrole.

Ze studie provedené v ČR<sup>(39)</sup> vyplynulo, že se vzrůstajícím počtem léků užívaných během jednoho dne (1 lék – compliance 89 %) se neustále snižuje procentuální vyjádření compliance (4 léky – 42% compliance). K zásadám racionální farmakoterapie při preskripci léků patří nejen srozumitelné poučení o správném užívání léků, ale i motivace pacienta ke spolupráci. Problematika užití léků se stává problematikou mezioborovou<sup>(40)</sup>. Může se také stát, že se pacient cítí bez potíží a získá dojem, že další pokračování léčby není nutné. Nezbytné je pak režim podávání léků synchronizovat s denním režimem pacienta<sup>(40)</sup>. Při každé terapii by mělo platit, že léčit a vyléčit danou nemoc je vždy levnější než tuto nemoc zanedbat a léčit pak její následné komplikace. K docílení co nejvyššího stupně adherence, tedy i compliance, je zapotřebí vzájemné spolupráce me-

zi pacientem, lékařem a sestrou. Při aktivní spolupráci pacienta lze snadněji dosáhnout požadovaného terapeutického výsledku, neboť pacientovi není přisuzována pouze pasivní role. Principy adherence jsou vždy upřednostňovány před pouhou compliance.

Někdy je adherence těžko akceptovatelná, a to jak ze strany zdravotnického personálu, tak z pohledu pacienta (důvěra, porozumění, pacientův pocit, že po něj bylo uděláno maximum). Lze ji zvýšit zjednodušením dávkovacího režimu, snížením počtu léků, sníženou frekvencí dávkování, výběrem léků s delším biologickým poločasem nebo pomalým řízeným uvolňováním<sup>(41)</sup>. To vše je možné docílit při dodržení zásad racionální farmakoterapie, pro kterou se neustále připravují vypracovaná doporučení – guidelines, podle nichž by měla probíhat preskripce, opírající se o evidence based medicínu<sup>(28, 30, 31, 34, 35)</sup>.

Z výsledků mezinárodního srovnání lékové compliance a faktorů ovlivňujících non-compliance u seniorů s polyfarmakoterapií<sup>(40)</sup> vyplynulo, že pacienti v ČR vykazovali nejnižší míru compliance mezi sledovanými zeměmi, v některých státech dosahovala compliance na rozdíly od

dříve provedených studií až 80 %. Ukázalo se, že v naší republice není rozvíjena aktivní úloha pacienta na lékovém režimu čili jeho adherence, není dostatek času na pacienty v home care službách a jsou špatné možnosti k poskytování domácí péče.

Zásahy vedoucí ke zlepšení adherence pacientů ve všech věkových skupinách jsou zásadní pro úspěšnou léčbu<sup>(42)</sup> polymorbidních stavů. Dle údajů WHO<sup>(43)</sup> je škála non-adherence pacientů ohromná a zahrnuje více než polovinu pacientů v celé věkové šíři populace s chronickým onemocněním. To se týká např. více než 66 % diabetiků 2. typu<sup>(44)</sup>. Následky nedodržení léčby v podobě komplikací onemocnění jsou vysoké, zejména u skupiny mladistvých<sup>(45)</sup> i ve skupině lidí středního věku. Chtěli bychom zdůraznit právě věkovou skupinu mladistvých a středního věku, protože sledování adherence v jednotlivých studiích bývá zaměřeno především na seniory. Budoucí snahou vedoucí ke snížení non-compliance je vytváření podpůrných programů pro pacienty, jež jsou cíleně zaměřeny na podporu jejich medikace<sup>(46)</sup>. Klíčem těchto podpůrných programů, zavedených již

v mnoha zemích, je neustálé sledování měnících se faktorů týkajících se postojů, názorů i chování pacientů.

Aby různorodé skupiny pacientů těmto programům rozuměly a mohly dostávat konkrétní odpovědi a rady na otázky týkající se jejich medikace, musí být vytvořeny programy rozličné vzhledem k různorodým sociálním skupinám. Pro seniory se zdá být nevhodnější hlasově aktivovaná technologie užívaná v záznamech automatického telefonního volání. Ke zvýšení informací pro střední generaci a mladistvé jsou tyto podpůrné programy umístěny do počítačů či prostřednictvím SMS textových zpráv. Nové technologické mediální možnosti<sup>(46)</sup> sice neřeší přímo problematiku non-compliance, ale upozorňují na ni, a jsou tak vhodným nástrojem v edukaci pacienta o jeho nemoci a případném riziku.

### Závěr

Úspěšnost farmakoterapeutické léčby závisí na velkém množství faktorů. Aby se předešlo nežádoucím účinkům léků a lékovým interakcím při léčbě pacientů všech věkových kategorií, je nutné pečlivě zvažovat celý komplex jevů. K nim patří zdravotní stav pacien-

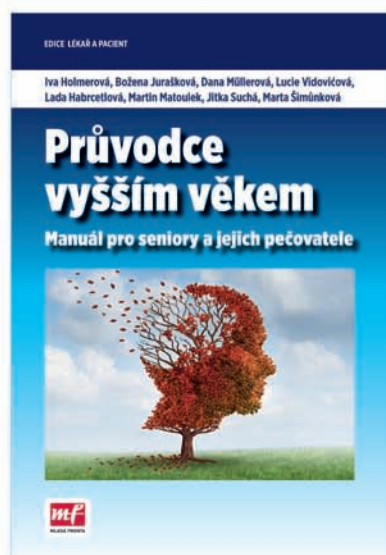
ta, jeho fyziologické a patologické změny vzhledem k věku, psychický stav, dále výběr vhodných léků, jejich mechanismus účinku, možné vzájemné interakce současně aplikovaných léčiv, vhodné lékové formy, dávkovací režim a také vlastní spolupráce nemocného na léčbě. Problémem zůstává pravidelné užívání volně dostupných přípravků, potravních doplňků a preparátů rostlinného původu, se kterými je nutno počítat u třetiny až poloviny nemocných a které nejsou začleňovány do vlastní medikace. Velkou rolí ve farmakoterapeutickém týmu hrají odborné vzdělané sestry, které dohlížejí na dodržování předepsaného správného dávkovacího lékového režimu a napomáhají ke zvyšování adherence a compliance pacientů. Správnou motivací pacientů se dosahuje zvýšené úspěšnosti farmakoterapeutické léčby.

Literatura (viz indexy v závorkách) je k dispozici u autorů.

Prof. RNDr. Ludmila Kameníková, DrSc.,  
prof. Dr. Hassan Farhali, DrSc.,  
Farmakologický ústav 1. LF UK Praha,  
ludmila.kamenikova@1fl.cuni.cz

Tato práce vznikla za podpory institucionálního programu PRVOUK P-25/LF1/2.

Inzerce M141001471



## Představujeme publikaci Průvodce vyšším věkem Manuál pro seniory a jejich pečovatele

Publikace předních českých gerontologů a geriatrů je určena všem, kteří se aktivně zajímají o problematiku stáří a stárnutí, pečovateliům z řad profesionálů i laiků. V úvodu knihy čtenář nalezne důležité informace o možnostech ovlivnění zdravotního stavu seniora. Zdůrazněn je význam deprese, která je u seniorů stále podceňována. Další statě se

**Autoři:** Iva Holmerová, Božena Jurašková, Dana Müllerová, Lucie Vidovičová, Lada Habrcetlová, Martin Matoulek, Jitka Suchá, Marta Šimůnková

věnují poruchám výživy ve stáří, podvýživě a malnutrici jakožto základním příčinám naprosté většiny úmrtí v nemocnicích. Součástí kapitoly o demencích a poruchách kognitivních funkcí jsou i praktické návody, jak trénovat paměť. Nechybějí ani texty pojednávající o zásadách zdravé výživy a pohybu ve stáří. Autoři zdůrazňují i význam kultury, vzdělávání a společenských aktivit seniorů. V závěru knihy se pak věnují otázkám sociálních služeb a domácí péči o seniory.

**Doporučená cena 290 Kč**

Při objednání na  
sleva 25% **knihka.cz**

**MEDICAL  
SERVICES**

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



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihy@mf.cz

# Kazuistika pacientky s diagnózou primární hyperoxalurie typu I

Kazuistika prezentuje případ dnes 35leté pacientky s rozvinutými komplikacemi multiorgánových oxalátových depozit.

**P**rimární hyperoxalurie typu I je vzácné genetické onemocnění s autozomálně recesivním přenosem. Dysfunkce klíčového jaterního enzymu alanin-glyoxylát aminotransferázy (AGT) vede k nadprodukcí oxalátů s jejich následnou multiorgánovou depozicí vedoucí k renálnímu selhání a systémovým komplikacím.

Incidence primární hyperoxalurie typu I se v Evropě pohybuje mezi 1/60 000 až 1/120 000 živě narozených dětí. Choroba je odpovědná za méně než 0,5 % případů konečného stadia renálního onemocnění u evropských dětí. Zajímavostí je, že například v Kuvajtu to činí 10,4 %. Porucha funkce AGT způsobuje

akumulaci glyoxalátu a vyšší produkci oxalátu a glyoxalátu, což má za následek vznik hyperoxalurie a acidurie. Klinickým důsledkem této metabolické poruchy je progresivní nefrokalcinóza na podkladě tvorby kalcium-oxalátů. Ta v konečném důsledku vede k nezvratnému selhání funkce ledvin. Trvajícím nadprodukcí oxalátu při renální insuficienci způsobuje jejich multiorgánovou depozici, rozvíjejí se systémové komplikace s poruchami růstu, kloubními deformitami končetin a poruchou proliferace chondrocytů. Z těchto důvodů je nutné diagnostiku dokončit ještě před ukončením růstu dítěte a přistoupit ke standardnímu léčeb-

nému postupu, kterým je kombinovaná transplantace jater a ledvin. Po provedení kombinované transplantace lze i pacienta s rozvinutými systémovými komplikacemi při použití správné podpůrné farmakoterapie a rehabilitace vrátit do plnohodnotného života, což chceme prezentovat vlastní kazuistikou.

## Kazuistika

Dialyzační středisko v Šumperku převzalo v **únoru 2005** do péče 26letou pacientku s projevy rozvinutého renálního selhání a s potvrzenou diagnózou primární hyperoxalurie typu I. Šlo o první případ pacienta s tímto onemocněním, s nímž jsme se v rámci naší ošetrovatelské péče setkali. Pacientka s typickou anamnézou frekventních recidivujících renálních kolik, od útlého dětství s prokázanou odlitkovou litiázou řešenou opakovanou extrakorporální litotripsií, pyelotomií a nefrostomií. Od 9 let věku hodnocena levá ledvina jako afunkční. Počátkem roku **2004** dochází k progresivní elevaci hladiny kreatininu s následným renálním selháním datovaným v **květnu 2004**. Stav byl řešen zahájením kontinuální asistované peritoneální dialýzy ve FN Olomouc.

Následně se rychle rozvíjejí systémové komplikace s postižením pohybového systému, což vedlo prakticky až k imobilitě. Následná neurologická diagnostika potvrdila kombinované neuromyopatické postižení zjištěné biotickým vyšetřením. U pacientky dochází k rozvoji kloubních deformit a kontraktur především v akrodistribuci.

- Dne **6. ledna 2005** byla ve FN Olomouc zahájena intenzivní hemodialyzační léčba cestou permanentního hemodialyzačního katétru. Komplikující cévní postižení v rámci základního onemocnění neumožňovalo použití standardního cévního přístupu.
- Koncem roku 2004 pacientka z osobních důvodů mění místo bydliště a **28. února 2005**

byl zahájen hemodialyzační program v Šumperku. Hemodialýza byla prováděna 6x týdně po dobu cca 6 hodin. Hemodialyzační terapie byla opakovaně komplikována katérovou sepsí a malfunkcí dialyzačního katétru.

- Počátkem roku 2005 byla pacientka v důsledku neuromuskulárních komplikací prakticky zcela odkázána na pomoc druhé osoby. Nezvládala základní úkony všedního dne spojené se sebeobsluhou, oblékáním, toaletou. Flekční kontraktury končetin limitovaly její schopnosti přesunu i jemnou motoriku. Byla započata intenzivní rehabilitace zaměřená na eliminaci svalových kontraktur, obnovu rozsahu hybnosti a vertikalizaci.
- V **srpnu 2005** byla nemocná zařazena do „waiting listu“ ke kombinované transplantaci jater a ledvin.
- V **únoru 2006** byla naléhavost transplantace změněna na urgentní z důvodů recidivujících kanyláčnických trombóz centrálních žil. Hemodialýza byla v tomto období prováděna ve frekvenci 5x týdně po dobu 6 hodin.
- **24. února 2006** byla v pražském IKEM provedena kombinovaná transplantace jater a ledvin s pooperační akutní tubulární nekrosou štěpu s nutností přechodné dialyzační léčby. Prakticky současně se objevila komplikace ve formě cholestázy a dilatace žlučových s nutností přechodné zevní drenáže žlučových. Pro komplikující infekce v ráně byly zavedeny celkem 3 hrudní drenáže.
- V **dubnu 2006** byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. O měsíc později byla hospitalizována pro uroinfekce s průkazem multirezistentní *Klebsielly pneumoniae*.
- V **březnu 2007** byla u nemocné provedena plastika flekční kontraktury prstů pravé horní končetiny následnou intenzivní rehabilitací.

Pacientka je trvale sledována v ambulanci Transplantcentra IKEM. Její celkový stav se velmi

rychle zlepšil, což jí umožnilo návrat do zaměstnání – pracuje v jedné pražské cestovní kanceláři – a seznámit se s přítelem. V **červenci 2011** se jí narodí dcera Julie a v **dubnu 2013** se rodina raduje z druhé dcery Anny. Obě nekomplikovaná těhotenství byla ukončena císařským řezem.

## Diskuse

Vzhledem k patofyziologii onemocnění je jedinou možností terapie a také standardním léčebným postupem kombinovaná transplantace jater a ledvin. Současně je nutné přijmout fakt, že čím dříve je transplantace provedena, tím jsou vyhlídky a kvalita života pacientů lepší. Transplantační terapie ještě před rozvinutím systémových komplikací oxalátových depozit značně snižuje riziko parcíálně či zcela ireverzibilních poškození pohybových segmentů a invalidizace pacientů. Za úvahu také stojí ekonomický aspekt tohoto problému, kdy úspěšně transplantovaný pacient bez systémových komplikací má reálnou šanci návratu do plnohodnotného produktivního života. Tento fakt dokazuje i naše kazuistika, přestože v našem případě bylo k transplantaci přistoupeno až v 26 letech. I v případech rozvinutých systémových komplikací lze systematickou rehabilitační péčí eliminovat postižení plynoucí z kloubních deformit a kontraktur.

Intenzivní dialyzační léčba na našem oddělení ve frekvenci 6x týdně po dobu 6 hodin byla v předtransplantačním období renálního selhání zcela zásadní pro zabránění progresi systémových komplikací hyperoxalurie, i když pro pacientku samotnou šlo o výrazný zásah do kvality života. S ohledem na možnost časně kombinované transplantace jater a ledvin je nutné myslet na možnost primární hyperoxalurie typu I u všech dětských a mladých pacientů s projevy nefrolitiázy a nefrokalcinózy.

Literatura u autorek

Markéta Vilhelmová, Renata Ťulpová,  
Dialýza Šumperk, s. r. o.,  
marketa.vilhelmova@seznam.cz

## MUDr. Radim Uzel opět v Ústí nad Orlicí

Dne 1. 10. 2014 se v Základní umělecké škole Jaroslava Kociana v Ústí nad Orlicí konala VI. odborná konference pod názvem „Prevence rizikového chování v oblasti sexuality“ za účasti čestného hosta MUDr. Radima Uzla, CSC., který právě v naší nemocnici odstartoval svoji profesní kariéru.

Pořadatelem konference byla Střední zdravotnická škola Ústí nad Orlicí ve spolupráci s Městem Ústí nad Orlicí.

MUDr. Radim Uzel zaujal svou přednáškou „Změny prevence sexuálního rizika za posledních čtyřicet let“, s kladnou odezvou se setkali i další přednášející lékaři, primář gynekologicko-porodnického oddělení MUDr. Dionýz Zakál a MUDr. Jiří Pilař, oba zástupci Orlicko-ústecké nemocnice, a s.

Žáci 3. ročníků oboru zdravotnický asistent a sociální činnost vystoupili pod vedením odborných učitelů s prezentací programu Hrou proti AIDS a peer programu Prevence HIV/AIDS.

S rizikovým sexuálním chováním v kyberprostoru, s problematikou týraných a sexuálně zneužívaných dětí a s projevy sexuálního chování klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb postupně seznámili účastníky por. Bc. Lenka Vilímková, por. Bc. Martin Drd-



la, PhDr. Hana Mervartová a Petra Řeháková.

Celá akce měla u přítomných velký úspěch a předpokládá se její pokračování v příštím roce, opět za přítomnosti MUDr. Uzla. Ten s velkým zájmem pozorně poslouchal nejen své přednášející kolegy, ale rovněž navštívil střední zdravotnickou školu a prohlédl si moderně vybavené učebny ošetrovatelství a pečovatelství.

Mgr. Lenka Podzimková,  
ředitelka školy

# Neberte si své orgány do nebe

Transplantační centra se potýkají s nedostatkem orgánů od živých i zemřelých dárců. Někdy rodiny potenciálních dárců nevydávají souhlas k odběru kvůli náboženské víře.

Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM), jehož součástí je i naše největší transplantační pracoviště, spustil na konci října kampaň, jejíž součástí byla i konference „Víra a dárcovství“. Rozhodně ne náhodou právě nad touto konferencí převzal zástitu kardinál a arcibiskup pražský Dominik Duka. Spolu s ním vystoupil přednosta Transplantcentra IKEM MUDr. Pavel Trunečka,

CSc., přednosta Kliniky nefrologie IKEM prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc., a doc. MUDr. Eva Pokorná z oddělení odběru orgánů a transplantačních databází IKEM.

**Jako jsem měl rád já vás**  
Sílu a odvahu mluvit o jednom z nejtěžších rozhodnutí svého života našli také rodiče, kteří o své dítě přišli v lednu letošního roku. Souhlas s odběrem orgánů

mohli – a nemuseli – dát, protože jejich chlapci bylo pouhých dvanáct let. V České republice sice existuje předpokládaný souhlas s dárcovstvím orgánů, přesto mnohdy rodiny zemřelých dárců odběr odmítají.

V některých případech tyto rodiny udávají jako důvod víru. Ve skutečnosti ale většina kultur i náboženství darování orgánů chápe jako akt lásky k bližnímu a tuto aktivitu podporuje. Zcela

Tab. 1 Čekací listina na transplantace orgánů v ČR ke dni 1. 1. 2014, n=1102

Orgán	Číslo pacientů
Ledvina	747
Srdce	114
Játra	83
Plíce	57
Pankreas samostatný a v kombinaci s ledvinou	86
L. ostrůvky	13
Uvedení čekatelů v aktivním pořadí a dočasně vyřazení	

jistě je tomu tak u křesťanství. „Když se Ježíš loučil se svými učedníky na večeradle, řekl jim, že jim dává jenom jednu normu: „Jako jsem měl rád já vás, tak se mějte vy navzájem rádi.“ Největší lásku dává ten, kdo dává život za své přátele. A dárci darují část sebe. Tou druhou podobou je cosi platného pro všechna náboženství a kultury – co chceš, aby ostatní činili tobě, čiň ty jim,“ připomněl kardinál Duka.

Tab. 2 Pacienti žijící po transplantaci orgánů v České republice k 31. 12. 2013

Orgán	IKEM	celá ČR
Ledvina	2336	4287
Srdce	449	683
Játra	750	1094
Plíce	1	82
Pankreas	257	257
CELKEM	3793	6403

## Dárcovská kritéria se rozšiřují

V posledních deseti letech se počet zemřelých dárců orgánů pohybuje kolem 200 za rok (v IKEM okolo 100). Dárcovský potenciál v České republice je ovšem mnohem vyšší, není však zcela využíván. I proto čeští lékaři rozšiřují stejně jako ve světě dárcovská kritéria. „V Česku už prakticky nemáme věkovou hranici pro dárců orgánů. Není výjimkou, že se jimi stanou i lidé mezi sedmdesáti a osmdesáti lety, nevylučujeme ani nemocné s hypertenzí, diabetem nebo po cévních mozkových příhodách. U nich je ale nutné dělat mnohem složitější vyšetření, aby byla zajištěna správná funkce darovaných orgánů,“ uvedla docentka Pokorná.

Velmi náročná je i sama organizace a koordinace odběrů orgánů. Od první informace o možném dárci k dokončení organizačně nekomplikovaného odběru orgánů uplyne v průměru pouhých 12 hodin. Na počátku stojí intenzivista dárcovské nemocnice a koordinátor transplantačního centra, nicméně do odběru bývá zapojeno více než 80 lidí a vykonáno v souvislosti s ním bývá přes 400 telefonických hovorů.

## Štěpy i nepříbuzní dárci

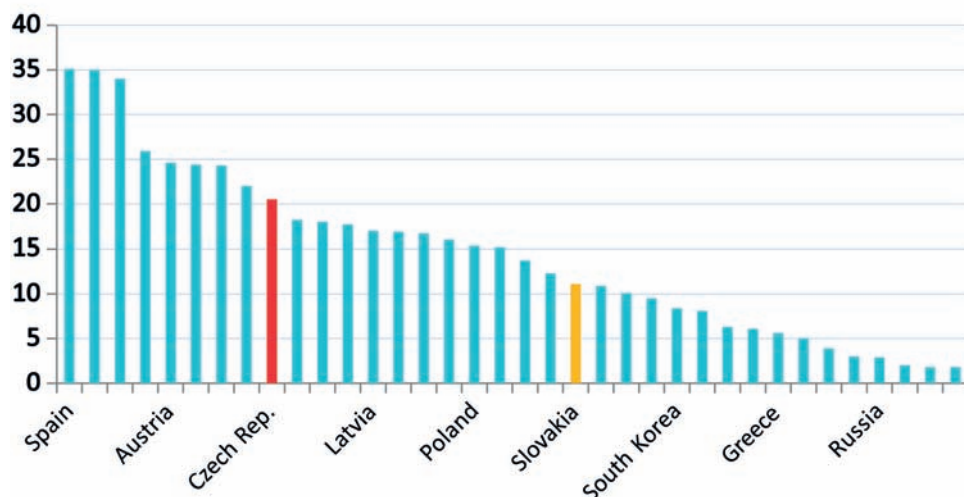
V IKEM už do konce letošního října lékaři provedli více

transplantací jater než v celém minulém roce. Důvodem ale není vzrůstající počet běžných dárců, naopak. Jejich počet stagnuje či mírně klesá. V některých případech je našťastí možné celý orgán nahradit štěpem z něj, typicky u transplantace jater. O jeden orgán se tak podělí dva pacienti, ať už dospělí nebo dětští. To je jedna z možností, jak lékaři IKEM bojují s nedostatkem dárců. „Na nový orgán v Česku nyní aktuálně čeká zhruba 1 100 pacientů, nejvíce na novou ledvinu, poté na srdce a játra. Počty orgánů od zemřelých dárců ale zdaleka nedokážou pomoci všem nemocným. Proto chirurgové i internisté v IKEM stále hledají nové možnosti jak nemocným pomoci,“ vysvětlil situaci MUDr. Trunečka.

V programu transplantací ledvin hledají nefrologové možnosti, jak rozšířit dárcovský pool o živé dárci. „Zatímco dříve se pro darování ledviny svému blízkému rozhodli hlavně příbuzní jako rodiče, sourozenci nebo třeba bratrance či sestřence, nyní mohou ledvinu darovat i manželé, druh či družka nebo i přátelé. Transplantujeme i dvojice, které nemají stejnou krevní skupinu. Snažíme se pomoci tam, kde to medicína a etická pravidla umožní,“ řekl profesor Viklický.



Foto: IKEM



Zemřelí dárci orgánů na 1 milion obyvatel v roce 2013

Zdroj: KST

# Péče o ženu po urogynekologickém výkonu

Článek popisuje kazuistiku 38leté ženy trpící stresovou močovou inkontinencí.

**S**ymptom inkontinence moči (IM) je dle poslední definice International Continence Society definován jako stížnost na jakýkoli, vůlí neovladatelný únik moči. Ženy trpí inkontinencí dvakrát častěji než muži. Prevalence močové inkontinence u žen je odhadována na 10-60 %. Počátek inkontinence není nutně spjat s vyšším věkem ženy, a proto nejsou výjimkami ani pacientky „mladé“. Urogynekologie je nástavbovým oborem sloučujícím poznatky gynekologie a urologie. K nejčastějším urogynekologickým problémům patří únik moči, sestup pánevních orgánů a hyperaktivní močový měchýř. V praxi toto onemocnění trápí převážně ženy a není výsadou pouze pokročilého věku, což dokládá následující kazuistika.

38letá pacientka je zdravá, nijak se interně neléčí, žádné úrazy ani operace neprodělala. Menarché ve 12 letech, menstruační cyklus je pravidelný, má za sebou dva spontánní porody. V současnosti má zavedené nitroděložní tělíčko (IUD). Alergie neguje, nekouří, alkohol příležitostně.

## Konzervativní řešení inkontinence moči

Na urogynekologickou ambulanci je pacientka odeslána obvodním gynekologem pro potíže s únikem moči. Tyto potíže se objevily již po prvním porodu (hmotnost novorozence 3700 g).

Po druhém porodu dochází k progresi obtíží (hmotnost novorozence 3040 g). Žena nosí „pro jistotu“ stále vložky. Stěžuje si na pravidelný únik moči při kýchnutí, popoběhnutí a kašli. Zprvu se snažila pravidelně asi 2 měsíce cvičit podle „brožury“, ale cvičení je bez efektu. Nykturii, polakisurií, dysurií neguje. V minulosti často trpěla na infekce močových cest. Při vstupním vyšetření pochvy nezjištěn výrazný sestup ani v jednom kompartmentu. Při kašli pozorován únik moči, levator-test i Q-tip-test jsou pozitivní. Ultrazvukové vyšetření prokázalo patologický nález uretrovezikální junkce (UVJ), jinak bez nálezu. Vzhledem k nálezu je pacientce doporučeno vést si mikční deník a provádění rehabilitačního cvičení pod vedením rehabilitačního pracovníka.

S odstupem 5 měsíců přichází pacientka na kontrolu. Subjektivně se cítí lépe. K úniku moči dochází jen občas při plném močovém měchýři. Objektivní vyšetření beze změny, pouze ultrazvukové je stále patrná patologická pohyblivost UVJ – je však méně výrazná oproti vyšetření před 5 měsíci. Po dohodě pacientka pokračuje v konzervativní léčbě. Po půl roce žena přichází na kontrolu. Konzervativní léčba je již bez efektu. K samovolnému úniku moči dochází při kašli, cvičení, běhu. Vaginální a ultrazvukové vyšetření beze změny.

Pacientce je nabídnuto operační řešení problému (zavedení minipásky Ajust), s čímž souhlasí.

## Operační řešení inkontinence moči

### • 1. den hospitalizace

Pacientka je přijata den před plánovaným výkonem. Je seznámena s oddělením a předoperační přípravou (depilace operačního pole). Po absolvování vstupního vyšetření je uložena na pokoj. Cítí se dobře, je afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaná. Předoperační vyšetření bylo zjištěno před hospitalizací.

**Medikace:** Oxazepam 10 mg, tbl. 0-0-1, Clexane 0,4 ml, s. c., á 24 hod., aplikován ve 21:00 hodin.

### • 2. den hospitalizace

Pacientka je nalačno, k operaci provedeny BDK. Foley č. 12 zaveden na operačním sále. Operační výkon proveden v celkové anestezii, bez komplikací. Délka operačního výkonu byla 25 min. Pacientka je přeložena na standardní oddělení gynekologie. Foley č. 12 odvádí čistou moč, vaginální tamponáda je neprokrvácená. BDK ponechány do plné mobilizace. Bolest do VAS 2, analgetika nepožaduje, při nabídce odmítá. TK, P sledovány po operaci 2x á 30 min, dále do stabilizace á 1 hod. TT 2x denně.

**Medikace:** Oxazepam 10 mg, tbl. 2-0-0, Oxycontin 10 mg, tbl. 1-0-0, Cefazolin 1 g ad 100 ml FR 1/1,



Ilustrační foto: Shutterstock

## Druhy inkontinence

<b>Urgentní inkontinence</b>	= Únik moči spojený s naléhavým nucením k močení. Nejčastěji způsobena nekontrolovanými stahy svaloviny močového měchýře, která se podílí na jeho vyprazdňování.
<b>Reflexní inkontinence</b>	= Výpadek přirozeného tlumení stahů svaloviny močového měchýře, která je způsobena neurogenními poruchou dolních močových cest. Pacient nemusí pociťovat nucení na močení.
<b>Stresová inkontinence</b>	= Zvýšení nitrobršního tlaku při smíchu, kýchnutí, kašlání a podobně, při němž nedochází ke stahování svaloviny močového měchýře. Pokud je tlak v měchýři vyšší než uzavírací tlak v oblasti svěrače, dochází k úniku moči.
<b>Paradoxní inkontinence</b>	= Únik moči při přeplněném močovém měchýři. Nejčastěji k němu dochází u pacientů se zvětšenou prostatou.

i. v. (podán 30 min před operací), Metronidazol 500 mg, i. v. (podán 30 min před operací), Stilnox tbl. ve 22:00 (nespavost), Clexane 0,4 ml, s. c., á 24 hod., aplikován ve 21:00 hodin.

### • 3. den hospitalizace

Ráno tamponáda ex. Foley ex s následnou UZ kontrolou močového rezidua po vymočení. Pacientka propuštěna do domácího léčení. TK 110/60, P 72, TT 36,6, VAS 0.

vého rezidua po vymočení. Pacientka propuštěna do domácího léčení. TK 110/60, P 72, TT 36,6, VAS 0.

## Závěr

Po 3 týdnech od operace přichází pacientka na kontrolu do urogynekologické ambulance. Subjektivně se cítí bez výrazných obtíží, je kontinentní. Ultrazvukové reziduum je minimální. Na další kontrolu je objednána za půl roku.

V případě péče o ženu trpící jakoukoli formou inkontinence jde vždy o multioborovou spolupráci. Výkony pro inkontinenci mají charakter minimálně invazivních technik (TVT-O a TVT). Nechtěný únik moči či stolice je nejen zdravotním, ale i psychologickým problémem. Dnešní medicína jej však již umí poměrně snadno a s dobrým efektem řešit.

Mgr. Andrea Lorenz, MSc, Jana Hůlková,  
gynekologicko-porodnické oddělení,  
Krajská nemocnice Liberec,  
andrea.lorenz@nemlib.cz,  
jana.hulkova@nemlib.cz

Ošetřovatelské diagnózy						
Ošetřovatelský problém	Intervence	Stanovení problému/ukončení	Hodnocení			
			příjem	OP	1. den	
Bolest	operační zákrok	sledování neverbálních projevů		operační den	EX	Bolest zvládá dobře bez analgetik. Nabídku analgetik odmítá. VAS po výkonu do 2, 1. den po operaci 0.
Riziko infekce	PVK PMK	monitorace okolí invazivního vstupu kontrola průchodnosti aseptické ošetřování		operační den	EX	PMK odvádí dosti, moč čirá. PVK funkční, místo vpichu bez známek infekce. 1. pooperační den PVK, PMK ex. Kontrola močení po vytažení PMK + rezidua.
Riziko pádu		zajištění signalizačního zařízení	19,00	trvá	EX	V den příjmu poučena o signalizačním zařízení, které je umístěno k lůžku. Doprovod do sprchy a dopomoc při vstávání z lůžka po operačním výkonu.
Deficit tělesných tekutin	krvácení	kontrola krvácení		OP	EX	Tamponáda zevně suchá, neprosáklá. 1. pooperační den ex - tamponáda minimálně prosáklá.
Komplikace pooperační	nestabilita FF TEN	monitorace FF bandáže DK		OP	EX	FF stabilní - normotenzní, afebrilní po celou dobu hospitalizace. BDK zajištěny elastickými punčochami, které 1. pooperační den ex.

# Jak zvládnout urostomii

Uretroileostomie je jednou z operačních možností v případě, je-li nutné provést derivaci moči z horních močových cest. Derivace moči znamená odvedení pasáže moči jiným než přirozeným způsobem. Primárním cílem výkonu je zajištění vylučování moči při současné ochraně horních močových cest a funkce ledvin.

**P**řincipem operace je, že se exkludovaná klička terminálního ilea použije k vytvoření ileálního konduitu, do něhož se implantují uretery a na stěně břišní se vytvoří stomie. U ilea je obnovena kontinuita. Vznikne inkontinentní uretroleostomie (dále urostomie). Cílem je zachování co nejlepší kvality života pacienta, což je hlavním úkolem sester-specialistek na ošetřování stomií.



Úkol je náročné pro pacienta i pro edukující sestru. Jako návod pomáhá Charta práv stomiků, přijatá v roce 2004 Valným shromážděním delegátů na 11. světovém kongresu IOA (Mezinárodní asociace stomiků). Podle Charty má každý stomik právo:

- na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu

## Práva stomických pacientů

Základem úspěšného návratu do běžného života je sžít se s novou skutečností „mám stomii“, správně se naučit aplikovat stomickou pomůcku a ošetřovat pokožku v jejím okolí. Splnit tento

operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií,

- na dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta,

- na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i své komunitě,

- na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomatické života,

- na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůčkách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici,

- na možnost neomezeného výběru dostupných stomatických pomůcek,

- na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují, na ochranu proti jakékoli formě diskriminace.

Splněním těchto úkolů má pacient zajištěno vše potřebné k návratu do běžného života po operaci náročné po stránce chirurgické, ale i psychologické.

## Edukace je předpokladem

Předpokládáme, že předoperační edukace funguje na všech urologických pracovištích. Spočívá v zakreslení budoucí urostomie, předvedení ošetřování na modelu stomie a seznámení s dostupnými stomatickými pomůčkami ještě před výkonem.

Po výkonu je samozřejmostí pečovat o pacienta po celou dobu hospitalizace, pravidelně edukovat při výměně pomůcky, pozornost věnovat také poučení členů rodiny, v případě potřeby zajistit následnou péči (například s pomocí Agentury domácí péče). Před propuštěním pacienta do domácího prostředí si musíme být jisti, že ošetření urostomie zvládne sám nebo má zajištěnou pomoc.

## Správné ošetřování urostomie

Vlastní ošetření urostomie je náročnější než ošetření např. kolostomie. Pacient se musí naučit



zručnosti při výměně pomůcky a musí také vědět, že vylučování moči není možno ovlivnit. Ileální kondukt vylučuje hlen, který odchází s močí do urostomického sáčku. Zpočátku se musí výrazné množství hlenu ze stomie pečlivě odstraňovat, časem se jeho množství zmenšuje a projevuje se jen jako malé bílé shluky v urostomickém sáčku. Pacient musí být poučen, že vylučování hlenu je zcela v pořádku, že je to projev správné funkce tenkého střeva.

K zajištění suchého prostředí při výměně pomůcky je vhodné použít tampon, který zasuneme na okraj stomie. Získáme tak suché prostředí a dostatečný čas k ošetření peristomální pokožky. Zdravá urostomie má sliznici růžovou, vlhkou, bez povlaku. Změnil-li se barva a vzhled stomie, je nutno ihned vyhledat lékaře.

## Péče o peristomální pokožku

Pro ošetření urostomie a péči o peristomální kůži je dobré dodržovat tyto postupy:

- šetrně odstranit pomůcku pomocí prostředků k tomu určených (neodhrávat),

- omýt vodou – nepoužívat parfémovaná mýdla,

- muži pravidelně oholit okolí, nejlépe elektrickým holicím strojkem (nedojde k poranění pokožky),

- řádně osušit (doporučujeme fénem – pokožka se prohřeje a není drážděna otíráním),

- použít ochranný film – ochrání pokožku při podtečení, film je lepicí, pomůcka lépe drží,

- dodržovat dobu výměny – dvoudílný systém za 2–3 dny, jednodílný systém denně, poté lepicí hmota přestává být léčivá k pokožce, stává se naopak zásobníkem bakterií,

- používat výrobky určené k ošetření peristomální pokožky od firem, které se na jejich výrobu specializují, nepoužívat výrobky kosmetických firem, které při sty-

ku se stomickou pomůckou mohou způsobit kožní alergie.

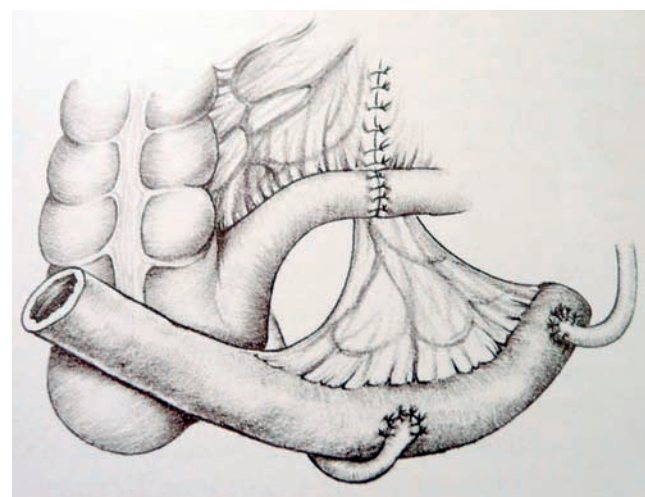
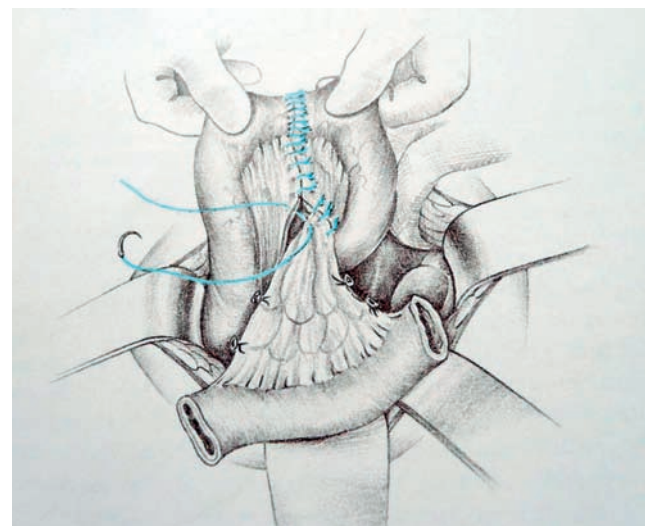
## Péče o stomii v domácím prostředí

Velikost vlastní urostomie se mění, po operaci bývá větší, oteklá, většinou nelze jednu velikost pomůcky používat trvale. Někdy je nutná změna pomůcky při změně tělesné hmotnosti, může se změnit i její postavení. Pravidelně je nutno kontrolovat její velikost, aby se na pomůcce nevytvořil otvor větší, než je urostomie, a nedocházelo tak k maceraci peristomální pokožky. Všechny změny na pokožce, jako například rychlejší uvolňování pomůcky, podtékání, palčivost či zarudnutí v okolí stomie, jsou signálem k návštěvě stomatické poradny.

Je třeba si uvědomit, že výkonem bylo resekováno tenké střevo, takže rekonvalescence musí obsahovat i poučení o dočasné změně stravování, naučit pacienta jíst 5x denně v menších porcích, volit nenadýmaovou stravu, maso a zeleninu dobře tepelně upravit, omezit ostrá a kořeněná jídla, vyloučit alkohol a nápoje perlivé či s obsahem kofeinu. Po adaptaci na změněné podmínky volit stravu podle zásad správné výživy. Dočasné omezení ve stravovacím režimu doporučujeme pouze s ohledem na resekované tenké střevo. Do stravovacích návyků lze zahrnout i změnu pitného režimu s pravidelným přísunem tekutin během dne. Dostatečný pitný režim snižuje riziko uroinfekce. Denní dávku tekutin lze orientačně spočítat na příjem 35 ml tekutin/kg hmotnosti/24 hodin. Samozřejmě je nutno přihlížet k omezením daným jinými onemocněními, jako jsou kardiovaskulární či nefrologická.

Literatura u autorky

Milada Karlovská, urologická ambulance, Nemocnice Na Bulovce, karlovska.m@seznam.cz



# Adaptační proces na jednotce intenzivní péče

Adaptační proces na jednotkách intenzivní péče (JIP) je jedním z klíčových momentů při zapracování nových zaměstnanců. Správně vedený proces je důležitý pro vybudování kvalitního týmu, který pak může zajistit harmonii mezi stávajícími a novými zaměstnanci.

Jedním z přínosů je i snížení fluktuace zaměstnanců, což je zejména na JIP zvláště důležité z hlediska specifík, která tyto jednotky obnáší. Stabilní tým kvalifikovaných sester je základem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

První měsíce adaptace nového zaměstnance do značné míry ovlivní jeho pohled na danou profesi. Tento proces je důležité metodicky řídit a vést o něm přehlednou dokumentaci. Dokumentace pak umožní proces adaptace sledovat a zajistí jeho průběžné a přehledné hodnocení. Adaptační proces nových zaměstnanců představuje proces, kdy dochází k seznámení s provozem na pracovišti, k získávání informací o daném zařízení, o jeho organizační struktuře, personální a sociální politice a k celkovému obeznámení s podnikovou kulturou. Řízený adaptační proces má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s procesy, metodami a činnostmi zařízení, vytvoření vztahů ke spolupracovníkům a pochopení stylu a organizace práce. Současně dochází k formování pocitů zodpovědnosti a samostatnosti. Dobře připravený a promyšlený adaptační proces může velmi pomoci a ulehčit nástup novému zaměstnanci, který je pro něj stresující.

**Cílem adaptačního procesu** je zkrátit dobu, kdy pracovník nepodává standardní výkon, osvojit si práci s přístrojovou technikou a řadu náročných specializovaných postupů souvisejících s prací na daném pracovišti a co nejdříve se aktivně začlenit do pracovního týmu. Nedílnou součástí je i adaptace na fyzicky i psychicky náročnou práci.

## Průběh adaptace pracovníků na JIP

Celý průběh adaptačního procesu je řízen personálním oddělením a bezprostředně nad-

řízeným nového zaměstnance. Každá pracovní pozice vyžaduje různou délku adaptačního procesu, proto je nutné vytvářet individuální plány adaptace, které budou zahrnovat jednotlivé postupy v časovém harmonogramu, určené pro dané pracovní zařazení. Adaptační proces začíná první den při přijetí nového zaměstnance.

• **První den** je velmi důležitý a je třeba se na něj řádně připravit. Nový zaměstnanec přichází na pracovní místo, je pln očekávání, obav a utváří si první dojem o pracovišti a spolupracovnících. Měl by mít pocit, že o něj stojí. Obvykle je nejprve seznámen s průběhem adaptačního procesu a s tím spojenou dokumentací a zároveň je představen svému školiteli, který ho bude adaptačním procesem provázet. Školitel nového zaměstnance představí pracovnímu týmu, provede ho po pracovišti a informuje ho o sociálních podmínkách pracoviště. V tentýž den zaměstnanec absoluuje školení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany.

• **V prvním měsíci**, z důvodu velké prvotní zátěže, je vhodné nového pracovníka zařazovat pouze na ranní směnu, kdy pracuje pod přímým vedením sestry školitelky. Ta jej provádí celým ošetrovatelským procesem a postupně seznamuje se s specifiky dané jednotky. Především se tak zbytečnému stresu při adaptaci na nové prostředí. Je velmi důležité nového zaměstnance seznámit s harmonogramem práce na dané jednotce, s řízenou dokumentací, s platnými směrnici organizace a s praxí pacientů.

V zapracování je třeba se zaměřit především na praktické zvládnutí specifických výkonů určených pro danou jednotku. Novému zaměstnanci je třeba vše pečlivě a názorně vysvětlit a až pak, při následném provádění těchto výkonů, hodnotit jeho schopnosti a dovednosti. Názor-



Ilustrace foto: Leoš Chodura

ná ukázka s výkladem je daleko smysluplnější než studium písemných podkladů, ať již ve formě standardů či vnitřních předpisů jednotky. Postupuje se od méně náročných po vysoce odborné činnosti. Totéž platí i o zdravotní technice, která je nedílnou součástí většiny prováděných výkonů a jejíž množství se liší typem jednotky. Odborná školení na zdravotní techniku je lepší provést až po vysvětlení činnosti nebo výkonu s ní spojeným. Zaměstnanec si pak dokáže snáze propojit informace a lépe tak pochopit celý proces. Zkušený školitel by měl umět odhadnout množství informací, které bude sdělovat, aby nováčka nezahltl a neodradil ho. Měl by postupně odhadnout také jeho schopnosti a tomu přizpůsobit i průběh adaptace.

V tomto období zaměstnanec obvykle absoluuje školení na jednotné postupy v organizaci, jako jsou například kardiopulmonální resuscitace, aplikace transfuzních přípravků a hygieny rukou, které jsou prováděny napříč celou organizací. V prvním měsíci by měl absolvovat přibližně dva pohovory s přímým nadřízeným, jejichž cílem je zhodnotit dosavadní průběh adaptace, odhalit případné problémy s ní a pomoci mu je řešit. Důležité je vyzdvihnout jeho schopnosti a umět pochválit, což má kladný

vliv na průběh celého adaptačního procesu.

Novému pracovníkovi je také nutno vysvětlit, na koho se může v případě potřeby obracet. Měl by být také stále aktivně zapojen, aby neměl pocit zbytečnosti, ale současně aby nebyl přetěžován.

• **Další průběh** adaptace představuje zařazení zaměstnance do směnného provozu a měl by ho postupně vést k samostatné péči o pacienty. V tomto období pracovník začíná samostatně provádět již osvojené ošetrovatelské výkony. Stále však probíhá adaptace na výkony nové a upevňují se nabyté vědomosti. To vše pod vedením sestry školitelky, která dohlíží na správnost prováděných výkonů, usměrňuje práci tak, aby byla v souladu s jednotnými postupy na dané jednotce, a také je nováčkovi oporou, motivuje ho a povzbuzuje ke zlepšení pracovního výkonu. Jirkovský říká, že „zkušenosti absolventa z prvních dvou až tří měsíců výkonu povolání výrazně ovlivňují jeho celoživotní vztah k profesi, ke zdravotnickému zařízení, k pacientům a ostatním členům zdravotnického týmu“. Motivací pro nového zaměstnance je například přidělování nových zajímavých úkolů, u nichž je předpoklad, že je zvládne, a bude mít pak dobrý pocit ze splnění úkolu. Zaměstnanec absoluuje po-

stupně školení na práci s přístroji užívanými na dané jednotce. Adaptační proces končí zhruba po 6–12 měsících – podle náročnosti ošetrovatelské péče a množství přístrojové techniky dané jednotky. Délku adaptačního procesu ovlivňují samozřejmě také schopnosti a dovednosti pracovníka.

## Hodnocení a dokumentace

Od zahájení adaptačního procesu je nutné provádět **průběžné hodnocení a vést dokumentaci adaptačního procesu**. Dokumentace má mapovat průběh a umožňovat záznam hodnocení adaptačního procesu, odrážet specifika jednotky, ať již se jedná o specifické výkony či záznam o proškolení na obsluhu přístrojů. Školitel/ka vytváří záznam o činnosti svého školení a přehled o výkonech, které si nový zaměstnanec již osvojil, což jí umožní lépe plánovat celý proces přesně podle jeho výsledků. Vedoucí pracovník pak získává přehledné informace o průběhu adaptačního procesu nového zaměstnance a zaměstnanec sám, díky přehledně shromážděným údajům o své práci, má zpětnou vazbu toho, jak je hodnocen jeho výkon a v čem se má zlepšit. Zároveň má přehled o průběhu celého procesu, má představu o tom, co ho čeká, co musí zvládnout, může se na dané činnosti teoreticky připravit a mít cílené otázky při zaškolování, které ho posunou dál a zefektivní tak celý průběh adaptace.

Hodnocení se zaměřuje na pracovní výkon, pracovní a sociální chování zaměstnance. Neformální hodnocení pracovního výkonu je každodenní činností sestry školitelky. Důležité je sledovat i organizační schopnosti a odolnost vůči fyzické i psychické zátěži, která je na jednotkách intenzivní péče značná.

## Ukončení adaptačního procesu

**Ukončení** nastává tehdy, jsou-li splněny všechny cíle adaptace, s nimiž byl nováček seznámen v den nástupu na pracoviště. Školitel/ka zpracuje závěrečné hod-

nocení, v němž je třeba zhodnotit nejen pracovní výkon, ale i interpersonální vztahy, jak se dotýká adaptace na pracovní kolektiv, jestli se začlenil a dokáže s ním spolupracovat. Tato adaptace je pro další práci nového zaměstnance velmi důležitá. Dovolím si tvrdit, že pracovník, který nebyl kolektivem přijat, nemůže podávat uspokojivý výkon, přičemž právě na jednotkách intenzivní péče je vzájemná spolupráce velmi důležitá. Do hodnocení je třeba zahrnout i chování

zaměstnance ke klientům, jeho vstřícnost a schopnost empatie. Závěr hodnocení by měl obsahovat doporučení, na co by se měl nový pracovník při své práci zaměřit a co by měl zlepšit. Hodnocení by nemělo být pro zaměstnance ničím novým, protože je hodnocen průběžně po celou dobu adaptačního procesu. Závěrečné hodnocení je určitým shrnutím celého průběhu adaptačního procesu. Přímý nadřízený pak za přítomnosti školicího pracovníka

prověří získané znalosti a dovednosti podle zvyklostí dané jednotky. Ukončením adaptačního procesu vzdělávání a formování znalostí pracovníka nekončí. Jde o proces celoživotního vzdělávání, kdy se znalosti a dovednosti přizpůsobují stále novým požadavkům ze strany technického vybavení i nových objevů, které přináší nové pracovní postupy. Celoživotní vzdělávání je nezbytné pro každého zaměstnance, který chce obstát na trhu práce.

### Prínos adaptačního procesu

Dobře naplánovaný individualizovaný adaptační proces zajišťuje systematické vzdělávání nových zaměstnanců tak, aby vyhovovalo potřebám organizace. Především:

- umožňuje rychlejší dosažení standardní výkonnosti,
- snižuje fluktuaci zaměstnanců v prvním roce od přijetí a zvyšuje možnosti uplatnění pracovníka,
- snižuje náklady a problémy spojené s odchodem nových zaměstnanců,

- napomáhá k příznivému postoji zaměstnance vůči organizaci a zvyšuje jeho spokojenost a loajalitu,
- snižuje stres nových zaměstnanců, který je s nástupem do zaměstnání vždy spojený,
- přináší úspěšnost a spokojenost v zaměstnání.

Literatura u autorky

Hana Šimonová,

ARO, Krajská nemocnice Liberec,  
simonovahanka@gmail.com

# Pentaplegie a možnosti její rehabilitace

Článek se zabývá možností návratu pacienta s diagnózou „pentaplegie“ do domácí péče. Mapuje také proces vyřízení náležitostí k odchodu domů a zdůrazňuje nutnost fyzi- i ergoterapie v rámci celkové rehabilitace. Zkušenosti použité v tomto článku jsou získány na spinální jednotce, kde byli hospitalizováni dva pacienti s touto diagnózou.

Výraz pentaplegie se skládá z řeckých slov „penta“ jako „5“ a „plége“ jako „úder“, což znamená ochrnutí neboli úplnou neschopnost aktivního volního pohybu. Pentaplegie bývá nejčastěji způsobena úrazem (např. pádem na hlavu a záhlaví).

### Co znamená pentaplegie

Klinický obraz pentaplegie je způsoben poškozením míchy v oblasti C1-C4. Projevem pentaplegie je ochrnutí všech končetin, bránice, trupového a břišního svalstva. Pacienti jsou z důvodu nefunkčnosti bránice po celý zbytek života odkázáni na umělou plicní ventilaci. Mají zachovánu aktivitu pouze v oblasti hlavy a částečně v oblasti šíje (dle místa poranění míchy). Postižení mohou trpět mnohými doprovodnými komplikacemi, jako jsou respirační, urologické, defekční, sexuální a psychické. Dochází k poruchám termoregulace, k autonomní dysreflexii, svalovým spasmům, trofickým změnám, mohou se objevit dekubity, osteoporóza a zlomeniny, heterotopická osifikace či otoky rukou a nohou. S tímto postižením vzniká řada problémů v oblastech, které ovlivňují kvalitu života (activity of daily living, ADL). Péče o pacienta s míšním poraněním nutně vyžaduje multidisciplinární přístup – péči traumatologa, neurochirurga, neurologa, urologa, psychologa, fyzioterapeuta, er-

goterapeuta a celého ošetřovatelského personálu.

### Rehabilitace

Cílem fyzioterapie a ergoterapie je umožnit pacientovi návrat do domácího prostředí, proto by měly být nedílnou součástí života pentaplegika. Fyzioterapie zahrnuje udržení pasivní hybnosti ve všech pohybových segmentech, udržení a postupné zlepšení aktivní hybnosti v zachovaných pohybových segmentech, využití měkkých a mobilizačních technik, prevenci zkrácení svalových struktur (pasivní cvičení, měkké a myofasciální techniky, polohování i do antispastických vzorců a proti vzniku dekubitů každé 2-3 hodiny). Důležitá je také snaha o obnovu dechových funkcí v rámci respirační fyzioterapie (např. Vojtova reflexní lokomoce či plicní rehabilitace dle Smolíkové), jejímž cílem je samostatné dýchání bez umělé plicní ventilace. Postupná vertikalizace a nácvik přesunu do vozíku, využití stavěcího stolu (prevence osteoporózy, kontraktury, ortostatického kolapsu a kalcifikací). Do rehabilitace se zapojuje i mechanoterapie – využití motomedu. Při pentaplegii lze všeobecně využít různých fyzioterapeutických metodik a postupů (např. cvičení v závesném systému Redcord, cvičení dle Čáповé nebo výše uvedená Vojtova reflexní lokomoce). Některé z těchto metodik vycházejí z neurofyziologického podkladu.

Fyzi- a ergoterapeutická zátěž se řídí dle aktuálního stavu, schopností a tolerance pacienta.

### Ergoterapie

Tato část rehabilitace zahrnuje péči o horní končetinu – využití měkkých a mobilizačních technik, pasivní cvičení, centraci ramenního kloubu, tvarování ruky do funkčního úchopu, doporučení polohovacích ortéz (na modelaci funkční ruky), ve spolupráci s fyzioterapeutem nácvik vertikalizace, včetně přesunu a jízdy na vozíku, trénink dechových funkcí při zátěži (při sedu na vozíku postupné odpojování od umělé plicní ventilace). Významnou rolí ergoterapeuta je poradenství v době vyřizování žádosti o domácí umělou plicní ventilaci (DUPV). Jedná se zejména o výběr vhodných kompenzačních pomůček (lůžko, antidekubitní matrace, polohovací pomůcky, pomůcky ke cvičení a usnadnění manipulace s pacientem, úprava domácího prostředí na bezbariérové). Důležitá kompenzační pomůcka je pro ovládání PC (můžeme volit z variant „brýle“, ovládání dechem, hlasem, pohybem hlavy). Ergoterapeut pomáhá při výběru elektrického vozíku se speciálním ovládáním (nejčastěji bradovým) a dalších doplňkových programů k ovládání vozíku. Většina oslovených firem umožní zapůjčení vybraného modelu vozíku k vyzkoušení. Rodina má v tomto mezičase prostor k oslovení různých pečov-



Ilustrační foto: Shutterstock

vatelských nebo zdravotnických institucí, které budou vypomáhat s péčí o pacienta v domácím prostředí.

### Možnosti domácí péče a DUPV

V době hospitalizace pentaplegika ve zdravotnickém zařízení (nejčastěji jsou OCHRIP, DIOP, DIP) lze uvažovat o jeho směrování do domácí péče. Pokud ošetřující lékař, rodinná situace a stav pacienta dovozí, je možné podat „žádost o realizaci umělé plicní ventilace“. Příslušný formulář je ke stažení na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR). Žádost vyplňuje ošetřující lékař. Formulář obsahuje i vyjádření dalších příslušných lékařských odborností (ortoped, neurolog, rehabilitační lékař, psycholog, lékař ARO). Důležité je zajistit péči oddělení ARO, které si územně převezme pacienta do péče, kdyby nastaly nečekané komplikace jeho zdravotního stavu. Dále je nutné určit osobu, která bude primárně

o pacienta pečovat. Žádost obsahuje i zhodnocení sociálního statusu rodiny. Ta musí úzce spolupracovat s příslušným sociálním odborem, kde dostane informace pro vyřízení invalidního důchodu, přidělení stupně závislosti, o hrazení kompenzačních pomůček či o nároku na další příspěvky. Pacientova zdravotní pojišťovna musí znát výši předpokládaných úhrad za péči. Vyplněné formuláře se předkládají na MZ ČR ke schválení. Realizace umístění pentaplegika do domácí péče je dlouhodobým procesem. Podle našich zkušeností trvá půl až 1 rok, než dojde k plnému vyřízení formalit a přesunu pacienta do domácího prostředí. Nicméně uskutečnit lze.

Literatura u autorek

Jana Zachová, DiS., ergoterapeut,  
KNL, a. s., rehabilitace,  
Marta Köhlerová, DiS., fyzioterapeut  
KNL, a. s., rehabilitace,  
janape@seznam.cz, kohm@nemlib.cz

# Kalendář akcí nelékařských zdravotnických pracovníků – prosinec 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: [jilkova@mf.cz](mailto:jilkova@mf.cz)

## VA Diabetes mellitus – nové nutriční zásady

1.-5. prosince 2014

**Téma:** Nové poznatky o průběhu a vývoji onemocnění DM, změny metabolických pochodů jednotlivých substrátů živin a nutrientů (vitaminů a nerostných látek). Účinek inzulínu, inzulínová rezistence, malnutrice u diabetiků, volba nutriční podpory, enterální výživa pro diabetiky, parenterální výživa při těžkých stavech. Inovace v dietním režimu ambulantních diabetiků. Úpravy v těhotenství, při sportu, při časovém posunu. Dietoterapie v návaznosti na druhy inzulínu, aplikačních místech a problémy s jeho vstřebáváním, aplikační pomůcky, měřicí technika. Dietní režim u jednotlivých věkových kategorií (od dětství po staří). Edukace jednotlivých věkových skupin.

**Pořadatel:** NCO NZO Brno

**Místo konání:** Brno

**Kontakt:** Ludmila Skoumalová, tel.: 543 559 583, [skoumalova@nconzo.cz](mailto:skoumalova@nconzo.cz), [www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz)

## CK Národní onkologický registr (NOR), sběr a validace dat ve spádových pracovištích NOR

1.-5. prosince 2014

**Téma:** Organizace onkologické péče v ČR, Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR, Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdrav. problémů TNM, patologické nálezy – hlídací mechanismy hlášenky, Incidence a hlášení zhoubných novotvarů, kódování, hlášení KOH – dispenzární péče. Informační systém pro analytické zpracování dat NOR. Incidence a mortalita, hlá-

šení zhoubného novotvaru – význam parametrů. Platná legislativa pro NOR a ochrana osobních dat. Praktické plnění a kontrola hlášení NOR, nejčastější chyby, aplikace kontrolních funkcí.

**Pořadatel:** NCO NZO Brno

**Místo konání:** Brno

**Kontakt:** Ing. Alena Obstová, tel.: 543 559 517, [obstova@nconzo.cz](mailto:obstova@nconzo.cz), [www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz)

## Zavádění a možnosti využití supervize v ošetrovatelství

2. prosince 2014

**Pořadatel:** Thomayerova nemocnice Praha

**Místo konání:** Thomayerova nemocnice Praha

**Kontakt:** Jaroslava Poláková, tel.: 605 235 788, [jaroslava.polakova@ftn.cz](mailto:jaroslava.polakova@ftn.cz), [www.ftn.cz/vzdelavani](http://www.ftn.cz/vzdelavani)

## Prohlubující kurz bazální stimulace

5. prosince 2014

**Pořadatel:** Thomayerova nemocnice Praha ve spolupráci s Institutem Bazální stimulace

**Místo konání:** Thomayerova nemocnice Praha

**Kontakt:** Jaroslava Poláková, tel.: 605 235 788, [jaroslava.polakova@ftn.cz](mailto:jaroslava.polakova@ftn.cz), [www.ftn.cz/vzdelavani](http://www.ftn.cz/vzdelavani)

## CK Prevence a analýza rizik v zařízeních poskytujících zdravotní služby

5.-7. prosince 2014

**Téma:** Management rizik. Analytické nástroje k identifikaci a prioritizaci rizik. Krizová připravenost a prevence kriminality ve zdravotnickém zařízení. Bezpečnost péče a akreditace

SAK ČR. Praktické návky použité analytických nástrojů.

**Pořadatel:** NCO NZO Brno

**Místo konání:** Brno

**Kontakt:** Ing. Alena Obstová, tel.: 543 559 517, [obstova@nconzo.cz](mailto:obstova@nconzo.cz), [www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz)

## SV Perioperační péče

8.-12. prosince 2014

**Pořadatel:** NCO NZO Brno

**Místo konání:** Brno

**Kontakt:** Alena Muthsamová, tel.: 543 559 586, [muthsamova@nconzo.cz](mailto:muthsamova@nconzo.cz), [www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz)

## SV Intenzivní péče

8.-12. prosince 2014

**Pořadatel:** NCO NZO Brno

**Místo konání:** Brno

**Kontakt:** Lucie Kudličková, tel.: 543 559 587, [kudlickova@nconzo.cz](mailto:kudlickova@nconzo.cz), [www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz)

## Příběh sestry v Saúdské Arábii, díl 11/12 – Moje saúdská láska

V minulém dílu jsem popisovala své zážitky ze saúdské svatby a v tomto dílu vám budu vyprávět o tom, jak jsem se v Saúdské Arábii sama skoro vdala.

Jednou jsem vyrazila na párty, která se konala na střeše v jiném compoundu (tzn. mezinárodním městečku) a seznámila jsem se tam s jedním moc milým Saúdem. Jmenoval se Bader, což znamená arabsky úplněk. Nepředváděl se jako všichni ti ostatní. Třeba jeden kluk se mi chlubil, že mluví sedmi jazyky, mimo jiné i italsky. Když jsem na něj spustila plynulou italštinou, vůbec se nechystal. Zajímalo by mě, jestli s těmi zbývajícími šesti jazyky na tom byl podobně. Další se předváděl, že má nejnovější model BMW, toho jsem odbyla, že mě značka jeho auta opravdu nezajímá.

### Společné narozeniny

Když se mě v hloučku ptali, jak zvládám život v Saúdské Arábii jako žena-Evropanka, upadli v nevěřící úžas, zejména když jsem začala básnit, že se mi tady moc líbí, jsem nadmíru spokojená, nošení abáji (tj. tradiční místní oděv) mi vůbec nevadí a podobně. Nejvíc překvapený byl Bader a moje pozitivní odpovědi ho asi dostaly, takže jsem si získala jeho obdiv. Než jsem s párty odjela, ještě si stihl říct o moje telefonní číslo, které jsem mu, jako je-

dinému ze všech nápadníků, dala. Pár dní po našem seznámení jsem slavila narozeniny. Shodou okolností má Bader narozeniny hned den po těch mých, takže mě s několika dalšími přáteli pozval a přichystal oslavu společnou, což mi zalichotilo. Dokonce i na dortu bylo napsáno: „Happy Birthday Bader and Lucie!“

### První opravdová láska

Od našich společných narozenin jsme se začali stýkat víc a víc, i když jsme naši lásku museli spíše skrývat. Bader pocházel z Rijádu, z početné a vážené konzervativní rodiny. Jeho otec byl šejk, vůdčí představitel rodu a za svůj život měl několik manželek. Bader pracoval jako kapitán královského námořnictva a pro mě byl dokonalým. Byl pozorný gentleman, který se ke mně choval tak, že jsem se cítila jako princezna. Naše láska byla hluboká, ale také vzhledem ke kulturním rozdílům předurčená zániku. Bader mi hned na začátku řekl, že si mě nikdy nebude moct vzít. Důvodem byla jeho pracovní pozice a zaryté tradice. Jeho rodina by nikdy nepřipustila, aby si vzal Evropan-

ku a nemuslimku k tomu. Strávili jsme spolu tři nádherné roky, na které nikdy nezapomenu. Hodně jsme toho spolu zažili a procestovali. Byla to exotická láska jak pro mě, tak pro něho. Milovala jsem, když chodil v tradičním oblečení, v bílé thóbě a šátku. Vypadal noblesně a neuvěřitelně sexy. Díky tomuto vztahu mám teď zážitky, na které budu vzpomínat celý život. Od našeho rozchodu uběhl rok, po který jsme nebyli v kontaktu, a teď k narozeninám mi přišla zpráva s milým přáním: „Všechno nejlepší první opravdové lásce v mém životě.“ Přesně tou byl pro mě i on.

Mgr. Lucie Karalová

*Nemocnice Security Forces Hospital (SFH), jeden z nejpobulárnějších zahraničních zaměstnavatelů českých a slovenských sester, nabízí mzdové ohodnocení více než 1.000.000,- Kč čistého ročně a atraktivní zaměstnanecké výhody, jako bezplatné nadstandardní ubytování apod. Nemocnice SFH je sponzorem 12dílného seriálu „Příběh sestry v Saúdské Arábii“ a jedním z hlavních partnerů 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](http://www.g5plus.com), [info@g5plus.com](mailto: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](http://www.sestraroku.cz)

#### PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů:  
– e-mailem na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz)  
– vložení na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)  
– v obálce označené heslem „Sestra roku 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](http://www.sestraroku.cz). Těž si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz).

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

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

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

Generální partner



Hlavní partneři



Science For A Better Life

Partner galavečera



Záštita



Garant



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

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

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

Kde jste se o soutěži dozvěděli? .....

## Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v medicínské části Zdravotnictví a medicína vám tentokrát kromě pokračování seriálů Trendy v otorinolaryngologii a Trendy v oftalmologii přinášíme několik zpráv z nedávno konaných kongresů. Jedná se o jubilejní 50. ročník kongresu Evropské asociace pro studium diabetu, který proběhl v září ve Vídni a na němž byla představena řada novinek z oblasti výzkumu a léčby diabetu mellitu. Další jubilejní akcí

byla 60. výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP, která se konala koncem října v Brně a o níž nás informoval MUDr. Aleš Petřík z výboru společnosti. O XV. světovém kongresu prevence nemocných nákaz, pro nějž organizátoři letos vybrali Prahu, jsme hovořili s docentem Rastislavem Maďarem. Na významu nabývá obor adiktologie a s ním spojená problematika preven-

ce a léčby závislosti na návykových látkách. Jistě vás zaujme příspěvek o probíhající adiktologické vzdělávání sester zdravotnických zařízení v rámci věznic – projekt, s nímž nás seznámili předseda Kliniky adiktologie 1. LF UK prof. Michal Miovský a MUDr. Jaroslav Žižka z Odboru zdravotnické služby Vězeňské služby ČR. Nechybí ani tradiční aktuality z oborů, kde bych chtěla upozornit zejména na úspěch

vědců z Kliniky pracovního lékařství 1. LF UK, objasňující vztah toxického působení metanolu a parkinsonského syndromu. V neposlední řadě pak chci vaši pozornost zaměřit na objev vědců z Národního ústavu duševního zdraví, který by v budoucnu mohl pomoci v diagnostice nebo i vývoji léku na Alzheimerovu chorobu.

Příjemné počtení vám přeje  
MUDr. Andrea Skálová

# Smysluplná spolupráce ambulantního otorinolaryngologa a kliniky ORL

Ambulantní ORL specialista nejen diagnostikuje a léčí choroby ve svém oboru, ale zároveň připravuje pacienty k další diagnostice, konzervativní a chirurgické léčbě na otorinolaryngologické klinice. Pro pacienty i lékaře je velmi přínosné, pokud existuje úzká a navazující spolupráce. V našem případě funguje komplexní vazba na klinické pracoviště.

**U**žší spolupráci s pražskou ORL klinikou ve FNKV jsme zahájili před několika lety a pokračujeme v ní dosud. Roky kooperace se osvědčily a přinesly pro pacienty i všechny zúčastněné pozitivní výsledky. Tzv. klinický den, probíhající pravidelně jednou týdně, umožňuje kontakt ambulance s lůžkovým zařízením. Ročně odesíláme z našich ambulancí v Benešově a Vlašimi na ORL kliniku FNKV přibližně 480 až 600 pacientů, z toho 350 k chirurgickým výkonům. Z polikliniky v Praze 10 doporučujeme na kliniku 400–500 pacientů, z toho 70 % tvoří pacienti indikovaní k chirurgickému řešení.

### Součinnost ambulance s klinikou

Níže uvádíme výčet výhod vyplývajících z dobré spolupráce me-

zi ambulantním ORL specialistou a klinickým zařízením. Patří sem:

- Úzká spolupráce s vedoucími lékaři jednotlivých specializací na klinice. Oboustranná zpětná vazba při hodnocení úspěšnosti léčby pacientů.
- Možnost zajištění konzervativní i chirurgické léčby u specializovaných lékařů kliniky – otoneurologie, onkologie, operace štítné žlázy, slinných žláz, krčních cyst a lymfatických uzlin, funkční endonazální chirurgie, kofochirurgie či dětská ORL, která je též součástí kliniky. Sledování průběhu léčby pacientů při pravidelných klinických dnech ambulantního specialisty.
- Vlastní chirurgická praxe včetně výkonů plastické chirurgie (operace boltců pro otapostáze) s možností týmové spolupráce v případě komplikovanější léčby.

- Zajištění komplexního předoperačního vyšetření pacientů ambulantním specialistou podle stávajících standardů a požadavků kliniky (včetně CT, MRI, sonografie a dalších). Odpadá tím provádní stejných vyšetření duplicitně v ambulanci i nemocnici, šetří se čas pacienta.
- Důsledná pooperační péče po propuštění pacienta z kliniky – pravidelné kontroly u ambulantního specialisty s možným řešením komplikací léčby.
- Zajištění výsledků histopatologického vyšetření a včasné odeslání pacienta k následné terapii – onkologické, endokrinologické, radioterapii, či k jiným specialistům podle specifické problematiky.
- Pravidelná dispenzární péče o onkologicky nemocné. Střídavá dispenzární kontrola na

onkologii, ORL klinice a v ambulanci ORL specialisty (včetně nutných kontrola CT, MR a dalších).

- Dispenzární péče u chronických stavů v ORL (prekancerózy) včetně endoskopických kontrol.
- Péče o pacienty s chronickou hypertrofickou rinitidou a polyózou nosní.
- Péče o pacienty s chronickými zánětlivými stavy ve středouší – pacienti jsou odesíláni k následné kofochirurgické terapii.
- Diferenciální diagnostika náhlých poruch sluchu a rovnováhy – ke konziliárnímu vyšetření a k eventuální následné terapii při hospitalizaci odesíláme pacienty specialistům na otoneurologii.
- Péče o dětské pacienty s poruchami sluchu (chronická sekretorická otitis media, stavy po tym-

panostomii). Pravidelné kontroly sluchu, podle aktuálního stavu odesíláme dítě k chirurgickému řešení.

### Hodnocení spolupráce

S vedením kliniky, lékaři i sestrami funguje velmi dobrá spolupráce. Konziliární vyšetření i chirurgickou terapii provádějí specialisté v daném oboru. Samotní pacienti hodnotí velmi příznivě nejen úroveň odborné lékařské a ošetřovatelské péče, ale i fungující spolupráci ambulantních lékařů s klinickými kolegy. Vnímají též pozitivně úsporu času bez nutnosti dvojího vyšetření v ORL ambulanci a nemocnici. To vše umožňuje optimální péči o pacienta, výborné výsledky léčby i spokojenost pacientů. Vážíme si možnosti spolupracovat se všemi pracovníky ORL kliniky a jim patří poděkování za všechny naše pacienty.

MUDr. Josef Štěpánek,  
ORL ambulance, Benešov a Vlašim  
MUDr. Azita Gebauerová, ORL ambulance, Praha

## TRENDY V ORL

# Diagnostika a léčba pacientů s tinnitem a závratěmi na ORL klinice 3. LF UK a FNKV

Zaměření na diagnostiku a léčbu pacientů trpících závratěmi má na ORL klinice FNKV dlouholetou tradici. Významným představitelem na tomto poli byl zejména prof. Vladimír Chládek, který jako jeden z prvních otolaryngologů v ČR provedl chirurgické odstranění vestibulárního schwanomu.

V posledních letech však stoupají výrazně počty pacientů s tinnitem, kdy nás žádají o konzultaci nejen pacienti z Prahy, ale z celé ČR.

## Co je tinnitus

Tinnitus je obtěžující symptom mnoha nemocí, a to nejenom v oblasti hlavy a krku, sluchového systému, ale prakticky celého organismu. Zdůrazňujeme, že ke stanovení příčin je nezbytná důkladná anamnéza a celkové vyšetření nemocného. Standardem diagnostických postupů je základní ORL vyšetření a podrobné vyšetření sluchu a rovnováhy. Podle zjištěných skutečností je potom vyšetření doplněno o konziliární posouzení dalšími specialisty.

Optimální je, pokud pacient přinese záznam ze své zdravotní dokumentace o prodělaných, eventuálně probíhajících onemocněních, absolvovaných vyšetřeních a dosavadní léčbě. Základem vyšetření je audiologická diagnostika: prahová tónová audiometrie, slovní audiometrie, zjištění maskovatelnosti tinnitu (frekvence a hlasitost, charakter). Ve většině případů se neobejdeme bez vyšetření akusticky evokovaných potenciálů mozkového kmene – BERA. Na základě výsledků těchto vyšetření pak v indikovaných případech doporučujeme CT mozku, MR či angiografii.

## Etiologie tinnitu

Tinnitus může souviset s onemocněním sluchového analyzátoru (otoskleróza, Morbus Menière, vestibulární schwanom, chronická otitida, stavy po úrazech, akutraumatech, ale i recidivujících otitidách v dětství), infekcemi CNS, centrální ischemií charakteru tranzitorní ischemické ataky (TIA), kardiologickým onemocněním atd. Při rozboru souboru našich nemocných shledáváme, že fenomén tinnitu, obtěžující nemocné, je jediným příznakem pouze u nepatrného počtu pacientů. Pokud nepotvrdíme onemocnění sluchu, nacházíme velký počet nemocí či dalších příčin plynoucích

z prostředí, ve kterém nemocní žijí a pracují. Bývá to zpravidla hluk a stres. Významný vliv na vznik tinnitu mají i některá další onemocnění: hypertenze, virózy, patologie spojená se stavem C páteře (která se jeví jako významný faktor vzniku tinnitu ve všech věkových skupinách). Nelze opomenout ani psychický stav a osobnost nemocného, které mohou vysvětlit obtížnost vnímání tinnitu. Kromě zjištění frekvence a intenzity tinnitu audiologickými metodami je důležité v diagnostice a zejména hodnocení výsledků léčby stanovit tzv. subjektivní obtížnost tinnitu (SOT). Užíváme 10stupňovou škálu vyjadřující míru postižení, která nemusí být vždy odpovídající výsledkům audiologických metod. Z výčtu informací, které o pacientovi postupně získáme, plyne často nutnost doplňkových vyšetření – významný bývá výsledek sonografie karotid, neurologické vyšetření, které může odhalit roztroušenou sklerózu, degenerativní či cévní onemocnění CNS, ale i mozkový tumor či aneurysma. V neposlední míře si vyžadáme i vyšetření psychologa či psychiatra, zejména pro zjištění patologie v oblasti myšlení. Suicidiální tendence, které jsou uváděny jako poměrně časté, zaznamenáváme u našich pacientů ojediněle a nevíme o případu, kdy by došlo k jejich realizaci.

## Možnosti terapie

Pro úspěšnost léčby akutního tinnitu je velmi významný její včasný začátek. Aplikujeme kortikoidy, nejlépe i. v., a masivní dávky vazoaktivních látek – stejně jako u náhle vzniklé nedoslýchavosti. Důležitější je však odhalení příčiny, kdy pouze v těchto případech je možná léčba cílená. Bohužel u většiny nemocných se skutečnou příčinu tinnitu odhalit nepodaří. Jedná se o nemocné polymorbidní, s chronickým tinnitem, kdy je velmi obtížné určit rozhodující příčinu vzniku tinnitu. V této souvislosti je nutné zdůraznit, že ve sluchovém orgánu může být přítomná patologie např. v prosté obturaci zvukovodu ceruminem,

přes patologii bubínku a středouší k postižení kochley, sluchového nervu, sluchové dráhy i kůry mozkové.

I přes intenzivní výzkum není zatím jednotný názor na konkrétní patologii, zejména v oblasti CNS, která by u jednotlivých pacientů dokázala určit příčinu tinnitu. Časté jsou nálezy zmnožené gliozy při vyšetření MR mozku, snad v důsledku dočasné ischemie z různých příčin. V léčebných metodách, které tedy nejsou cílené, se nám kromě vazoaktivní medikace, vinpocetinu a betahistinu, eventuálně cinarizinu, jeví v některých případech účinná kombinace EGB 761 + laseru, hyperbarická oxygenoterapie (HBO) za trvalé rehabilitace krční páteře (tzv. kultivace myoskeletárního systému). U nemocných se sluchovými vadami, kdy je indikováno sluchadlo, zaznamenáváme i významný efekt ve zmírnění obtížnosti tinnitu při jeho užití. Na druhou stranu jsme nezaznamenali léčebný efekt tzv. alternativních postupů jako akupunktura či homeopatie. Přínosem pro pacienta bývá psychoterapie či medikace podle doporučení psychiatra, zejména v případech, kde je nesoulad mezi výsledkem vyšetření sluchu a obtížností tinnitu udávanou pacientem.

## Příčiny závratí

Závratě patří mezi časté obtíže seniorů, ale mohou postihnout i mladé jedince a děti. Vestibulární systém, vizuální vjem, somatosenzorický systém a kortikální oblast ve vzájemné koordinaci zajišťují prostorovou orientaci člověka a udržení rovnováhy. Závrat (vertigo) vzniká tehdy, je-li kterýkoli z těchto systémů poškozen chorobnou změnou nebo informací přicházející do centra neodpovídající adekvátní situaci. V užším slova smyslu představuje vertigo iluzorní vjem pohybu vlastního těla nebo okolí neodpovídající skutečnosti. Nejčastěji má rotační charakter. Porucha rovnováhy nerotačního typu může být bez poruchy sluchu, nebo s jeho poruchou. Příčinou může být toxické postižení labyrintu, polyneuropatie (např.

diabetická), poruchy otolitového systému, migréna, degenerativní neurologické onemocnění (např. roztroušená skleróza), kraniocerebrální poranění, komplikace chronického středoušního zánětu. Pocit instability a závrať spojená s určitou situací může být i psychického původu. Výrazná rotační závrať delšího trvání, často s neurovegetativní symptomatologií, může být způsobena *neuritis vestibularis*, *herpes zoster-otiticus*, virovým původem. Ve spojení s bolestí hlavy, bez poruchy sluchu, bývá často příčinou cévní mozgová příhoda s postižením mozkového kmene nebo mozečku. Záchvaty výrazné rotační závratí trvající minuty až hodiny s vegetativními příznaky bývají projevem migrény, Meniérovovy choroby, labyrintopatie ze zvýšené tlaku nitroušních tekutin, ale i příznakem centrálního vestibulárního syndromu.

Poruchy rovnováhy popisované pacienty jako nejistota jsou často příznakem ortostatické hypotenze nebo poruch srdečního rytmu. Interní vyšetření je zpravidla nutné. Polohová rotační závrať v poloze vleže na boku v délce trvání několika sekund může být příznakem benigního paroxysmálního polohového vertiga (BPPV) s postižením zadního nebo horizontálního kanálku. Velmi často bývá projevem vertebro-bazilární insuficience či tumoru mozečku. Pokud je spojena s poruchou sluchu, musíme pomyslet na perilymfatickou píštěl. Je-li navíc přítomna i bolest hlavy, může se jednat o tumor mozečku nebo ischemii v oblasti zadní jámy lebny. Zcela atypicky se může projevit vestibulární schwanom (neurinom statoakustiku), kdy může, ale nemusí být přítomna porucha sluchu včetně tinnitu jako jediného příznaku. Závratě mohou mít nejrůznější charakter. Prvním příznakem může být i náhlá porucha sluchu. Definitivním potvrzením bývá MR mozku se zaměřením na oblast koutu mostomozečkového. V diagnostice, zejména při asymetrii sluchu, hraje významnou roli vyšetření BAEP (brainstem acoustic evoked potentials).



ilustrační foto: Shutterstock

## Vyšetření pacientů se závratí

Na ORL kliniku FNKV přicházejí pacienti s chronickými závratěmi ke konziliárnímu vyšetření v těch případech, kdy se při dlouhodobé závratí nedaří stanovit jednoznačně příčinu a ani léčba není úspěšná. Pacienti s akutní závratí jsou většinou odesíláni z neurologické kliniky. Zde je zpravidla provedeno vyšetření neurologické, CT a MR mozku. Pokud neurolog nepřevzme pacienta do své péče nebo jej hospitalizuje, je nemocný odeslán k ORL vyšetření. Z ORL hlediska je u každého pacienta se závratěmi nutné odebrat podrobnou anamnézu. Na jejím základě stanovíme diagnostický postup a provedeme rozvahu o možném typu onemocnění. Standardní je komplexní vyšetření audiologické (prahová tónová audiometrie, tympanometrie a vyšetření stapediálního reflexu, často i slovní audiometrie a vyšetření akusticky evokovaných potenciálů mozkového kmene – BERA). Velmi důležité je zjištění přítomnosti nystagmu spontánního, polohového nebo z pohovávání. Zde jsou nepominutelné tzv. Dix-Hallpikeovy manévry (rotace hlavy v záklo-nu či vybitelnost nystagmu při změně polohy leh-seď a naopak). Nystagmus dále vyšetříme po bitermální kalorizaci, optokinetické stimulaci, perrotáčním či a postrotáčním dráždění. Nystagmus vyšetřujeme očitým pozorováním, pomocí Frenzelových brýlí nebo elektronystagmograficky (ENG). Moderní metodou je videookulografie. Nedílnou součástí vyšetření je vyšetření stability. Fukudova zkouška pochodem na místě se zavřenými očima po do-

bu jedné minuty je základním vyšetřením rovnováhy. Dříve prováděná kraniokorpografie již není v našem repertoáru. Provedeme tak základní diferenciální diagnostiku periferního, centrálního nebo smíšeného vestibulárního syndromu.

Více než 5 let nám slouží v diagnostice poruch rovnováhy moderní stabilometrie systému

Tetrax. Tento sofistikovaný počítačový program dokáže identifikovat z poruchy stability v deseti různých pozicích postižení zrakové, periferní vestibulární, poruchu propriorecepce či centrálního postižení. V procentech vyjádří míru patologie jednotlivých systémů. Vyšetření trvá zhruba 10 minut a informuje nás o možné příčině závratí. Používáme je na

prvním místě u všech pacientů se závratěmi. Pacient ovšem musí být schopen stoje se zavřenýma očima bez opory. Na základě výsledků vyšetření více než 1000 pacientů můžeme potvrdit velmi časté postižení krční páteře jako rozhodující příčinu obtíží nemocných. V těchto souvislostech se zaměřujeme na upřesnění diagnostiky Whiplash Injury

coby častého následku dopravních nehod.

### Léčba závratí

Pokud se podaří stanovit příčinu závratí, je velmi často úspěšná i léčba. Rozhodujeme se pro medikamentózní léčbu, rehabilitaci, habituační trénink, někdy i chirurgické řešení (tumory mozku, aneurysma, operace krční páteře,

úrazy). Razíme zásadu, že u pacienta trpícího závratěmi by měl léčbu koordinovat praktický lékař, který je obeznámen s anamnézou a celkovým zdravotním stavem nemocného. V diagnostice a způsobu má rozhodující slovo neurolog a otorinolaryngolog, v další následné péči fyzioterapeut a někdy i psycholog.

MUDr. Ivan Šejna, CSC., doc. MUDr. Aleš Hahn

## Možnosti korekce odstávajících boltců

Otapostáza neboli odstávající boltce jsou vrozenou vývojovou vadou, která se vyskytuje průměrně u 5 % populace. V 60 % případů se jedná o autozomálně dominantně dědičnou malformaci, která je způsobena nedostatečným vývojem anthelixu a nadměrným vývojem konchy.

Ve většině případů jde o oboustranné postižení, může však odstávat jen jeden ušní boltce. O odstátém boltci hovoříme tehdy, je-li cefaloaurikulární úhel větší než 30° a vzdálenost horního okraje helixu od lebky větší než 2 cm.

Za nejvhodnější věk pro korekci odstávajících boltců považujeme stáří 7 až 9 let, kdy jsou boltce již dostatečně formovány a nedochází k podstatným změnám ve velikosti a postavení. Korekce v tomto věku má význam i z psychologického hlediska, neboť děti s výraznou vadou bývají terčem posměchu. Za velmi důležité považujeme vlastní rozhodnutí dětí k výkonu. Věk 10 let je hraniční z hlediska úhrady výkonu zdravotní pojišťovnou.

Výkon provádíme u spolupracujících dětí a dospělých v lokální anestezii, u dětí předškolního věku v anestezii celkové.

### Embryonální vývoj boltce

Ušní boltce se vyvíjí mezi 3. a 12. týdnem embryonálního vývoje ze 6 mezenchymových hrbolků, které obklopují první žaberní štěrbinu při dorzálním konci prvního a druhého žaberního oblouku. Vpředu 3 hrbolky z prvního žaberního oblouku později vytváří *tragus*, *crus helicis* a *helix*. Vzadu hrbolky druhého žaberního oblouku tvoří *tuberculum anthelicis*, *tuberculum antitragus* a *lobulus*. V důsledku chybného splývání těchto hrbolků ve 12. týdně embryonálního vývoje vznikají anomálie ušního boltce.

### Anatomie boltce

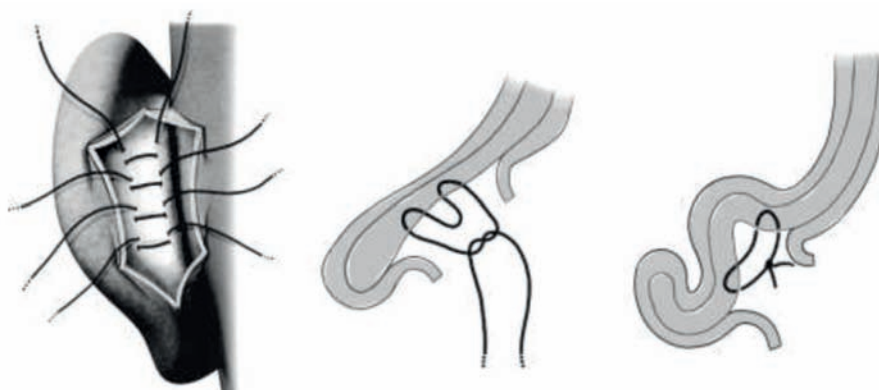
(viz obr. 1)

Růst boltce je ukončen mezi 7. a 9. rokem života. Dlouhá osa



Obr. 1 – 1. Tragus, 2. Antitragus, 3. Incisura intertragica, 4. Lobulus auriculae, 5. Helix, 6. Anthelix, 7. Concha auriculae, 8. Fossa triangularis, 9. Scapha, 10. Radix helicis, 11. Crus anthelicis

boltce od nejvyššího bodu helixu k okraji lalůčku je průměrně 7 cm a svírá s vertikální osou obličeje úhel 20°. Úpon ušního lalůčku je přibližně v rovině nosního hrotu. Horní úpon boltce je ve vyšší zevní oční koutku a nejvyšší bod helixu je ve výši obočí.



Obr. 2 Technika podle Mustardého

Cefaloaurikulární úhel je za fyziologických okolností 20–35°, průměrně 30°, vzdálenost horního okraje helixu od lebky by měla být 1,8–2 cm.

### Cíle otoplastiky

Cíle otoplastiky stanovili McDowell a Wright:

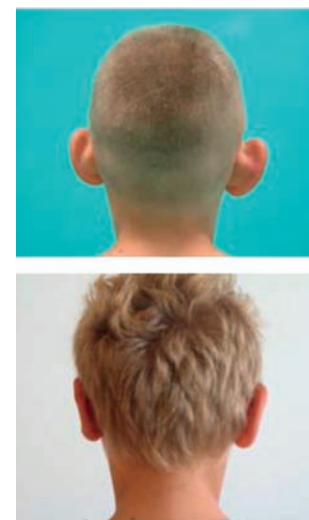
1. Všechny protruze horní třetiny boltce musí být korigovány. Některé reziduální protruze střední a dolní části mohou být ještě akceptovány za předpokladu, že horní část je veskrze korigována.
2. Helix obou boltců při frontálním pohledu má být viděn za anthelixem.
3. Helix má mít hladkou a pravidelnou linii.
4. Retroaurikulární rýha nemá být výrazněji změněna nebo deformována.
5. Boltce nemá být situován těsně u hlavy. Od zevního okraje helixu ke kůži mastoidální krajiny musí být vzdálenost na vrcholu 10–12 mm, ve střední třetině 16–18 mm a v dolní třetině 20–22 mm.
6. Poloha obou boltců by měla být srovnatelná s odchylkou do 3 mm v jakémkoli bodu.

### Techniky otoplastik

V posledních letech byla v literatuře publikována řada různých operačních postupů otoplastik. Obecně lze plastiky boltce rozdělit na chrupavku šetřící a chrupavku protínající či vytínající. Mezi metody chrupavku šetřící můžeme zařadit například techniku podle Mustardého a techniku dle Furnase. U techniky dle Mustardého modelujeme anthelix zakotvením několika matracových stehů (viz obr. 2).

K technikám chrupavku protínajícím patří například metoda dle Lucketta, Converse, Pierce či Stenströma. Stenström publikoval techniku modelace boltce nařezáváním perichondria přední plochy chrupavky, modifikaci této metody používáme.

V místní anestezii 1% mezikainem provedeme nejprve incizi na dorzální straně boltce s vytnutím kožního pruhu. Discidujeme chrupavku a její přední plochu následně zjemníme nářezy skalpelem. Chrupavku rolujeme zpět a zakládáme fixační steh. Výkon zakončíme suturou chrupavky, kožního krytu a modelačním stehem s válečkem mastného tylu ventrálně.



Obr. 3 Porovnání boltců před operací a boltců po operaci

### Komplikace plastiky boltců

Komplikace můžeme rozdělit podle doby vzniku na časné a pozdní. Mezi hlavní časné komplikace patří krvácení s tvorbou hematomu, infekce, perichondritida, nekróza chrupavky a bolest. Mezi pozdní komplikace řadíme vznik keloidní jizvy, komplikace v souvislosti s šicím materiálem – stehové píštěle a granulomy, hypertenzi, zvýšenou citlivost na chlad a tlak a neuspokojivý kosmetický výsledek.

Vzniku komplikací předchází šetrným fyziologickým operováním s důkladnou hemostázou. První převaz provádíme den po výkonu, další pak po 5 dnech. Modelační stehy odstraňujeme 14. pooperační den. Čtyři týdny po operaci doporučujeme pacientům trvalé nošení čelenky, další dva týdny pak nošení čelenky na noc. Po dobu prvního měsíce doporučujeme zákaz veškerých sportů, další měsíc doporučujeme sportovat s čelenkou. Výsledek operace hodnotíme s odstupem dvou měsíců.

MUDr. Zdeněk Ježek,

ORL klinika 3. LF UK a FNK Praha

## TRENDY V OFTALMOLOGII

# Mikroincizní chirurgie v operativě zadního segmentu oka

Progresi technologie vitreoretinální operativy, ke které dochází v posledních letech, lze nazvat revoluční. Jasným trendem nitrooční chirurgie je miniinvasivní přístup, který již není doménou pouze předněsegmentové, zvláště kataraktové chirurgie, ale dostává se do popředí zájmu i při řešení chirurgických onemocnění sklivce a sítnice.

**M**alé samotěsnící nitrooční vstupy umožňují rychlejší pooperační hojení a rehabilitaci, omezují pooperační iritaci oka a zmenšují operací indukovaný astigmatismus.

## Přechod k mikroincizní chirurgii

*Pars plana* vitrektomie (PPV) započala svoji historii v 70. letech minulého století. Při první provedené PPV použil Machamer 17-gauge nástroje, určené pro stříhání a aspiraci sklivce. Přístroje vyžadovaly operační rány (sklerotomie) o velikosti 2,3 mm. V roce 1974 provedli O'Malley a Heintz první „klasickou“ tříportovou operaci a použili již 20-gauge (20G) nástroje (průměr 0,9 mm). Tento typ PPV, který vyžaduje incizi spojivky a sklerotomie o délce 1,4-1,5 mm, se používá do dnešní doby a je stále zlatým standardem a rutinní komponentou nitrooční chirurgie.

Přechod k mikroincizní chirurgii však nebyl snadný. Původní nadšení pro 25G techniku omezovaly technické nedostatky vysoce pohyblivých (flexibilních) chirurgických nástrojů. Jejich nízká rigidita omezovala preciznost i bezpečnost manipulace s nitrooční tkání. Nižší průtok a aspirace prodlužovaly dobu operačního výkonu a přinesly bezpečnostní rizika s tím spojená. Transkonjunktivální, již zcela bezstebová vitrektomie se objevila v roce 2002. Označovala se jako TSV (transconjunctival vitrectomy). Nadále byla ale z důvodu ohýbání nástrojů při práci v periférii určena jen pro jednodušší, zejména makulární indikace PPV. Objevily se komplikace typu pooperační hypotonie a endoftalmitida, které byly v dobách 20G PPV relativně vzácné. Někteří chirurgové přešli zpět k 20G PPV, jiní zvolili kompromis v rovněž ještě bezstebové 23G technice.

Vylepšená konstrukce mikrochirurgických nástrojů a tech-

nické zdokonalení sekání a aspirace sklivce nyní znovu vybízejí k uplatnění 25G (či dokonce ještě menší) chirurgie. V současné době se zdá, že významně převažují výhody 25G techniky nad riziky s ní spojené.

## Praxe na Oční klinice LF UK a FNHK

Na našem pracovišti provádíme naprostou většinu operací zadního segmentu bez celkové anestezie. Pro znečistlivění operačního pole používáme retrobulbární injekci Marcain o celkovém objemu cca 5,0 ml. Po injekci nakládáme na několik minut lehkou kompresi měkkým materiálem. Rychlejší a jednodušší 25G případy lze operovat i v lokální „kapkové“ anestezii. Celkové znečistlivění je vyhrazeno pro potenciálně bolestivé výkony, komplikované traumatické stavy a na žádost pacienta, popřípadě z vážných psychických důvodů.

Riziko kontaminace operačních ran autogenní bakteriální flórou omezujeme irigací spojivkového vaku 5% roztokem povidon jodu. Před operací a na jejím konci podáváme lokálních antibiotických kapek. Během rouškování zakrýváme řasy a používáme rigidní rozvěrače.

Do nitroočního prostoru pronikáme mikrokanylou, která se zavádí jedнокrokovou technikou nasunutá na speciálně konstruované trokary. Snadný průnik ostrého trokaru usnadňuje kombinované výkony: po standardní operaci katarakty lze bez větších problémů a rizik mechanických komplikací implantovat nitrooční čočky zavést porty atraumaticky (viz obr. 1).

Krátká tenkostěnná kovová kanyla je během výkonu zavedena ve sklerální ráně a vytváří vstup pro nitrooční nástroje. Konstrukce kanyly má vyšší rigiditu a omezuje tak „ohýbání“ nástrojů ve sklerotomii. Kanyly mohou být standardní, dodávané v setu s ucpávkami, ne-

bo jsou opatřené chlopněmi. Ucpávky se používají k dočasnému uzávěru kanyly, podle aktuální potřeby během PPV. Kanyly s chlopněmi umožňují dokonalejší kontrolu nitrooční tenze během zákroku a nebrání hladkému pohybu nitroočních nástrojů. Stabilní nitrooční tenze umožňuje bezpečné provedení PPV při normálních hodnotách tlaku (například 16 torr). Chlopně v kanylách brání uskřítnutí sklivcových vláken a snižují riziko nitroočních trakčních komplikací. Vyjmutí kanyly na konci operace kopíruje směr jejího zavedení. Bezprostředně po vyjmutí krátce masírujeme místo operační rány sterilní vatovou tyčinkou. Posun spojivky při zavádění trokaru a šikmá orientace operační rány mají zvýšit její těsnost v pooperačním období, tzn. omezit riziko hypotonie a riziko průniku mikrobiálních agens do nitroočního prostoru, které by mohlo rezultovat v endoftalmitidě.

Jednou kanylou je napojena infuze peroperačního roztoku, zbylé dva porty jsou pracovní – většinou má chirurg v jedné ruce světlo (endoilluminační) a v druhé ruce pracovní nástroj (nejčastěji vitrektom). Vitrektom provádí sekání a odsávání sklivce, které řídí operační jednotka. Konstrukce vitrektomové sondy (viz obr. 2) a efektivní fluidika umožňují bezpečnou a šetrnou preparaci sklivcových membrán i v těsné blízkosti sítnice. Výkonná aspirace je kompenzována precizní (zejména stabilní) kontrolou peroperační nitrooční tenze a k hypotonii oka nedochází ani při maximálním sání.

Důležitým aspektem pohodlné a spolehlivě provedené práce je dostupnost chirurgického instrumentaria. Specializované nástroje pro 25G chirurgii jsou v současné době již dosti rozmanité. Průběžně se tak rozšiřují možnosti retinálních chirurgů. Ze základních typů nástrojů uvádíme



Obr. 1 Napojení oka na infuzi až po zavedení všech chlopněových kanyl | Foto: archiv autorů

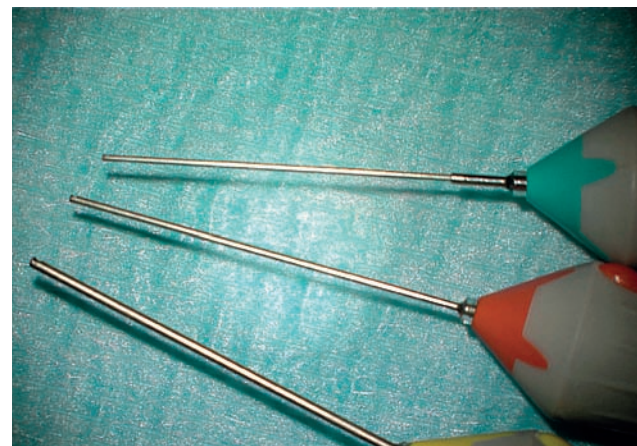
nůžky, kleště a pinzety mnoha designů, speciální špatle a elevátory, nástroje s osvětleným koncem pro bimanuální chirurgii, nitrooční kanyly, Charlesovy kanyly pro pasivní i aktivní sukci, nástroje s tupým silikonovým koncem atd.

## Výhody 25G techniky

Jednou z klíčových výhod mikroincizní PPV je redukce peroperační bolesti a pooperační bolestivosti. Jen velmi malá část pacientů po 25G PPV potřebuje tišit bolest perorálními analgetiky. Nižší peroperační bolest nabízí možnost provádět 25G operace pouze v topické („kapkové“) anestezii. Další jasnou výhodou 25G techniky je méně významný operací indukovaný astigmatismus, což je spojeno s rychlou pooperační úpravou zrakové ostrosti, pokud to základní sítnicová patologie dovoluje. Hodnoty rohovkového astigma-

tismu jsou oproti 20G chirurgii statisticky významně nižší až do 6. měsíce od operace. Tento rozdíl tedy ale omezuje skutečnost, že indukovaný astigmatismus po provedené PPV sám pozvolna ustupuje.

Možnost rychlé inzerce vstupních portů společně s tím, že na konci operaci není obvykle třeba sklerotomie zašívát, významně urychluje dobu operace. 25G operace trvají potom kratší dobu, zejména pokud se jedná o relativně jednodušší případy vitreoretinálních onemocnění. Doba hojení 25G sklerotomií (operačních vstupních ran) trvá asi 10 dní a je prováděna menší zánětlivou reakcí v porovnání s 20G vstupy, které se hojí přibližně 20 dní. Rány konstruované pro 20G operace je třeba zašívát vždy. Stehy operační rány mohou způsobovat dlouhodobější iritace operovaného oka.



Obr. 2 Vitrektomové sondy o průměru 20, 23 a 25G | Foto: archiv autorů

**Možné komplikace**

Mikroincizní chirurgie je také spojena s možným rizikem operačních komplikací. Incidence pooperačních odchlípení sítnice se pohybuje mezi 2,1–6 %. Důvodem jsou nediodagnostikované trhliny v periférii sítnice a eventuelně i iatrogeně vzniklé defekty. Teoreticky se na etiologii podílí i větší množství ponechané sklivcové base, které může „zbýt“ po 25G operaci.

Endoftalmitida je závažná komplikace nitroočních chirurgických zákroků. Naštěstí je její incidence po PPV poměrně

nízká a méně častá než po jiných nitroočních operacích. Významným faktorem pro rozvoj endoftalmitidy po 25G operaci je nedostatečná těsnost operačních vstupů v pooperačním období.

Podstatným problémem všech bezstehových operací může být pooperační hypotonie oka, která také přímo souvisí s netěsností operačních vstupů. Riziko netěsnosti zmenšuje správná konstrukce operačních vstupů: přímo, kolmo orientované rány netěsní až v 65 % případů. Spontánnímu uzávěru šikmo konstruované operační rány

pravděpodobně napomáhá povrchové napětí nitrooční plynové nebo vzduchové tamponády. Pokud má chirurg na konci výkonu podezření, že rány netěsní, doporučujeme provést suturu hned.

**Závěr**

S technickým zdokonalením nástrojů a operačních jednotek se znovu nabízí možnost bezstehové, mikroincizní chirurgie zadního segmentu. Tenké nástroje se při práci v nitroočním prostoru méně ohýbají a lze jimi ošetřit i patologii při okrajích sítnice, což bylo dříve výsadou

především 20G chirurgie. Drobnými porty můžeme zavést i přídatné osvětlení, které umožňuje provádět bimanuální chirurgii a operovat tak i poměrně složitě případy onemocnění sítnice. Tenký průsvit kanyl současně nebrání použití nitrooční silikonové tamponády. Průběžně se rozšiřují technické možnosti výkonu, které již neomezují 25G vitrektomii pouze na jednodušší, „makulární“ indikace, i když právě zde mikroincizní operativa dominuje. Jedná se zejména o případy poruchy na rozhraní sklivce a sítnice (epimakulární membrána,

makulární díra, vitreomakulární trakce...), jejichž incidence s rozvojem vyšetřovacích technik a jejich dostupností narůstá. Tato technika přináší lepší a rychlejší pooperační hojení, kratší dobu rekonvalescence, zjednodušuje operační výkon a zkracuje operační čas. Šetrný zákrok 25G technikou lze bezpečně provádět i za podmínek ambulantního provozu.

MUDr. Libor Hejsek, Ph.D.,

MUDr. Jaroslava Dusová, Ph.D.,

prof. MUDr. Pavel Rozsival, CSC, FEBO

Oční klinika LF UK a FN Hradec Králové

# Objev českých vědců může pomoci diagnostice Alzheimerovy choroby

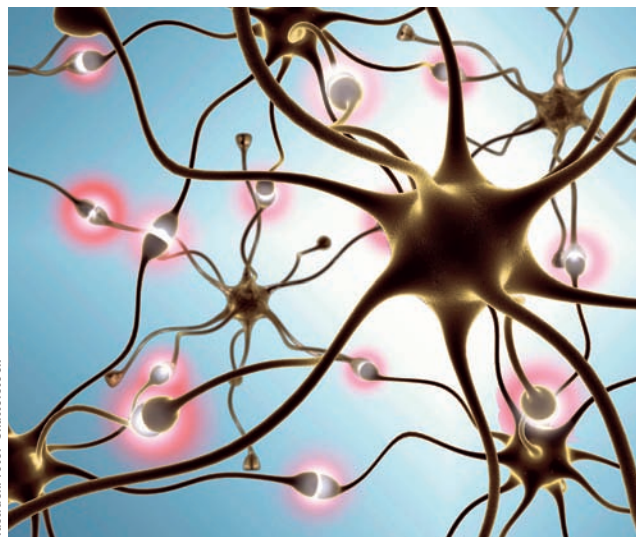
Výzkumný tým docenta MUDr. Aleše Bartoše, Ph.D., z Národního ústavu duševního zdraví/Psychiatrického centra Praha se ve spolupráci s FNKV a 1. LF UK zabýval autoimunitní složkou Alzheimerovy choroby.

**N**ové poznatky by mohly pomoci časně detekci tohoto onemocnění, eventuálně i nalezení účinné léčby.

**Neprobádané protilátky**

Při Alzheimerově chorobě se do mozku ukládá beta-amyloid a tau protein, které ve své poškozené formě negativně ovlivňují mozkovou tkáň. Ve světě proběhly pokusy s očkováním proti beta-amyloidu a přinesly výsledky u myši ve smyslu „vyčištění“ mozku od těchto nánosů. U lidí bohužel nemělo očkování léčebný účinek, který by zlepšoval projevy demence nebo zastavil její rozvoj. Očkování mělo navíc vedlejší účinky.

Český vědecký tým se proto rozhodl zaměřit na tau protein a neurofilamenty. Vědci neměli dostatečné prostředky a zájem



Ilustrační foto: Shutterstock

k tomu začít s výzkumem a realizací očkování, ale pustili se do zjišťování rozdílů v imunologické situaci. Ke zkoumání si vybrali

čtyři skupiny starších lidí – zdravé seniory, seniory se zánětlivými nemocemi nervové soustavy, pacienty s Alzheimerovou choro-

bou a pacienty s jinými formami demence.

Celkem zkoumali 80 dobrovolníků po dobu 5 let. A došli k zajímavému a zřejmě důležitému zjištění.

**Světové prvenství**

Celkové množství protilátek proti tau proteinu a neurofilamentům v krvi i mozkomíšním moku bylo celkově u zdravých pacientů vyššího věku a pacientů s Alzheimerovou chorobou zhruba stejné. Vědci se však zaměřili na určitou část těchto protilátek, a to množství protilátek lokálně vytvořených v blízkosti nervové soustavy. A zjistili, že toto množství je u pacientů s Alzheimerovou chorobou významně vyšší než u ostatních osob. Zvýšená hladina protilátek by mohla souviset se zvýšenými nánosy špatně svinutých bílkovin nebo rozpadem nervových buněk, a tedy jejich páteřních bílkovin tau proteinu a neurofilament.

Vědci navíc objevili jednu klíčovou skutečnost. Dalo by se očekávat, že podobná imunologická reakce nastane i u pacientů s jinými formami demence, že se tělo bude bránit protilátkami na zvýšenou hladinu tau proteinu a neurofilament z rozpadlých buněk stejně jako v případě Alzheimerovy choroby. Jenže tomu tak nebylo. Dokonce ani u Creutzfeld-



Docent Aleš Bartoš | Foto: archiv

ovy-Jacobovy nemoci, lidské varianty nemoci šílených krav. U této nemoci rozpad buněk probíhá rychleji, prude se zvyšuje množství bílkovin tau proteinu a neurofilament v mozkomíšním moku, přesto však nebyly protilátky proti nim zvýšené. Dosud nikdo na světě přitom tuto skutečnost nepopsal.

„Zdá se tedy, že tyto lokálně zvýšené protilátky jsou relativně specifické pro Alzheimerovu chorobu,“ uvedl docent Bartoš. Toto zjištění by tak mohlo sehrát výraznou úlohu večasné diagnostice Alzheimerovy choroby. V Laboratoři biochemie a patofyziologie mozku Národního ústavu duševního zdraví plánuje doc. Bartoš s týmem biochemiků ověřit tyto povzbudivé poznatky. Do další studie bude zařazeno větší množství pacientů s nemocí v časnějších stadiu. Jejich séra a mozkomíšní moky budou vyšetřeny vylepšenými biochemickými metodami. Vědci ze Slovenska navíc nyní začínají zkoušet proti tau proteinu očkovat.

## Hledají se dobrovolníci do neuropsychologického výzkumu zdravého stárnutí

Klinická část AD centra působící v pražské Vinohradské nemocnici hledá dobrovolníky za účelem tvorby českých norem neuropsychologických testů. V tuto chvíli jsou zapotřebí zdraví muži nad 50 let a zdravé

osoby obou pohlaví nad 85 let. Výzkum bere v potaz i sociálněekonomický status a vzdělání. Trvalý nedostatek je zejména dobrovolníků s nižším vzděláním. Zájemci musí užívat český jazyk jako svůj mateřský a musí

být neurologicky i psychicky zdraví. Současně nesmí mít pocit porušené paměti. Vyšetření trvá asi 1–2 hodiny. Objednávky na telefonu: 267 162 344 se záznamníkem, nebo na e-mailu: [adcentrum12@gmail.com](mailto:adcentrum12@gmail.com). (Još)

## ODBORNÉ AKCE

# Ebola může zachránit více životů, než si vyžádala

V době, kdy média naplňovaly zprávy týkající se epidemie Eboly v západní Africe, se v Praze konal XV. světový kongres prevence nemocničních nákaz. Akce, která proběhla v polovině října v hotelu Clarion Congress Praha a již se účastnilo více než 1000 delegátů z 65 zemí světa, se zaměřila na témata společná pro rozvinutý i rozvojový svět a pochopitelně nevynechala aktuální tematiku probíhající infekční hrozby. Blíže nás o tom informoval prezident kongresu a předseda Společnosti prevence nozokomiálních nákaz **doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D.**

### Nedá mi to nezačít s dotazem na Ebolu...

Toto téma s kongresem opravdu úzce souvisí. Ebola je totiž jasným dokladem toho, že selhala základní hygienická a preventivní opatření, o kterých zde mluvíme: zajištění aseptiky, ochrany pacientů a personálu ve smyslu mezipacientského přenosu a přenosu infekce mezi pacientem a personálem. Uvědomme si, že Ebola je nemoc, která neodpouští chyby. Současná katastrofální situace představuje zdvižený prst pro zbytek světa a připomíná, že je třeba dodržovat zásady, které zde na kongresu prezentujeme. Chtěl bych v této souvislosti upozornit na skutečnost, že spousta sester v této zemi odebrává venózní krev bez rukavic. To je něco, co je v západním světě nemyslitelné. Nelze akceptovat výmluvy, že mají bez rukavic větší cit v rukou. Nikdy nevíte, jakou infekci můžete od pacienta získat. Ta nemoc může být i smrtelná. Nemusí to být zrovna Ebola, ale například hepatitida C nebo HIV.

### Na jaká témata se letos nejvíce zaměřujete?

Hovoříme zde o různých oblastech prevence nozokomiálních neboli nemocničních nákaz. O dezinfekci, automatizaci, rozvoji robotizace, sterilizačních systémech, dekontaminaci v zdravotnických zařízeních atd. Zkrátka o všem, co je důležité pro odborníky ze zdravotnických zařízení – nemocniční epidemiology, hygieniky a mikrobiology, pracovníky z oddělení sterilizací i ze specifických oddělení, například endoskopických, chirurgických či intenzivní péče. V souvislosti s hledáním úspor ve zdravotnictví je ve středě zájmu také *reprocessing* – tedy cirkulace a opakované využití zdravotnického materiálu. Zabýváme se i zdokonalením de-

kontaminace a dezinfekce vybavení, které nelze sterilizovat – to jsou třeba sofistikované optické a endoskopické přístroje. Věnujeme se prevenci infekcí ve stomatologii a sterilizaci dentálních nástrojů. Zaměřujeme se i na patogeny, které jsou značně rezistentní vůči sterilizaci, takzvané priony. Důležité pro nás je, aby prezentovaná témata nebyla pojata teoreticky, ale vycházela z praxe. Abychom si řekli, co nás trápí a co potřebujeme řešit. U nás i globálně. Je pro nás ctí, že jsme první evropskou postkomunistickou zemí, kde se tento kongres koná. Pro Českou republiku je to příležitost jak se ukázat světu v dobrém světle. Na kongresu přednáší špička našeho oboru v celosvětovém měřítku včetně autorů amerických směrnic Centra pro prevenci a kontrolu nemocí (CDC).

### Jak si na tom vůbec stojíme ve srovnání se zbytkem světa?

Co se týče využití moderních technologií v prevenci nemocničních nákaz, pak Česká republika představuje lepší střed. Jsou bezesporu země s vysokým HDP, kde je výbava vysoce sofistikova-

nou automatizovanou technologií lepší než u nás. I v rámci ČR jsou však poměrně velké rozdíly mezi nemocnicemi – některé jsou opravdu špičkové a jiné lehce zaostávají. Klíčovou roli hraje management nemocnic. Jestliže je nemocnice schopná produkovat zisk, projeví se investice i ve větší bezpečnosti pacientů. Také ochota managementu zapojit se do akreditačního procesu napomáhá identifikovat chyby a rizikové body. Podpora vedení je vždy důležitá, protože samotný epidemiolog nebo hygienik bez ní moc nezmůže. Vedení nemocnice si musí uvědomovat, že prevence nemocničních nákaz šetří peníze. A také fakt, že nozokomiální infekce přes veškerá opatření nelze zcela eliminovat. Můžeme snížit jejich riziko, ale vždy budou existovat. Není žádná hanba se k nozokomiálním infekcím přiznat. Je však potřeba se k nim stavět způsobem, který je adekvátní 21. století. Nehlásit je nebo vykazovat úmyslně jen minimum z nich rozhodně není správná cesta a pro pacienty představuje možné riziko. Každý epidemiolog vám řekne,

že se raději nechá hospitalizovat v nemocnici, která vykazuje 5 procent nemocničních nákaz, než v té, která jich vykazuje 0,5 procent. Pod 5 procent se v zásadě nedá dostat, jestliže někdo vykáže 0,5 procent, pak zřejmě neví, co se v jeho zařízení děje.

### Mají nemocnice k dispozici směrnice a standardy, z nichž vyplývají povinnosti prevence nozokomiálních nákaz?

V minulosti se vycházelo z *guidelines* Centra pro prevenci a kontrolu nemocí, které se adaptovaly na podmínky českého prostředí. Později tyto náležitosti upravil Metodický pokyn Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR a další normy. Základem je potřeba mít nemocničního hygienika, epidemiologa či manažera pro nozokomiální nákazy, který bude respektovaný klinickými pracovníky a kterého podrží vedení nemocnice. Pokud nebudou mít všichni pocit, že táhnou za jeden provaz, bude to na daném pracovišti skřípat, což není pro pacienty dobré. Odborné akce tohoto druhu pomáhají sdílet individuální zkušenosti kolegů z různých částí světa, dozvědět se „kudy vede cesta“ a co naopak nefunguje.

### Fungují nějaké mechanismy kontroly nemocnic a vyplývají ze zjištěného stavu třeba restrikce či pokuty?

Kontroly provádějí jak pověřené interní týmy, tak orgány ochrany veřejného zdraví. Pokutování za případná „vyšší čísla“ nozokomiálních infekcí považujeme za kontraproduktivní. Pokud by k tomu došlo, nemocnice by mohly přestat tyto infekce hlásit. Naše odborná společnost proto raději uděluje ocenění jako formu pozitivní motivace, přičemž jednou z podmínek nominace je to, že nemocnice nozokomiální nákazy hlásí na akceptovatelné úrovni. Po-



Docent Rastislav Maďar v průběhu své přednáškové sekce | Foto: archiv

kud hlásí příliš nízká čísla, je to diskvalifikující.

### Ocenění udílíte i zde na kongresu...

Ano. V rámci kongresu jsme ocenili 15 kolegů za jejich celoživotní přínos v oboru prevence nozokomiálních nákaz. Mezi nimi je i několik Čechů a Slováků. Jmenoval bych MUDr. Danu Hedlovou z Ústřední vojenské nemocnice v Praze, MUDr. Věru Melicherčíkovou, CSc., ze Státního zdravotního ústavu v Praze, RNDr. Evu Štátnou z Nemocnice Přerov či RNDr. Jaroslava Zelenkovou z Hygienické stanice Hlavního města Prahy. Oceněním chceme nejen vyjádřit poděkování za jejich obětavou práci, ale prezentovat je také jako vzory pro jejich následovníky. V souvislosti s chystající se generační obměnou máme totiž mírné obavy, aby se tyto – jak rád říkám – „ostrůvky pozitivní deviace“ z našeho oboru nevytratily.

### Které patogeny či problémy v oblasti nozokomiálních nákaz jsou v současnosti největší výzvou?

Z mikrobiálních kmenů jsou to hlavně methicilin-rezistentní stafylokoky (MRSA) a rezistentní ESBL kmeny. Systémový problém vidíme v současném trendu redukce nemocničního sesterského personálu za účelem úspor. Redukce sester s sebou vždycky nese zvýšený výskyt nemocničních nákaz a zhoršenou bezpečnost pacientů. Sestra je v nejtěsnějším a nejčastějším



Zleva: oceněné RNDr. Jaroslava Zelenková, MUDr. Dana Hedlová a RNDr. Eva Štátná | Foto: archiv



kontakty s pacientem, a pokud je přetížená, začne dělat chyby. Zapomene si například vydezinfikovat ruce při příchodu na pokoj nebo při manipulaci s rizikovou pomůckou. S únavou klesá kvalita zdravotní péče. Nedoostatek sester tak může mařit to nejlepší úsilí špičkových lékařů. A nejde jen o pacienta. Jde také o jejich bezpečnost.

#### Která oddělení jsou nejrizikovější z hlediska nozokomiálních nákaz?

Obecně je nejvíce rizikové vše kolem operativy a invazivních metod. Problémem jsou pochopitelně rány, ale jedním z hlavních indikátorů kvality je tzv. čistá chirurgie. Pokud se totiž zanesou patogeny do míst v organismu, která jsou sterilní, tělo prakticky nemá obranu. V krvi cirkulují imunitní buňky, jež jsou schopné s infekcí bojovat, ale třeba v kosti je to problém. Podobně je tomu u dýchacích cest. Horní cesty dýchací mají obranné mechanismy, ale když se dostane patogen do dolních dýchacích cest, ty se neumí efektivně bránit. Takže výkony na plicích nebo ortopedické výkony vyžadují opravdu důkladná preventivní opatření. Pokud se podaří objektivně snížit výskyt infekcí v čisté chirurgii, považujeme to za velký pokrok.

#### Jak pomáhají v prevenci nemocničních nákaz moderní technologie?

Významnou pomocí je automa-

tizace různých procesů zdravotní péče. Čím více lidí je totiž v řetězci zdravotní péče, tím větší je pravděpodobnost, že jeden z nich udělá chybu. Vezměme si jako příklad robotickou chirurgii. Robotizace není ovlivněna stresem, únavou a dalšími lidskými chybami. Pak tu máme nové materiály, které jsou impregnované různými antimikrobiálními látkami. K dispozici jsou i nanotechnologické metody. Různé ionty například odpuzují mikrobiální flóru, takže nedojde ke kolonizaci pomůcek a povrchů. Máme také moderní přístroje, které umožňují dezinfikovat těžce dostupné povrchy v pokojích pacientů. Ale chtěl bych zdůraznit, že zásadním opatřením v prevenci nemocničních nákaz nejsou špičkové přístroje, ale hygiena rukou! Na první pohled to vypadá jako banalita, ale je prokázáno, že hygiena rukou redukuje nemocniční nákazy o 60 procent!

#### Vícekrát v našem rozhovoru zazněl termín management. Komunikuje vaše odborná spo-

#### lečnost s vedením nemocnic nebo poskytnete nějakou formu konzultací ve věci nozokomiálních nákaz?

Tak samozřejmě zveme vedení nemocnic na naše odborné akce, ale převážnou většinou probíhá komunikace cestou zástupců, kteří se danou problematikou v nemocnicích zabývají. Management většinou hledá zlatou střední cestu. Na co však vždycky slyší, jsou peníze. Jestliže jim ukážeme, že pomocí preventivních opatření lze výrazně ušetřit, pak je to pro ně



Inzerce: M141001478

motivace proč do prevence investovat. Udává se, že obecné náklady na prevenci nemocničních nákaz představují pouhou třetinu nákladů potřebných na jejich léčbu. V nákladech na léčbu přitom nejsou zahrnuty obrovské výdaje spojené s případnými dlouhodobými následky těchto onemocnění, jakými mů-

že být i doživotní invalidita pacientů. Jedna nemocnice se 400 lůžky si spočítala, že ročně přijde o 12 milionů korun jen v důsledku nozokomiálních nákaz. Vezměte si, jak obrovská částka to musí být u velkých nemocnic. Pokud ji ušetříte, máte možnost ji reinvestovat do rekonstrukce oddělení, vybavení anebo dalších preventivních opatření, která pomohou přinést další úspory.

#### Nozokomiální nákazy si většinou spojujeme s bakteriálními infekcemi. Nicméně, jak jsme uvedli na začátku, v současnosti hýbe světem epidemie Eboly. Jak je to se vztahem virů k nemocničním nákazám?

Nozokomiální infekce se pochopitelně týkají kromě bakterií také virů nebo parazitů. Můžeme zmínit svrab, který bývá u zdravotníků i profesionální nemocí z povolání. Co se týče virů, ty mohou být dokonce nebezpečnější než bakterie. Nebezpečné, i když ne moc časté, jsou také pomalé virové nákazy a již zmíněné prionové infekce, jejichž původci mohou být rezistentní vůči běžně používané steriliza-

ci. Ebola naproti tomu je málo odolná vůči vnějším podmínkám a nepřežívá dlouho na površích, zejména v suchu a na slunečním záření. Další výhodou je, že pacient nakažený Ebolou není infekční v inkubační době. Zcela klíčové je však to, že se tento virus nepřenáší vzdušnou cestou. Při dodržení základních bezpečnostních opatření by se tedy zdravotník neměl nakazit. Běžná péče o pacienta, ať už s Ebolou nebo bez ní, by v našich podmínkách neměla umožnit přenos a šíření infekce.

#### Jaké ponaučení si máme vzít z probíhající epidemie Eboly?

Je třeba důkladně poučit zdravotníky a obyvatele postižených zemí o tom, jak zacházet s nemocným, jak nakládat s mrtvými těly, kontaminovanými pomůckami a poskytnout jim také dostatek zdravotnického materiálu. Pokud se v dohledné době podaří zastavit šíření epidemie v postižených zemích, což osobně předpokládám, Ebola může paradoxně zachránit více životů, než si vyžádala. Virus Ebola donutil celý svět zamyslet se nad tím, zda dodržujeme stanovené bariéry bránící přenosu infekce. Věřím, že tato epidemie zvedne úroveň povědomí o přenosu infekcí a zlepši prevenci nejen nemocničních nákaz, ale infekčních nákaz obecně, a to nejen v přímo postižených zemích.

MUDr. Andrea Skálová

# Odborníci na léčbu závislosti vzdělávají vězeňské sestry

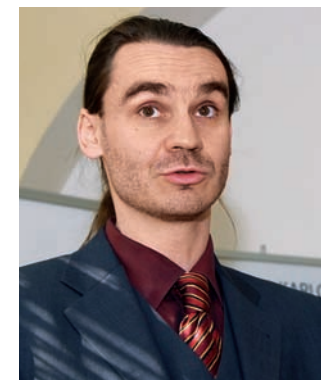
Vězeňské sestry jsou v nejčastějším kontaktu s odsouzenými, kteří se potýkají s některým druhem závislosti. Donedávna u nás neexistoval jednotný model adiktologického vzdělávání, který by jim umožňoval vstup do závislostní problematiky. Letos se to odborníci z Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze rozhodli změnit. Ve spolupráci s odborem vězeňské zdravotnické služby nabídli sestřím základní adiktologický kurz.

Sestry působící ve věznicích je podle adiktologů nezbytné vybavit znalostmi, které zlepšují jejich komunikaci s uživateli návykových látek. Mezi vězni je jen málo těch, kteří alespoň nekouří nebo nepijí. Někteří jedinci pak nastupují k výkonu trestu již s anamnézou závislosti na nelegálních drogách. Cílem adiktologického vzdělání je nejen zlepšit

systém prevence a léčby závislosti ve věznicích, ale také zvýšit bezpečnost vězeňského personálu a uživatelů návykových látek. Ti totiž bývají často obětí šikany ze strany spoluodsouzených nebo dealerů. V průběhu vzdělávacích seminářů, z nichž první proběhl nedávno v prostorách Kliniky adiktologie, se účastnice mimo jiné

dozvěděly, jak mají diferencovat mezi jednotlivými závislostmi či jak komunikovat s uživateli a motivovat je k léčbě. „Je potřeba, aby sestry pracující ve věznicích věděly, o jak širokou skupinu uživatelů se jedná. Že kromě alkoholu, zneužívání léků a kouření jsou zde skupiny heroinistů, pervitinistů a další, přičemž každá tato skupina má svá spe-

cifika. Chceme sestry motivovat a senzitivovat k časnému zachytu závislosti u odsouzených. To mimo jiné znamená naučit je včas vytipovat a doporučit příslušné jedince k odbornému vyšetření, případně minimálně provést krátkou intervenci,“ vysvětluje přednosta Kliniky adiktologie prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.



Profesor Michal Miovský | Foto: Leoš Chodura

#### Aktuální projekt vzdělávání

Probíhající projekt pro vězeňské sestry je složen ze dvou částí. Jedna je zaměřená na získání praktických dovedností – jedná se o osmihodinový trénink, při němž se účastnice naučí provádět krátkou intervenci a orientovat se mezi cílovými skupinami. Druhou část tvoří e-learningový

## ADIKTOLOGIE

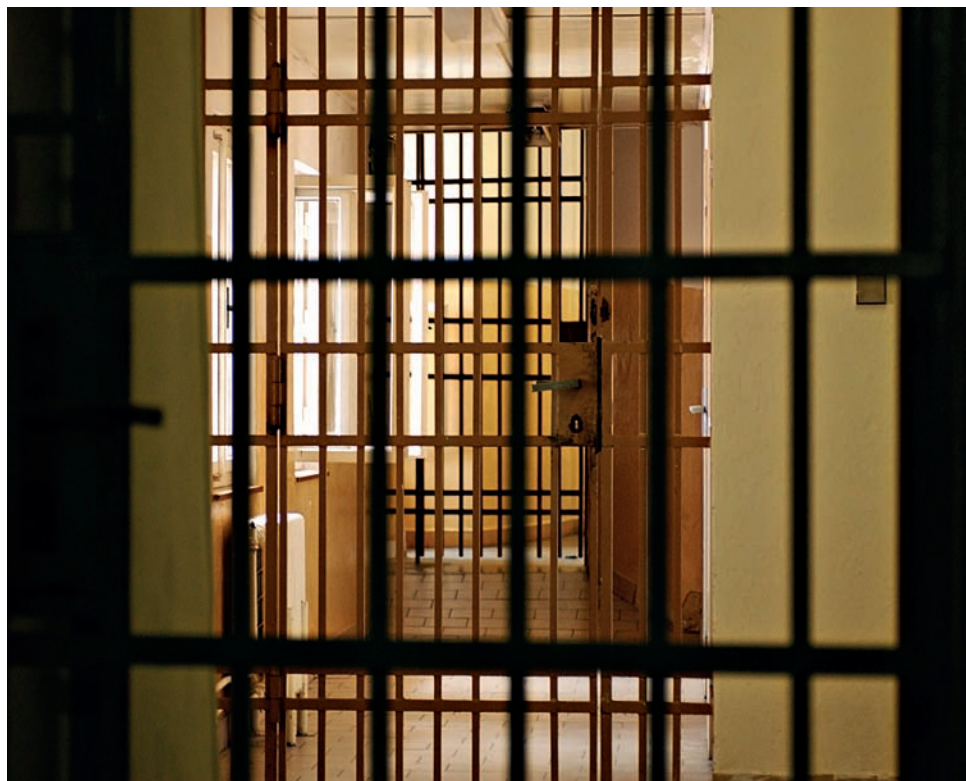


Foto: Martin Pinkas / Euro

kurz, který je zakončen zkouškou a udělením certifikátu.

„V průběhu kurzu se ukázalo, že se jedná o atraktivní téma a seminář provázela živá diskuse. Nejvíce se diskutovalo o tom, zda se má závislost vůbec léčit a zda to nejsou vyhozené peníze. V tomto ohledu je třeba sestry více motivovat, aby věřily, že jejich práce má smysl,“ myslí si ředitel Odboru zdravotnické služby Vězeňské služby ČR MUDr. Jaroslav Žižka a dodává, že jakkoli sestry zprvu projektu nedůvěřovaly, nyní se do něj již hlásí další zájemkyně. Spolupráce mezi adiktologií a věznicemi probíhá již od roku 1999. V minulosti se však adiktologické vzdělávání zaměřovalo spíše na nezdravotnickou část vězeňské služby. „Dlouho se nám nedařilo adiktologickou problematiku propojit s vězeňskými zdravotníky. Proto jsme uvítali podnět ze strany Odboru zdravotnické služby Vězeňské služby ČR na vzdělávání jejich sester. Zájem o tuto problematiku vzrostl se zveřejněním výsledků studie, která sledovala výskyt a šíření infekčních chorob ve věznicích, především mezi injekčními uživateli. Studie ukázala, že v dané oblasti je třeba něco udělat,“ uvádí profesor Miovský.

„Protialkoholní léčba a léčba dalších závislostí probíhá ve vězeňských zařízeních dlouhodobě – často se jedná o soudem nařízenou ochrannou léčbu. Běžnou zdravotní péči ve věznicích zajiš-

ťují vězeňští zdravotníci, naopak specialisté jako adiktologové do věznic docházejí na konzilia. Vzhledem k narůstající potřebě adiktologické prevence jsme se však rozhodli vyškolit v této problematice i naše zaměstnance,“ říká MUDr. Žižka.

### Specifika závislosti ve věznicích

Vězeňské prostředí je specifické tím, že jde o uzavřený prostor s danými pravidly. „Uživatelé návykových látek jsou frekventovanými návštěvníky těchto zařízení, mnozí jsou zde navíc proto, že drogy přechovávali nebo distribuovali. Ačkoli drogy včetně alkoholu jsou ve věznicích zakázány, jsou zde bohužel dostupné, navíc stanovená pravidla vytvářejí koruptivní tlak na personál. Ceny návykových látek jsou totiž ve věznicích 4x až 5x vyšší než mimo věznice, ale současně se jejich hodnota nevyčísluje v penězích, ale zejména v protislužbách. To samo o sobě představuje obrovské bezpečnostní riziko pro věznice i uživatele,“ upozorňuje Michal Miovský. Drogy dostupné ve věznicích jsou podle jeho vyjádření často nekvalitní a rovněž jejich aplikace bývá extrémně nebezpečná z důvodů obtížné dostupnosti a rizika postihu při odhalení parafernálií. Z důvodu oddělenosti ženských a mužských věznic je zde i vysoké riziko spojení s homosexuálním chováním, což ve spojení s injekčními uživateli zvyšuje riziko

přenosu infekčních chorob. Jedná se zejména o HIV a hepatitidu C, jejichž incidence je dlouhodobě sledována.

„Dalším problémem je to, že odsouzení mají nárok na stejnou zdravotní péči jako lidé na svobodě, to však není jednoduché zajistit. Například zavést do věznic specializovanou oddělení poskytující substituční léčbu bylo dosti obtížné, stejně jako vytvoření bezdrogových zón. Ve věznicích prostě nelze aplikovat stejné modely a strategie jako mimo věznice. Funguje tam i jiné financování. Je problém s návazností péče a podobně,“ konstatuje adiktolog a dodává, že řadu opatření se u nás v tomto ohledu již podařilo prosadit, nicméně je srovnání s ostatními státy si stojíme někde uprostřed a máme před sebou země, které se s danou problematikou vypořádaly brilantně. Nemalou roli hrají úspory spojené s adiktologickou prevencí ve věznicích. Studie ze zahraničí ukázaly, že opatření, jako jsou bezdrogové zóny a podobně, se významně promítají například do snížení nemocnosti vězeňského personálu.

### Skladba „vězeňských“ drog

Jedinou tolerovanou drogou ve věznicích je tabák. „Cigarety si zde mohou vězni volně zakoupit a navzdory tomu, že tabákové výrobky mají na svědomí velké množství životů, nemyslím, že by se v tomto ohledu něco změnilo.“ tvrdí Jaroslav Žižka.

Množství nelegálních drog ve věznicích je nezanedbatelné, odhaduje se, že se týká až třetiny uvězněných. Skladba drog je problematická vzhledem ke specifickým vstupům, ale v zásadě kopíruje trend a poptávku, jaká je na drogové scéně mimo věznice. Typickou drogou pro vězeňské prostředí jsou léky. Frekvencí je také alkohol, ale ten se ve věznicích nekonzumuje v tak vysoké míře. V zásadě se pak ve věznicích uplatňují zejména ty drogy, které sem lze propašovat, eventuálně získat prekuzory pro jejich výrobu, a drogy, jejichž užívání lze maskovat,“ říká prof. Miovský. Podle nedávného průzkumu v českých věznicích je nejčastěji užívanou nelegální drogou THC, respektive konopí, následují metamfetamin, benzodiazepiny, opiáty a další blíže neurčené drogy. Vězni jsou průběžně kontrolováni na obsah metabolitů v moči, avšak podle MUDr. Žižky nelze zachytit vše, neboť pro mnohé drogy nejsou k dispozici laboratorní indikátory.

### Návaznost péče je výzvou

V rámci prevence závislosti působí ve věznicích řada neziskových organizací, zavedena jsou i některá léčebná opatření, takže se vězni mohou léčit i v průběhu výkonu trestu. Velkým tématem současnosti je zajištění návaznosti adiktologické léčby po propuštění. Řeší se také otázka, zda se má uživatel návykových látek léčit na začátku výkonu trestu nebo až na jeho konci. Obojí má své výhody i nevýhody. „Rozhodně nemůžeme léčit odsouzené po dobu celého pobytu ve vězení, který může trvat léta. Překážkou v léčbě je pak typické chybění motivace uživatele k léčbě. Strukturovaná motivační práce s odsouzenými vyžaduje specifické dovednosti a není jednoduchá,“ připomíná profesor Miovský.

### Komorbidity, menšiny a gender

Problematika závislosti ve věznicích je úzce spojena s psychopatologií uživatelů. Stejně jako mimo věznice zde platí, že čím větší je patologie osobnosti, tím těžší je zacházení s takovým jedincem. Výsledkem kombinace obou faktorů je zvýšená agresivita a vysoké bezpečnostní riziko jak pro ostatní odsouzené, tak pro vězeňský personál. A věznice jsou pochopitelně prostředím, kde se takoví jedinci kumulují ve zvýšené míře.

Narůstajícím problémem jsou také národnostní menšiny. Ruští a balkánští vězni například představují zcela odlišné bezpečnostní riziko a nelze na ně aplikovat běžně užívaná opatření. „Tito lidé jsou často součástí organizovaného zločineckého gangu, jehož část je na svobodě, navíc mají zcela odlišný vztah ke zdraví a svému tělu než naši vězni. Zde teprve hledáme cesty jak s nimi zacházet. Specifickou skupinou jsou také mladé ženy na prahu dospělosti, které se rekrutují z nápravných ústavů, užívají léta drogy, provozují prostituci a rizikové sexuální chování a mívají sexuální přenosné choroby. Tyto uživatelské budou patrně do budoucna také velkým tématem,“ varuje adiktolog.

### Kriminogenní potenciál drog

Uživatelé návykových látek ve věznicích lze v zásadě rozdělit na dva typy. Jedni páchají trestnou činností a vedle toho užívají drogy, druzí se pak dostali do vězení v důsledku užívání návykových látek. Adiktologickou prevencí je podle odborníků potřeba zaměřit především na druhou uvedenou skupinu. „To, co dosud v praxi neumíme uspokojivě, je vyhodnotit a do práce s vězni promítnout kriminogenní potenciál jednotlivých návykových látek, které vězni užívali. Například konopí je látka, kvůli které se můžete dostat do vězení především za její výrobu nebo distribuci, zatímco alkohol může být odpovědný za závažnou, například násilnou trestnou činnost, a přesto se jeho účinek podceňuje. Alkohol má jeden z nejvyšších kriminogenních potenciálů, to znamená, že jeho konzumace silně predisponuje k trestné činnosti. Porovnáme-li stimulancia a opiáty, pak opiáty, navzdory tomu, jak z nich byl strach, mají menší kriminogenní potenciál než stimulancia, například právě opět u násilné trestné činnosti. Stimulancia totiž zásadním způsobem zvyšují pohotovost k agresivnímu chování a nepředvídatelným reakcím, zejména při dlouhodobém užívání. Představují do budoucna vysoký rizikový potenciál,“ domnívá se profesor Miovský. Diferenciace jednotlivých skupin uživatelů a aplikace cílených opatření je podle něj klíčem k úspěchu adiktologické prevence a efektivnímu vynaložení finančních prostředků.

MUDr. Andrea Skálová

800 521 521  
www.kb.cz

# IDEÁLNÍ NÁSTROJ PRO VAŠE FINANČNÍ OPERACE

Profi program pro lékaře se Zlatou kartou  
na 3 roky zdarma



NA PARTNERSTVÍ ZÁLEŽÍ



Nabídka na Zlatou firemní kartu zdarma je platná  
od 3. 11. do 31. 12. 2014.



## ODBORNÉ AKCE

# 50. výroční kongres EASD

Ve dnech 15.–19. září 2014 navštívilo Vídeň přes 18 tisíc diabetologů z celého světa, kteří se zúčastnili 50. výročního kongresu Evropské asociace pro studium diabetu (EASD). Podle generálního sekretáře kongresu dr. Groopa se jednalo o větší vědecké setkání, než byly kongresy Světové diabetologické federace a Americké diabetologické asociace v poslední době.

Kongres zahajovala přednáška Clauda Bernarda, kterou přednesl profesor Domenico Accili z Columbia University v New Yorku pod názvem „The new biology of diabetes“. Jako klíčové abnormality ostrůvků při diabetu 2. typu uvedl poruchu inzulinové odpovědi na stimuly, porušenou masu beta-buněk a neadekvátní glukagonovou odpověď. Hlavní příčinou selhání beta-buněk je dediferenciacie, nikoli apoptóza. Dediferencované beta-buňky mají sklon ke konverzi na nonbeta-endokrinní buňky. Metabolická neflexibilita je předzvěstí dediferenciacie. Léčba diabetu 2. typu by měla obnovit diferenciaci beta-buněk.

### Mutace TBC1D4

Velmi zajímavý výzkum byl publikován dr. Nielsem Grarupem z Kodaňské univerzity v Dánsku. Populace grónských Eskymáků představuje asi 57 tisíc obyvatel,

u kterých se během posledních 25 let dramaticky zvýšila prevalence diabetu 2. typu. Autoři popsali mutaci v genu TBC1D4, který vysvětluje 10–15 % případů diabetu v populaci Eskymáků. Při této variantě docházelo ke zvýšení hladin plasmatické glykemie a sérového inzulinu ve 2. hodině oGTT. Ve věku 40–60 let mělo více než 60 % homozygotních nosičů mutace diabetu mellitu 2. typu. Mutace neovlivňuje sekreci inzulinu z pankreatu, ale narušuje jeho účinek v periferních tkáních.

### Nová antidiabetika

Řada sekcí se týkala nových antidiabetik, především z řady GLP-1 receptorových agonistů, inhibitorů DPP-4 a glifozinů. Dlouhodobá účinnost a bezpečnost inzulinu degludek v kombinaci s inzulinem aspart v intenzifikovaném režimu byla potvrzena u dětí a dospívajících s diabetem

1. typu. Pacienti na inzulinu degludek měli dlouhodobě lepší kontrolu glykemie v nižší dávce 0,38 U/kg oproti 0,55 U/kg s inzulinem detemir. Ve studii se potvrdila noninferiorita inzulinu degludek oproti detemiru ve 26. týdnu dle změny HbA1c. S inzulinem degludek byla signifikantně nižší lačná glykemie. Nebyl rozdíl ve výskytu všech hypoglykemií včetně nočních. S inzulinem degludek byl nižší výskyt hyperglykemií s ketoacidózou.

### Nové kombinace léčby

Nová kombinace inzulinu degludek s liraglutidem (IDegLira, maximální dávka 50 U inzulinu a 1,8 mg liraglutidu) představuje perspektivní léčbu pro diabetiky 2. typu. Ve studii DUAL I byl tento kombinovaný preparát zkoušen oproti samotnému inzulinu degludek a liraglutidu u pacientů neuspokojivě kom-

penzovaných metforminem a thiazolidindiony. Dávka se titrovala dle preprandiální glykemie v titračním schématu 2-0-2 U 2x týdně. Ve studii DUAL II byl použit u pacientů neuspokojivě kompenzovaných perorálními antidiabetiky a bazálním inzulinem. Preparát vedl k větší redukci hladiny HbA1c ve všech sledovaných vstupních rozmezích hodnot a nezávisle na trvání diabetu a předchozí dávce inzulinu. Autoři uzavřeli, že podobného snížení HbA1c může být s kombinovaným přípravkem dosaženo v jakémkoliv stadiu progresu diabetu 2. typu.

I v perorálních preparátech se objevují nové, velmi účinné fixní kombinace. S. Patelem a kol. (Německo) byla po dobu 52 týdnů zkoušena u pacientů neuspokojivě kompenzovaných metforminem fixní kombinace empagliflozin 25 mg/linagliptin 5 mg a empagliflozin 10 mg/linagliptin 5 mg. Kontrola diabetu s kombinací byla lepší než s jednotlivými preparáty. Redukce hmotnosti a systolického krevního tlaku byla podobná jako se samotným empagliflozinem. Fixní preparát měl dobrou snášenlivost a nízké riziko hypoglykemií. Při srovnávání s glimepiridem ve studii Ridderstrala a kol. vedl empagliflozin přidáním k metforminu k mírné, ale statisticky signifikantní redukci HbA1c, hmotnosti a krevního tlaku s nízkým výskytem hypoglykemií.

### Diabetická noha

Prevenčí, diagnostikou i léčbou pozdních komplikací včetně rozsáhlé problematiky diabetické nohy se zabývala celá řada sekcí i posterových sdělení. Jeden z posterů autorů Welche a kol. z Velké Británie se věnoval identifikaci největších bariér pro vyšetření nohou pacienta s diabetem. Přitom tato lokální jednoduchá intervence personálu může zvýšit i compliance pacienta a zabránit vzniku i progresi diabetické nohy. Je třeba zlepšovat úroveň personálu ambulancí, vybavení, odstranění bariér oblečení, zajistit v ordinacích edukační nálepky a vytvoření integrované hospitalizační péče o nohy.

### Gestační diabetes – nová kritéria

Nová kritéria IADPSG pro diagnostiku gestačního diabetu vedla k řadě prací zabývajících se problematikou diagnostiky dle těchto přijatých postupů. Nová kritéria vedou k většímu zachytu lehkých typů gestačního diabetu. Basilio Pintaudi z Itálie přednášel o zvýšeném riziku gestačního diabetu a předčasněho porodu pro vývoj diabetu 2. typu a pro riziko vzniku kardiovaskulárních příhod. Během průměrného sledování 5,4 roku u žen bez gestačního diabetu byla incidence vývoje diabetu 2. typu 2,1 případu na 1000 žen za rok. V případě žen s gestačním diabetem a normálním porodem vzrostla incidence na 54 případů diabetu na 1000 žen za rok, a pokud šlo o ženy s gestačním diabetem a předčasným porodem, incidence vzrostla na 115 případů na 1000 žen za rok. Gestační diabetes v anamnéze zdvojnásobil riziko hospitalizace pro kardiovaskulární příhody. Hospitalizace pro kardiovaskulární příhody měla incidenci 1,83 na 1000 žen/rok oproti 0,76 případu na 1000 žen bez gestačního diabetu za rok. Předčasný porod riziko kardiovaskulárních příhod zvyšoval na 14,8 případu oproti 0,89 na 1000 žen a rok. Sledování a terapie žen s anamnézou gestačního diabetu tak může snížit riziko vývoje diabetu 2. typu i kardiovaskulární rizika.

### Hot topics

Závěrečný den byl věnován řadě „horkých témat“, např. důkazům o účinnosti metforminu, diskusi o významu soli v dietě, novým aspektům v patogenezi diabetické retinopatie, postobservační studii ADVANCE-ON a dalším tématům.

Professor David Russell-Jones v sekci „Hot topics in diabetes“ shrnul poznatky o nových typech dlouhodobě účinných inzulinů: degludek, U-300 glargin, Bil (LY2605540), biosimilar glargin a BIOD-531, a krátkodobě účinných: FIAasp NN1218 a BioChaperone Lispro, i o fixních kombinacích IDegLira a LixiLan. Ve studii fáze 1 jsou tři orální inzuliny, hepatoselektivní inzuliny a velmi dlouze účinné inzuliny HM12470. Inzulinová analoga mají odlišné vlastnosti než humánní inzuliny a potenciál nahradit endogenní inzulin více fyziologickou cestou.

**DiaZpravodaj.cz**

(Zdroj: DiaZpravodaj.cz)

MUDr. Alena Adamíková, Ph.D.,

Diabetologické centrum KNTB, Zlín)

## Pozvánka na výstavu

V Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze je otevřena výstava obrazů Pavla Brázdy. Jeden z předních současných malířů se rozhodl svými obrazy zpříjemnit prostředí pro pacienty. S ÚHKT ho pojí i osobní zkušenost.

Pavel Brázda se narodil v roce 1926 v Brně. V roce 1943 zde založil svůj vlastní směr nazvaný hominismus, umění o lidech a pro lidi. Studoval několik semestrů dějiny umění a filosofie na Masarykově universitě v Brně, VŠUP a Akademii výtvarných umění, roku 1949 však byl z politických důvodů vyloučen ze studia na všech školách a určen k manuální práci jako učeň na malířství pokojů. V letech 1950–52 absolvoval Vyšší školu uměleckého průmyslu a bylo mu povoleno žít se užitou výtvarnou činností jako tzv. výtvarník z povolání. Od roku 1977 byl 10 let topičem, od roku 1997 je důchodcem. Normálně vystavovat začínal v 90. letech.

Pavel Brázda získal jako první výtvarník cenu Revolver Revue, a to za rok 1991. Následovala řada výstav v galeriích pražských, mimopražských i zahraničních a ke konci 90. let účast na přehlídkách uspořádaných Národní galerie i jiných. Od roku 2000 je skupina Brázdových obrazů součástí stálé expozice moderního umění ve Veletržním paláci. V roce 2007



### Závodníci

vyšla obsáhlá monografie „Brázda“ v nakladatelství Argo, o rok později k pražské výstavě menší monografie „Brázda – Obluda čeká, obluda má čas“. O Brázdově životě a díle bylo natočeno několik televizních dokumentů. V roce 2007 obdržel cenu Osobnost roku, 28. října 2008 mu bylo prezidentem republiky předáno státní vyznamenání za zásluhy o stát v umění. V letech 2009–11 byly vystavovány každý rok ukázky z Brázdovy Lidské komedie, především v pražských galeriích 1. patra

a Litera. V letech 2012–13 byla uspořádána přehlídka jeho díla v Moskevské galerii Proun. V březnu až v dubnu tohoto roku představil 300 nových obrazů v pražském Obecním domě. Medaili za zásluhy o stát Pavel Brázda vrátil prezidentu Klausovi pro nesouhlas s dovršením jeho politiky a způsobů jejího prosazování. Veřejné zdůvodnění tohoto rozhodnutí se setkalo se širokým ohlasem. **Výstavu instalovanou v ÚHKT můžete navštívit do dubna příštího roku.** (II)

# Výroční konference ČUS

V Brně proběhla 22.–24. října jubilejní 60. výroční konference České urologické společnosti (ČUS) ČLS JEP. Akce měla letos rekordní účast 480 lékařů, 220 sester. Informace o konferenci nám poskytl **as. MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.**, z urologického oddělení Nemocnice České Budějovice.

Výroční konference ČUS se neza měruje na vybraná urologická témata, ale pokrývá celé spektrum urologické problematiky. Za účelem vzdělávání odborníků jsou její tradiční součástí Edukační kurzy české akademie urologie, které probíhají první kongresový den. Letos byla na programu tato 4 témata: neoperační léčba urologických onemocnění, karcinom prostaty – biopsie a histopatologické vyšetření, urolitiáza se zaměřením na terapii litiázy dolního kalichu ledviny a operační léčba urologických nádorů. Účastníci byli také seznámeni s prvními výstupy z registru CyRUS – klinického registru provedených cystektomií pro invazivní nádory močového měchýře.

## Endoskopie u urolitiázy

Problém urolitiázy se týká každého desátého člověka. V historii terapie urolitiázy došlo v posledních desetiletích k převratným změnám. Ještě v 80. letech minulého století byla takřka jedinou terapeutickou možností otevření operace na ledvině, eventuálně endoskopický výkon, který byl ale vyhrazen jen malému procentu pacientů. „Významným pokrokem v léčbě bylo zavedení extrakorporální litotrypsy a moderních endoskopických metod, jako je ureteroskopie nebo perkutánní nefrolitolapaxe. S pomocí současných zdokonalených endoskopů se dnes lékař dostane do jakéhokoli místa v dutém systému ledvin a pomocí laserového přístroje může konkrétně rozdrtit. Otevřená operativa z důvodu terapie litiázy je tak již minulostí,“ vysvětlil MUDr. Petřík. Konferenční workshop se věnoval především kontroverzím v léčbě urolitiázy dolního kalichu ledviny. „Diskutovali jsme o přehledu užívaných metod a výběru vhodné metody pro jednotlivé pacienty a jednotlivé konkrementy,“ doplnil urolog.

## Vyléčitelné nádory varlat

Ve spolupráci s Evropskou urologickou asociací proběhl v průběhu konference tradiční kurz Evropské školy urologie, který se letos zaměřil na léčbu nádorů varlat. „U zhoubných nádorů varlat, stejně jako u ostatních nádorů, je zásadní časná diagnostika. Každé neobestivé zduření na varlatech



Účastníci si mohli vyzkoušet práci na simulátoru. | Foto: Andrea Skálová

by mělo vést pacienta k návštěvě urologa. Výsledky léčby při včasné zachytu jsou velmi dobré a vedou k vyléčení 96–99 procent pacientů. Základem léčby je radikální orchiektomie a následná chemoterapie a radioterapie, eventuálně doplněná o lymfadenektomii. Před zahájením léčby se provádí kryoprezervace spermatu, avšak při odstranění jednoho varlete bývá obvykle zachována plodnost a nedochází ani k poruchám erekce,“ uvedl MUDr. Petřík.

## Přenos cystoskopie

Součástí konference byly i přímé přenosy z operačních sálů, které prezentovaly terapii nádorů močového měchýře s využitím endoskopického řešení a moderních zobrazovacích metod, jako je fotodynamika či *narrow band imaging*. Operace probíhaly na Urologické klinice 2. LF UK a FN Motol pod vedením přednosty kliniky prof. MUDr. Marka Babjuka, CSc. Základní vyšetřovací metodou při podezření na nádor močového měchýře je cystoskopie. Ta se v současnosti provádí tzv. flexibilním (tj. ohebným) přístrojem bez nutnosti hospitalizace. Nejčastější indikací cystoskopie je nález krve v moči. Nádory močového měchýře jsou prakticky vždy rakovinného charakteru. Základem léčby u povrchových nádorů je endoskopická transuretrální resekce (TUR), u infiltrujících nádorů pak radikální cystektomie. V souvislosti s prevencí nádorů močového měchýře se zdůrazňuje nekuřáctví, neboť kouření představuje vysoce rizikový faktor vzniku karcinomu.

## Pestrost přednášek

Na kongresu zazněly i příspěvky zahraničních hostů – prof. Shariata z Vídně (Rakousko) na téma uroteliální karcinom horních cest močových, dále přednáška prof. Švihry z Martina (Slovensko) o neuromodulaci v urologii a sdělení prof. Chlosty z Krakova (Polsko), týkající se minimálních laparoskopických výkonů na ledvinách.

Každoročně vystoupí s vybraným tématem také mladí čeští a slovenští urologové. Letos to byli dr. Tešla z Košic, který referoval o tématu molekulárních markerů renálního karcinomu, a dr. Čechová z Prahy, která se zaměřila na fertilitu u mužů s poraněním míchy. Pravidelnou součástí kongresu je sesterský blok. Letos se z větší části zaměřil na práci perioperační sestry. „Jsme rádi, že na naší konferenci vystupují se svými příspěvky i sestry. Jejich práci oceňujeme, neboť bez nich bychom pacienty léčit nemohli. Asistence sester na operačních sálech je zcela zásadní. A vzhledem k rychlému rozvoji moderních technologií je nezbytné, aby sestry držela krok s novými trendy a průběžně se vzdělávala v oboru,“ připomenul Aleš Petřík.

## Simulátory a e-learning

Lékaři měli v letošním roce poprvé možnost vyzkoušet si práci na simulátorech. K dispozici byly čtyři laparoskopické simulátory a robotický systém Da Vinci. Základní laparoskopické dovednosti si na kongresu osvojilo asi 60 urologů. Nedílnou součástí kongresů jsou elektronické poster. V posterové sekci bylo letos prezentováno 144 sdělení. Účastníci kongresu si mohli prohlédnout tyto poster již dva týdny před zahájením kongresu. Nová média a komunikační technologie usnadňují odborníkům vzdělávání za pomoci internetu a smartphonů. „Chtěl bych v této souvislosti upozornit na webové stránky České urologické společnosti, jejichž prostřednictvím se mohou lékaři průběžně vzdělávat pomocí e-learningu. Tyto stránky nabízí kromě informací pro lékaře také kvalitní informace pro pacienty,“ uzavřel MUDr. Petřík. Více informací naleznete na: [www.cus.cz](http://www.cus.cz).

MUDr. Andrea Skálová

**KABEG**  
KABEG MANAGEMENT

Für die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG gelangen ab sofort folgende Stellen zur Besetzung:

Für unseren Standort **Klinikum Klagenfurt a. W., Lungenabteilung** (Vorstand Prim. Dr. Christian Geltner MSc, MBA):

**Fachärztin/-arzt (Oberärztin/-arzt) im Sonderfach Lungenkrankheiten**  
(Odborná lékařka/odborný lékař (vrchní lékařka/vrchní lékař) ve speciálním oboru plicních onemocnění)

**Institut für Strahlentherapie und Radioonkologie** (Vorstand Prim. Dr. Wolfgang Raunik):

**Fachärztin/-arzt (Oberärztin/-arzt) im Sonderfach Strahlentherapie-Radioonkologie**

(Odborná lékařka/odborný lékař (vrchní lékařka/vrchní lékař) ve speciálním oboru ozařování-radioonkologie)

**Bereich der Inneren Medizin:**

**Ausbildungsstellen im Sonderfach Innere Medizin sowie Sekundararztstellen im Bereich der Inneren Medizin**  
(in Voll- oder Teilbeschäftigung)

(Vzdělávací místa ve speciálním oboru vnitřní medicíny, jakož i místa pro asistující lékaře v oboru vnitřní medicíny)

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter [www.kabeg.at](http://www.kabeg.at). Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass vor einer evtl. Einstellung eine verpflichtende Deutschprüfung sowie ein Anerkennungsverfahren über die Österr. Ärztekammer zu absolvieren sind.

Informationen hierzu finden Sie unter folgenden Links: ([www.aerztekammer.at/arztliche-tatigkeit-von-eu-burgern-und-drittstaatsangehorigen](http://www.aerztekammer.at/arztliche-tatigkeit-von-eu-burgern-und-drittstaatsangehorigen)) ([www.arztakademie.at/pruefungen/oeaek-sprachpruefung-deutsch](http://www.arztakademie.at/pruefungen/oeaek-sprachpruefung-deutsch))

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung (Bewerbungsbögen in der Personalabteilung der KABEG und als Download auf unserer Homepage erhältlich) **bis zum jeweiligen Bewerbungsende** an die Hauptabteilung Personal, Personalsuche/-auswahl, der KABEG, Feschmigstr. 11, 9020 Klagenfurt am Wörthersee.

## AKTUALITY

# Jak rychle se šíří viry budovami?

Tým Charlese Gerby z Arizonské univerzity se pokusil zmapovat šíření norovirů. Použil k tomu neškodný bakteriofág MS-2, který se patogenním norovirům podobá mnoha vlastnostmi, např. velikostí, tvarem nebo rezistencí k dezinfekčním prostředkům.

Vědci nanесли bakteriofág na jedno nebo dvě místa, s nimiž přicházejí lidé často do kontaktu, např. na horní stranu desky stolu nebo na kliku dveří. Pro výzkum použili kancelářskou budovu, konferenční sál a zdravotnické zařízení. Během dvou až čtyř hodin se míst, kam byl nanesen bakteriofág, dotklo rukou 40 až 60 % zaměstnanců či návštěvníků. Podobně tomu bylo s povrchy v budově prověřovanými na kontaminaci bakte-

riofágem MS-2. Bakteriofág byl nalezen na 40 až 60 % testovaných míst. Experiment zároveň ukázal, že je poměrně jednoduché se viru zbavit. Uklízečička a personál byli vybaveni utěrkami s dezinfekčním činidlem na bázi kvartérních amoniových sloučenin. Zároveň byl kladen důraz na adekvátní osobní hygienu, především mytí rukou. Podíl míst, na kterých byl detekován virus, se díky těmto opatřením

redukoval nejméně o 80 %. Koncentrace viru na površích klesla minimálně o 99 %. „Výsledky naší studie dokazují, že virová kontaminace povrchů se objeví velmi rychle, ale že ji lze jednoduchým opatřením významně zredukovat a snížit tak expozici lidí virům,“ shrnul závěry Charles Gerba.

(Zdroj: 54th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Washington D. C.) (jap)

## Úspěch orgánového inženýrství ledvin

Vědci z Wake Forest Baptist Medical Center v americkém Winston-Salemu vyřešili jeden z velkých problémů, který se stavěl do cesty realizaci ambiciózních plánů orgánových inženýrů na vytváření orgánů pro transplantace v podmínkách *in vitro*.

Vědci nejprve odstranili z prasečích ledvin působením detergentů všechny buněčné elementy tak, aby zůstala jen čistá extracelulární matrix. Ta není imunogenní a poskytuje dokonalé prostředí pro růst lidských buněk. Tak je možné na „skeletu“ prasečí ledviny nasazením vhodných lidských buněk vypěstovat orgán, který je s to plnit v omezeném rozsahu funkce ledviny. Další progres na tomto poli vázl, protože se vědcům nedařilo udržet průchodné cévy labora-

torně pěstovaného orgánu. Řešení tohoto problému významně posunul vpřed tým pod vedením Anthonyho Ataly. Ukázalo se, že významný vliv na kvalitu cév narostlých v novém orgánu má způsob, jakým jsou na síť extracelulární matrix nanášeny buňky pro budoucí cévu. Pomohlo také, když Anthony Atala a jeho spolupracovníci navázali na síť extracelulární matrix protilátky, které se specificky vážou na buňky endotelu. Ledvina narostlá na takto upravené

extracelulární matrix měla cévy kompletně vystlané endotelem, což snížilo riziko koagulace. Jasně se to ukázalo poté, co Atala a jeho spolupracovníci voperovali ledvinu praseta o hmotnosti kolem 50 kg. Cévy v ledvině zůstaly průchozí po celou čtyřhodinovou pozorovací periodu. Pokud se tyto výsledky potvrdí i při dlouhodobém pozorování, znamená to výrazný posun na cestě k umělým orgánům pěstovaným v podmínkách *in vitro*.

(Zdroj: Technology) (jap)

## Nové antimykotikum má méně nežádoucích vedlejších účinků

Lékaři z Julian-Maximilians Universität Würzburg referovali o výsledcích 3. fáze klinických testů nového antimykotika isavukonazolu, během které byly účinky tohoto léku porovnávány s dnes používaným antimykotikem vorikonazolem. Oba léky byly v klinickém testu

používány k léčbě agresivních aspergilóz u pacientů s nekontrolovaným nádorovým onemocněním. Isavukonazol se ukázal stejně účinný jako vorikonazol. Léčbu isavukonazolem však provázelo méně nežádoucích vedlejších účinků. Největší rozdíl v nežádoucích vedlejších účincích byl

při problémech postihujících oko, kůži a játra. Isavukonazol je širokospektré antimykotikum, které se užívá jednou denně v injekcích nebo orálně.

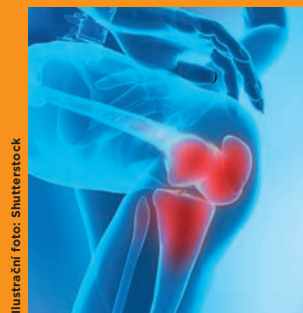
(Zdroj: 54th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Washington D. C.) (jap)

## Blokádou receptoru TLR5 proti revmatoidní artritidě

Aktivace *toll-like* receptoru 5 (TLR5) vyvolává zánět a degradaci kostí při revmatoidní artritidě. Tento objev týmu z Illinoiské univerzity v Chicagu, vedeného Shivou Shaharovou, odhalil zcela novou cílovou strukturu pro léčbu revmatoidní artritidy.

TLR5 se nachází na myeloidních buňkách, které migrují z krve do kloubů lidí postižených revmatoidní artritidou. U pacientů s touto chorobou nesou myeloidní buňky mnohem více molekul TLR5 než u zdravých lidí. Již dříve se ukázalo, že aktivace TLR5 vyvolává abnormální formování cév v kloubech pacientů s revmatoidní artritidou. Nyní Shaharová a její spolupracovníci zjistili, že TLR5 aktivuje velmi účinnou prozánětlivou molekulu faktoru nádorové nekrózy alfa (TNF-alfa).

Po aktivaci TNF alfa dochází k zesílení migrace myeloidních buněk s TLR5 do nemocných kloubů. Ty se zde transformují na osteoklasty a přispívají k degradaci kosti. Za afinitu myeloidních buněk ke kloubům stížených artritidou je zřejmě zodpovědný protein vázající TLR5. Pokud byl TLR5 při testech *in vitro* na myeloidních buňkách inaktivován specifickou protilátkou, afinita myeloidních buněk ke kloubům postižených revmatoidní artritidou výrazně



Ilustrace: foto: Shutterstock

poklesla. Stejně tak byla potlačena aktivace TNF alfa a jejich synergistický efekt TNF alfa a TLR5 na zánětlivé procesy a degradaci kostí.

Nadějí, že by blokáda TLR5 mohla výrazně zpomalit nebo zcela zastavit postup revmatoidní artritidy, výrazně podpořily výsledky pokusů na myším modelu revmatoidní artritidy. Po podání specifické protilátky proti TLR5 měly myši s revmatoidní artritidou mnohem menší otoky kloubů a také nižší míru eroze kosti.

(Zdroj: Journal of Immunology) (jap)

## Statiny chrání diabetiky před mikrovaskulárními komplikacemi

Výsledky rozsáhlé epidemiologické studie odhalily, že užívání statinů snižuje riziko mikrovaskulárních komplikací při diabetu.

U pacientů s diabetem mellitem II. typu snižuje užívání statinů riziko srdečních a mozkových cévních příhod. Nebylo však jasné, zda má užívání statinů vliv také na mikrovaskulární komplikace diabetiků. Statiny zvyšují hladinu glykemie, a tak dánští lékaři zkoumali, zda lidé užívající statiny před diagnózou diabetu čelí zvýšenému riziku mikrovaskulárních komplikací. Statiny zvyšují hladinu glykemie, a tak dánští lékaři zkoumali, zda lidé užívající statiny před diagnózou diabetu čelí zvýšenému riziku mikrovaskulárních komplikací. Do studie bylo zařazeno více než 60 tisíc lidí starších 40 let vybraných náhodně z registru diabetiků. Celkem bylo porovnáváno více než 15 tisíc pacientů, kteří užívali statiny před diagnózou diabetu, s více než 47 tisíci pacienty, kteří před diagnózou diabetu statiny neužívali.

Pacienti, kteří užívali statiny před diagnózou diabetu, čelili o 34 %

nižšímu riziku diabetické neuropatie, o 40 % nižšímu riziku diabetické retinopatie a o 12 % nižšímu riziku gangrény. Riziko diabetické nefropatie se mezi oběma skupinami diabetiků nelišilo. Lidé užívající statiny čelí mírně zvýšenému riziku diabetu.

Případný pozitivní efekt statinů na výskyt mikrovaskulárních komplikací zřejmě nelze přispat na vrub jeho schopnosti redukovat hladiny LDL cholesterolu v krvi. Svou roli tu pravděpodobně sehrávají protizánětlivé účinky statinů. Autoři studie ale dodávají, že preventivní účinek statinů na mikrovaskulární komplikace budou muset potvrdit další nezávislé studie.

(Zdroj: Lancet Diabetes and Endocrinology) (jap)

# Metanol a syndrom parkinsonismu

Klinika pracovního lékařství 1. LF UK a VFN pod vedením MUDr. Sergeje Zacharova z Toxikologického informačního střediska sleduje zdravotní stav 50 lidí, kteří se otrávil při tzv. metanolové aféře v letech 2012 a 2013. Dlouhodobé zkoumání následků otravy by mohlo odpovědět na otázku, zda metanol může být příčinou nemocí s příznaky, jaké nacházíme u Parkinsonovy choroby či polyneuropatie.

Účinkům jedovatého metanolu v malých koncentracích jsou vystaveni lidé v nejrůznějších pracovních prostředích – v potravinářství, chemickém, farmaceutickém průmyslu atd. Používá se jako rozpouštědlo, součást barviv, nemrznoucích směsí, pohonných hmot apod. „Rádi bychom zjistili, zda i malé koncentrace metanolu mohou při dlouhodobém působení na člověka negativně ovlivnit zdraví, způsobit příznaky, jakými se vyznačuje Parkinsonova choroba, nebo poškodit periferní nervový systém a orgány zraku,“ uvedl MUDr. Zacharov. Příznaky Parkinsonovy nemoci, jako je třes, špatná koordinace pohybů, ztuhlost a podobně, jsou podle jeho slov způsobeny patologií hlubokých struktur mozku, bazálních ganglií. Poškození bazálních ganglií se přitom zjistilo u poloviny lidí, kteří otravu metanolem přežili.

## Poškození nervového systému

Studie je nyní ve druhé fázi. V první etapě, jejíž výsledky byly zveřejněny v březnu, se zjistilo, že lidé měli po určité době od otravy nervový systém a zrak poškozený ve větší míře než při propuštění z nemocnice. „Zhruba pětina pacientů již při propuštění vykazovala tato poškození. Cílená vyšetření zraku a centrálního nervového systému se však dělala pouze u těch, kteří měli výrazné klinické příznaky. Běžně se neprovádělo ani vyšetření periferního nervového systému při akutní otravě,“ uvedl Sergej Zacharov. Všechna uvedená vyšetření lékaři dělali až v první fázi studie bez rozdílu u všech pacientů, kteří se této fáze studie zúčastnili. Při MR vyšetření mozku se zjistily u více než 40 % lidí známky poškození bazálních ganglií a jiných struktur. Neurologické a elektromyografické vyšetření ukázalo, že 30 % lidí má známky poškození periferních nervů, jež se projevuje například

ztrátou citlivosti končetin. V jedné třetině uvedených případů byl potvrzen diabetes jako možná příčina polyneuropatie.

Další vyšetření sledovaných pacientů by měla osvětlit, zda se stav nemocných časem zhoršuje, nebo následky otravy ustupují. „Optimální by bylo sledovat pacienty zhruba po dobu 6 let, s časovým odstupem 1,5 roku. Další projekt by tak mohl navazovat na tyto výsledky,“ uvedl vedoucí studie.

## Uznání pro české vědce

V období hromadných otrav metanolem v letech 2012 a 2013 bylo ve zdravotnických zařízeních v České republice hospitalizováno více než 100 pacientů po akutní otravě, z nichž přibližně 80 procent otravu přežilo. Přes 20 lidí zemřelo mimo zdravotnická zařízení. Protože nebylo možné detekovat ani zlikvidovat všechny láhve s nebezpečným alkoholem, k otravám ojediněle dochází dosud.

„Výsledky našich vědců jsou unikátní přínosem pro medicínu a pacienty, ale jsou ojedinělé i okolnostmi svého vzniku. Systematické a dlouhodobé zkoumání zdravotního stavu lidí po hromadných otravách metanolem zatím nemá ve světě obdoby,“ uvedl děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

Na studii spolupracují odborníci z Neurologické, Radiodiagnostické a Oční kliniky, Kliniky adiktologie 1. LF UK a z Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). „Výsledky týmu vedeného MUDr. Zacharovem byly již publikovány v renomovaných mezinárodních časopisech, jako je *Kidney International Journal*, a prezentovány na několika evropských kongresech, včetně kongresů Evropské asociace klinických toxikologů a toxikologických středisek (EAP-CCT),“ uvedla přednostka Kliniky pracovního lékařství prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSC.

(asa)

Inzerce M141001457

pozvánka

## Předvánoční sympozium Kardiologie pro interní praxi

Akce bude doprovázena i představením knihy Kardiologie pro interní praxi

18. 12. 2014, od 13.30 do 18.00, Žižkovská věž, Praha

### GARANTI ODBORNÉHO PROGRAMU:

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA  
(za Českou kardiologickou společnost)

prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM  
(za Českou internistickou společnost ČLS JEP)

13.25–13.30 – prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA  
uvítání, začátek akce

13.30–13.50 – doc. MUDr. Petr Ošťádal, Ph.D.  
Farmakoterapie po infarktu myokardu \*

13.50–14.10 – prim. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO  
Ischemické cévní mozkové příhody \*

14.10–14.30 – prof. MUDr. Hana Rosolová, CSc., FESC  
Jak správně léčit pacienta s poruchou lipidového metabolismu? \*

14.30–14.50 – prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM  
Novinky v hypolipidemické léčbě \*

14.50–15.10 – prof. MUDr. Jiří Vitovec, CSc., FESC  
Léčba chronického srdečního selhání v ambulanci praxi \*

15.10–15.40 – Kávová přestávka

15.40–16.00 – prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA  
Nová perorální antikoagulační v klinické praxi \*

16.00–16.20 – MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.  
Nová doporučení ESH/ESC pro léčbu hypertenze v klinické praxi \*

16.20–16.40 – prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
Diabetes a kardiovaskulární onemocnění \*

16.40–17.00 – prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC  
Katetrizační ablace fibrilace síní \*

17.00–18.00 – Křest knihy a diskuse

\* Diskuse následuje po každé přednášce

Účastnický poplatek 300 Kč

MEDICAL SERVICES

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

mlf  
MLADÁ FRONTA

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany  
mobil. +420 724 726 726, tel. 225 276 438, e-mail: kostelec@mf.cz, www.kongres-medical.cz

## KOMENTÁŘ

## Malá bilance – závěr

Pražskému jaru 1968 předcházely dost hlasité signály již o rok dříve. V červnu na IV. sjezdu spisovatelů zazněly protesty, které „vedoucí síla“ těžko snášela, a na podzim zmlátili příslušníci SNB studenti, kteří sice pokojně, zato v nečekaně velkém počtu, demonstrovali proti neustálému vypínání elektriny ve strahovských kolejích. Jejich volání „Chceme světlo!“ totiž pochopili kupodivu správně v plném jeho významu.

**N**a lednovém plénu KSČ se tedy rozsvítilo a společnost ožila. Záhy se ukázalo, že zdaleka ne všichni jsou nadšení jedinou cestou růžovým sadem, kudy nás tehdy vlekl – bez ohledu na trní – pokrokovou předvoj společnosti. Remcalové se ozývali nejen uvnitř komunistické strany, ale především vně. Vznikl K 231 s radikálními požadavky a Klub angažovaných nestraníků (KAN) s členy přibývajícím raketovým tempem, s lidmi, co bytostně nevěřili v možnost obrody zločinecké organizace, která se zde po puči v roce 1948 ujala vlády. Komunističtí bossové byli zaskočení a věřím, že mnoho z nich tiše (nahlas si to netroufali říct) souhlasilo s varováním stalinských soudruhů ze spřátelených stran, že zde běží plíživá kontrarevoluce. Moci jde vždycky jenom o moc; a ta zde byla ohrožena. Ne tak v Krči. Jak v Thomayerově nemocnici, tak ve výzkumných ústavech. Na jednom z nich pod patronací profesora Broda dokonce vzniklo oněch pověštných 2000 slov (za něž sem zanedlouho poslali z Moskvy 2000 tanků).

## Obrácení kabátů

Tání pokračovalo a bylo velice příjemné. Konec cenzury přinesl publikování zvěřest, která zde páchali naši soudruzi pod vedením sovětských poradců, noviny se daly číst,



MUDr. Radkin Honzák

vyšly opět před půlrokiem zakázané Literárky, občanská společnost se probudila a lidé se přestávali bát. Poprvé po dvaceti letech jsem šel do prvomájového průvodu spontánně a se mnou v něm kráčeli Sokolové a skautiči, legionáři, čeští piloti RAF a další, do té doby nevidaní a zakázaní. Z tribuny se na nás usmíval Alexander Dubček a kochal se svou krátkou slávou. Na majálesu, kde se toho roku nemuselo prchat před policajty, jel na alegorickém voze červeně maskovaný kat pod transparentem „Za právo ještě rudější“ a rozdával Rudé právo. Zdálo se, že se vrací svoboda a demokracie. V akademické obci našel KAN rozlehlou základnu. V Praze jsme se scházeli v Purkyňově ústavu, kde bylo nabito jak nikdy předtím (snad jen období trimestrů po válce se vyznačovalo stejnou návštěvou), a sešel jsem se tam s mnoha lidmi, které jsem pak už nikdy neviděl, protože čtyřte včas odešli do ciziny. Umravňovat nás chodil Zdeněk Mlynář z ÚV KSČ, který si dělal velké ambice na politickou kariéru. Ty si ostatně dělal tehdy kdekdo, dokonce tak moudrý člověk, jakým byl akademik Charvát, uvažoval o prezidentském stolci, jak vyplývá z jeho deníků. Mnozí skální komunisté hbitě obrátili kabáty a třeba akademik Ivan Málek, autor příšerné publikace Boj nového se starým ve vědě, která zatratila genetiku, reakční mušky drosophilly

i Gregora Mendela a vychvalovala Mičurina a Lysenka, byl náhle v čele obrodného procesu.

## Tak se dělá socialistická věda!

Jeden velký soudruh-kolega mi v tehdejší záchvatu prozření vyprávěl, jak se v padesátých letech dostal mezi vyvolené mladé biolog, kteří střeženi prokádrovanými asistenty, jimž velel Milan Hašek (ano, ten co oplakával Nobelovu cenu za imunologii, která mu údajně unikla jen proto, že naše časopisy měly dlouhou výrobní lhůtu), v Purkyňově ústavu po večerech vlepovali žitná zrna do pěničných klasů, aby dokázali rozkolísání dědičnosti. Jo, tak se dělala socialistická věda!

Se stejnou naivitou, s jakou generace našich rodičů spoléhala před třiceti roky na pomoc Anglie a Francie, jsme bezstarostně spoléhali na to, že „to by si nikdy nedovolili, protože by se naprosto zkompromitovali“. Sice se vskutku naprosto zkompromitovali, ale dovolili si to. V noci, jak zloději. Jak se ukazuje dnes, větší tlak než politici vyvíjeli na umístění sovětských vojsk generálové, kterým se vůbec nelíbilo vlastenectví českých soudruhů. Těm se zase nelíbilo, že z naší země má být dějiště atomové války, a tak všelijak kličkovali. Takže 21. srpna byl nastolen pořádek, jaký si Rusové přáli.

Neenastal se hned, bylo tu ještě předsmrtné cukání, ale brzy se našli první kolaboranti a pak už to jelo samospádem. Komunisti dělali

divy, rozhlasící dělali divy a národ týden dělал divy, pak jednota povolila, Dubček zavzlykal do radia a ti nejschopnější se začali starat o sebe. Lidová tvořivost tehdy vrcholila ve své naivitě. Nejčastější nápis na zdech „Lenine, probuď se, Brežněv se zbláznil“, vyvedený občas dvojazyčně, svědčil o malé informovanosti o tom, co by s námi udělal soudruh Lenin – nechal by to tady vystřít všechno, jako kdysi nespokojence doma. Fotografická dokumentace převezaná za hranice našla ihned vydavatele, Československo bylo rok na titulní straně New York Times, ale to bylo tak vše, co pro nás svět udělalo.

## Konec nadějím

Já jsem se tehdy dozvěděl od ruštinářky, která chodila po ulicích a opravovala ruské nápisy, aby si o nás nemysleli, že jsme negramotní či pologramotní, že svoloť se píše na konci s měkkým znakem. Za vrchol poezie té doby považuji tento výkřik, který se mi zapsal hluboko do duše: „Идите в передель балваны засранные русские!“ Nešli, zůstávali. Dočasně. Za jednotku dočasnosti byl stanoven „jeden furt“. Zato začali houfně odcházet příbuzní, známí, kamarádi a během krátké doby jich bylo pryč čtvrt milionu. Další dekapitace elit. Zůstali tvrdáci. Pak začaly čistky; zprvu opatrně, později naprosto nekompromisně. Zoufalá oběť Jana Palacha a ještě zoufalejší Jana Zajíce už s českým národem nepohnula. Gustáv Husák se dral k moci a všechny sliby o pokračující

cí demokratizaci (už jen tohle příšerné slovo!) vzaly za své. Vítězství Čechů nad Rusy v hokeji s připravenou provokací na Václavském náměstí, kde se „náhodou“ ocitla hromada dlažebních kostek u výlohy Aeroflotu, a demonstrace k prvnímu výročí okupace přinesly konec jakýmkoli nadějím v podobě Poučení z krizového vývoje.

## Zážitek z kapitalismu

Na podzim 1969 jsem byl na kongresu v Hannoveru. Starali se tam o nás velice hezky, bydleli jsme (jako chudí Češi) v rodinách pořadatelů. Mě dali do rodiny místního pastora, jehož syn, o pár let mladší než já, dosud studoval na univerzitě a byl přesvědčený marxista. Když jsem symbolicky zaplakal nad titulkem v novinách, sdělujícím, že byla v Praze zakázána činnost Ligy pro lidská práva, vysvětlil mi, že oni mají také starosti, a jaké! Dnes odpoledne například půjde demonstrovat, protože škola není ochotná vyčlenit dostatek parkovacích míst pro auta studentů. Srdce mi nad ním zakrvácelo... A to byl na dlouhé roky můj poslední zážitek z kapitalistického světa, protože dalších deset let jsem se tam nedostal. Nedali mi výjezdní doložku – ví ještě dneska někdo, co to bylo? Zde je jedna kopie, kdyby ji v redakci neměli.



Foto: archiv autora



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 18/2014

## 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, Farmabyzns, 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, David Daniel,  
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,  
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

## Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,  
PhDr. Jana Jilková

## Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková  
tel. 225 276 455,  
e-mail: jilkovap@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, Ph.D.  
MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.  
prof. MUDr. Milan Kvačil, CSc., MBA  
prof. Ing. Rudolf Poleďne, CSc.  
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.  
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtíšková  
Mgr. Alena Srdíková  
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

## art director

Petr Honzák

## DTP

retuší Miloslav Pařík (vedoucí),  
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,  
Petr Novák, Jan Mach

## ředitel divize Medical Services

Karel Novotný

## MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková

## DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby

Soňa Starhová  
koordinátor výroby a distribuce divize  
Medical Services  
Monika Snaidrová  
tel. 225 276 392,  
e-mail: snaidrova@mf.czVydává 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.czObjednávky 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.skSmluvní 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 13. 11. 2014Přetisk 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



## Výběrová řízení

### Primář

LITOMYŠLSKÁ NEMOCNICE, A. S., vyhláší výběrové řízení na funkci:

#### ■ primář interního oddělení

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru + specializovaná způsobilost v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zák. č. 95/2004 Sb.,
- nejméně 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon funkce primáře – vedoucího lékaře,
- organizační schopnosti a řídicí předpoklady,
- schopnost vést a motivovat podřízené.

Písemné přihlášky se strukturovaným profesním životopisem a přehledem dosavadní praxe, ověřenými kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání, výpisem rejstříku trestů (ne starším 3 měsíců) a podepsaným prohlášením o souhlasu s použitím osobních údajů dle zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně

osobních údajů, zašlete do 24. 11. 2014 na adresu: Litomyšlská nemocnice, a. s., personální oddělení – I. Bartošová, J. E. Purkyně 652, 570 14 Litomyšl.

M141001409

### Lékař

NEMOCNICE VYŠKOV, P. O., vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

#### ■ lékaře centra léčebné rehabilitace s lůžkovým i ambulantním oddělením

Požadujeme:

- lékaře s atestací v oboru, popř. v přípravě,
- na plný i na částečný úvazek,
- odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- licenci pro výkon lékaře.

Platové podmínky dle odborné způsobilosti a délky praxe, nástup po dohodě.

Informace u náměstka pro zdra-

votní péči pojezna@nemvy.cz, tel.: +420 517 315 104.

Písemné přihlášky doložte přehledem dosavadní praxe, profesním životopisem, doklady o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů, ne starším 3 měsíce, do 3 týdnů od zveřejnění inzerátu na adresu: Nemocnice Vyškov, p. o., náměstek právně personální, Purkyňova 36, 682 01 Vyškov.

M141001430

### Hlavní sestra

ŘEDITELKA MĚSTSKÉ NEMOCNICE HOŘICE

vyhláší výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

#### ■ hlavní sestra MěN Hořice

Kvalifikační požadavky:

- VŠ v oboru ošetrovatelství,
- odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra bez odborného dohledu,
- min. 5 let praxe ve vedoucí funkci,
- velmi dobré organizační, řídicí a manažerské dovednosti,
- dobré komunikační a prezentační schopnosti,

- znalost legislativy ve zdravotnictví a v sociální sféře,
- schopnost koordinace týmové práce,
- samostatnost a vysoké pracovní nasazení,
- orientace v ekonomice zdravotnictví,
- morální a občanská bezúhonnost.

Přihláška musí obsahovat:

- strukturovaný profesní životopis,
  - vyplněný osobní dotazník,
  - ověřené kopie dokladů o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb.,
  - návrh koncepce rozvoje a řízení,
  - výpis z rejstříku trestů (ne starší 90 dnů),
  - souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení dle zákona č. 101/2000 Sb.
- Písemné přihlášky posílejte do 15. 12. 2014 na adresu: Městská nemocnice Hořice, Riegrova 655, 508 01 Hořice, s označením Výběrové řízení hlavní sestra MěN. Předpokládaný termín nástupu dle dohody, nejdéle 1. 2. 2015.

M141001454

### Lékař

GYNCENTRUM

OSTRAVA, S. R. O.,

vyhláší výběrové řízení na obsazení pracovní pozice:

#### ■ lékařka/lékař – IVF specialista

Požadujeme:

- VŠ + atestaci z gynekologie a porodnictví,
- specializovanou způsobilost dle zák. č. 95/2004,
- znalost Aj,
- zájem o vzdělávání v oblasti reprodukční medicíny.

Nabízíme:

- práci v atraktivním a dynamickém oboru,
- zajímavé finanční ohodnocení,
- podporu odborného růstu v oblasti asistované reprodukce,
- aktivní přednáškovou a publikační činnost.

V případě zájmu kontaktujte, prosím, Bc. Ivanu Brožovou, a to e-mailem na: brozova@gyncentrum.com nebo telefonicky na: 602 518 158.

M141001484

Inzerce M141001477

# Účet i zlatá karta zdarma pro právníky a lékaře

Málokterá povolání jsou spojována s mimořádnou profesionalitou a prestiží jako profese lékařů a právníků. Stejně vysoké odborné nároky, které jsou společností kladeny právě na tyto obory, kladou lékaři a právníci na své obchodní partnery. Vysokým požadavkům v oblasti financí odpovídá nabídka Komerční banky – právníkům a lékařům nabízí nejen zajímavé produkty, ale také spolehlivé poradenství a speciální podmínky úvěrových produktů na rozvoj podnikání.

Jedním z charakteristických rysů ve službách Komerční banky je vnímání individuality každého klienta. Proto banka vytvořila Profi program, který spojuje efektivní správu jak podnikatelských, tak i osobních financí. A pokud je klient v Komerční bance aktivní, může získat oba tyto účty bez poplatku za jejich vedení.

Lákavá je aktuální akční nabídka Komerční banky platná do konce letošního roku. Každý lékař či právník, který využije nabídky Profi programu, získá navíc na tři roky zdarma Zlatou firemní kartu a s ní řadu prestižních výhod. Součástí bezkontaktní Zlaté firemní karty je nadstandardní cestovní pojištění pro držitele karty a rodinu, asistenční služby pro motoristy na území ČR i Evropy nebo výhody MasterCard Business Selection programu, jehož součástí jsou např. vstupy zdarma do salonku MasterCard Lounge na letišti Václava Havla nebo do vybraných letištních salonků ve Vídni. Samozřejmostí jsou zdarma výběry ze všech bankomatů v ČR v rámci konceptu MojeOdměny.



### Bankovní účty zdarma pro aktivní klienty

Profi program je součástí unikátního konceptu MojeOdměny. Přináší nejen lékařům a právníkům výhodnou správu podnikatelských i osobních financí jednoduše a přehledně na jednom místě. Při splnění jednoduchých pravidel aktivity je vedení podnikatelského účtu za polovinu, nebo zcela zdarma, poplatky naúčtované v jednom měsíci jsou bankou následující měsíc po splnění aktivity vráceny. Soukromé konto MůjÚčet je vedeno zdarma zcela automaticky.

Plnění pravidel aktivity pro vedení podnikatelského účtu je jednoduché: stačí například k pravidelné měsíční příchodí platbě na soukromé konto MůjÚčet přidat pravidelné investování nebo spoření, hypoteční či osobní úvěr, a nebo mít uloženou částku 100 tisíc Kč a více u některé ze společností Finanční skupiny KB.

„Pravidla jsou nastavena tak, aby při běžném využívání našich služeb mohl podnikatel tento bonus získat a o nic více se nestarát. Profi program je skutečně výhodný a jeho vyzkoušením lékaři a právníci nic neriskují – pokud s ním nebudou v prvních šesti měsících spokojeni, vrátí jim Komerční banka veškeré zaplacené poplatky za vedení účtů. Mohou se sami přesvědčit v praxi a bez rizika, že jsou Profi účet a Komerční banka pro podnikání opravdu spolehlivými partnery,“ doplňuje Martin Ehrenberger, manažer Segmentového řízení – malé podniky.

### Výhodná nabídka financování pro členy profesních komor

Komerční banka nabízí širokou síť poboček a specializovaných bankovních poradců. Ti poradí nejen v oblasti správy financí, ale také s využitím financování pro rozvoj podnikání.

Podnikatelé, kteří jsou členy vybraných profesních komor, mohou na základě svého členství v komoře získat kreditní kartu, povolený debet nebo krátkodobý Profi úvěr až do výše 100 tis. Kč bez zajištění. Střednědobý Profi úvěr je pro lékaře a právníky až do výše 600 tisíc Kč a pro členy stomatologické komory až do výše 1 milionu Kč. Střednědobý Profi úvěrem je možné financovat nákup investičních potřeb (např. automobil, lékařské přístroje, zubářské křeslo, ale i nákup lékařské praxe).

Poznejte kvalitní služby Komerční banky pro lékaře a právníky. Pro více informací volejte bezplatnou infolinku KB 800 521 521 nebo navštivte www.kb.cz.

# PERSONÁLNÍ INZERCE

## Lékař

**ÚSTAV PRO PĚČI O MATKU A DÍTĚ**  
vypisuje výběrové řízení na pozici:

### lékař

Požadujeme:

- ukončený základní kmen,
- atestace v oboru gynekologie a porodnictví vítána.

Nabízíme:

- zázemí stabilní společnosti s tradicí,
- příjemný kolektiv,
- 5 týdnů dovolené,
- příspěvek na stravování,
- jazykové kurzy a další benefity,
- zajištění ubytování (pronájmu bytu) v Praze.

Nástup dle dohody. Prosíme o zaslání životopisů s motivačními dopisy na adresu: [personalni@upmd.eu](mailto:personalni@upmd.eu). Další informace na tel.: 296 511 240.

M141001495

## Volná místa

### Více pozic

**NEMOCNICE BOSKOVICE S. R. O.**, přijme do pracovního poměru:

- lékaře L3 pro ambulantní provoz rehabilitačního oddělení,
- případně lékaře L2 pro ambulantní provoz rehabilitačního oddělení,
- lékaře L3 se specializovanou způsobilostí v oboru FBLR,
- případně lékaře L2 s absolvovaným společným základem (interním, chirurgickým nebo pediatričtým kmenem) se

zájmem o obor rehabilitační a fyzikální medicína,

- lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru chirurgie – lékař L3, L2 a L1,
- lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gastroenterologie nebo lékaře v přípravě k atestaci z gastroenterologie

Požadujeme:

- občanskou a morální bezúhonnost,
- způsobilost k výkonu povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:

- velmi dobré pracovní podmínky,
- možnost ubytování.

Individuální podmínky budou dohodnuty při osobním jednání. K písemné přihlášce přiložte:

- životopis,
- fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání.

Přihlášky zasílejte na adresu: Nemocnice Boskovice s. r. o., Olga Slezáková, sekretariát jednatele, Otakara Kubína 179, 680 21 Boskovice

M141001475

## 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 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](mailto:zdenka.mal@seznam.cz).

M141001355

## 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 pro 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](mailto:ivana.cernouskova@nemcl.cz)

M141001397

## Lékař/ka

**NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, A. S.**, přijme:

- lékaře/lékařku pro hematologické oddělení

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- lékaře se základním kmenem interny,
- absolventa se zájmem o obor,
- příjemné vystupování.

Nabízíme:

- práci na akreditovaném pracovišti,
- možnost profesního růstu,
- 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](mailto:ivana.cernouskova@nemcl.cz)

M141001412

## Lékař/ka

Poliklinika Modřany přijme lékaře/lékařky s atestací na plný či zkrácený úvazek na následující pozici: rentgenolog pro SONO a RTC, dermatolog, dětský neurolog, praktický lékař. Pro pracoviště RTC přijmeme radiologickou asistentku na částečný úvazek. Nabízíme zaměstnanecké benefity – příspěvek na stravování, dovolenou, podporu při dalším vzdělávání apod. Tel.: 241 770 620, [nikodemova@poliklinikamodran.cz](mailto:nikodemova@poliklinikamodran.cz)

M141001447

## Lékař/ka

**SLEZSKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**, přijme lékaře:

- na hemodialyzační stanici a nefrologickou ambulanci,
- na geriatricko-doléčovací oddělení,
- na hematologicko-transfuzní oddělení

Bližší informace:

[www.nemocnice.opava.cz](http://www.nemocnice.opava.cz) – pracovní příležitosti

M141001427

## Sestra

Zaměstnám zdravotní sestru v nově otevřené oční ordinaci v Podbořanech. Oční praxe vítána, ale není podmínkou.

Kontakt: [ocni@oculex.cz](mailto:ocni@oculex.cz),

tel.: 723 784 677

M141001438

## Radiologický asistent

**SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S.**, přijme radiologického asistenta. Požadujeme odb. způsobilost dle zákona 96/2004 Sb., osvědčení k výkonu zdrav. povolání bez odb. dohledu není podmínkou. Práce na přístrojích Toshiba a GE (skiografie, CT – přímá digitalizace) a dalších přístrojích s nepřímou digitalizací. Asistence na operačních sálech. Požadujeme zajištění zdravotního dozoru nad pracovištěm v noci (min. 4-5 služeb měsíčně). Nabízíme příjemné pracovní prostředí, podporu dalšího vzdělávání zaměstnavatelem, pracovní smlouvu na dobu neurčitou, práci v akreditovaném zařízení. Kontakt: Zdislava Slintáková, vedoucí radiologický asistent, tel.: 461 569 130 nebo 241, [slintakova@nemsy.cz](mailto:slintakova@nemsy.cz)

M141001442

## Lékař/ka

**KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S.**,

přijme lékaře absolventa na chirurgické oddělení chirurgického centra nemocnice Liberec. Bližší informace naleznete na: [www.nemlib.cz](http://www.nemlib.cz), odkaz kariéra.

M141001451

## Lékař/ka

**KRAJSKÁ ZDRAVOTNÍ, A. S., MASARYKOVA NEMOCNICE ÚSTÍ NAD LABEM, O. Z.**, nabízí volné pracovní místo na pozici lékaře pro Kardiologickou kliniku.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání – lékařská fakulta,

**NEMOCNICE PÍSEK**

přijme

**lékaře/lékařku**

pro oddělení  
akutní rehabilitace

Požadujeme:

- odbornou způsobilost lékaře nebo specializovanou způsobilost v oboru rehabilitační a fyzikální medicína

Nabízíme:

- zázemí stabilní a finančně zdravé společnosti
- pozici na akreditovaném pracovišti
- referenční nadstandardní ohodnocení
- možnost kariérního postupu
- zaměstnanecké benefity (5 týdnů dovolené...)
- zajištění ubytování

Konkrétní mzdové a ostatní podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru.

Přihlášky zasílejte na adresu:

Nemocnice Písek, a. s.,  
Karla Čapka 589, 397 01 Písek  
tel.: 382 772 001,  
e-mail: [sekretariat@nemopisek.cz](mailto:sekretariat@nemopisek.cz)  
MUDr. Jiří Kruliš, primář oddělení,  
e-mail: [krulis@nemopisek.cz](mailto:krulis@nemopisek.cz)

Inzerce M141001469

**NEMOCNICE PÍSEK**

přijme

**lékaře/lékařku**

pro interní oddělení

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru gastroenterologie nebo lékaře zařazeného do specializačního vzdělávání v daném oboru

Nabízíme:

- zázemí stabilní a finančně zdravé společnosti
- pozici na akreditovaném pracovišti
- referenční nadstandardní ohodnocení
- možnost kariérního postupu
- zaměstnanecké benefity (5 týdnů dovolené...)
- zajištění ubytování

Konkrétní mzdové a ostatní podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru.

Přihlášky zasílejte na adresu:

Nemocnice Písek, a. s.,  
Karla Čapka 589, 397 01 Písek  
tel.: 382 772 001,  
e-mail: [sekretariat@nemopisek.cz](mailto:sekretariat@nemopisek.cz)  
MUDr. Ladislav Gergely,  
primář oddělení,  
e-mail: [primar-int@nemopisek.cz](mailto:primar-int@nemopisek.cz)

Inzerce M141001470

## Práce pro zdravotní sestry

Zdravotnické zařízení SWISS MED CLINIC v Plané u Mariánských Lázní hledá na hlavní pracovní poměr registrované zdravotní sestry a zdravotní sestry se specializací v oborech:

- Intenzivní medicína
- Perioperační péče
- Chirurgie

**Nabízíme:** dobré platové podmínky, náborový příspěvek ve výši 10 tisíc Kč, příspěvek na ubytování.



**Kontakt:**  
pí Elena Fejtová,  
tel.: 00420 374 612 102  
mob.: 725 583 512  
e-mail: [info@swissmedclinic.cz](mailto:info@swissmedclinic.cz)

Inzerce M141001497

## PERSONÁLNÍ INZERCE

- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- podporu dalšího vzdělávání,
- závodní stravování,
- 5 týdnů dovolené,
- příspěvek na dovolenou.

Pozice vhodná i pro absolventy.

Kontakty: Bc. Martina Placatová, Krajská zdravotní, a. s., Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem, e-mail: martina.placatova@kzcr.eu

M141001461

### Primář/ka

**ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ** přijme:

- primáře na chirurgii

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídicí schopnosti.

Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, byt k dispozici.

Inzerce M141001491

V případě zájmu prosím kontaktujte personální oddělení nemocnice: 499 502 304 – Srnská J. – nebo mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

### Více pozic

**ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ** přijme od 1. 6. 2014:

- větší počet RTG laborantů
- 2 RTG lékaře se zkušeností práce s CT

Požadavky: VŠ, I. nebo II. atestace v oboru, příp. spec. způsobilost, praxe (lékaři), SZŠ nebo VŠ, registrace (laboranti).

V případě zájmu prosím kontaktujte personální oddělení nemocnice: 499 502 304 – Srnská J. – nebo mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M141001464

### Lékař/ka

**LITOMYŠLSKÁ NEMOCNICE, A. S.,** přijme:

- lékaře – neurologa

se specializovanou způsobilostí v oboru

Nabízíme:

- dobré mzdové podmínky,
- možnost vzdělávání a kariérního růstu,
- zajištění ubytování,
- zaměstnanecké benefity, příjemné pracovní prostředí.

Nástup dle dohody.

Bližší informace podá primář oddělení: marian.kuchar@litnem.cz

M141001468

### Lékař/ka

**MĚSTSKÁ NEMOCNICE HOŘICE** přijme do pracovního poměru z lékaře/lékařky na oddělení následné péče a lékaře na interní ambulanci.

Kvalifikační požadavky:

- Lékař LDN a následná péče: odborná způsobilost k výkonu, atestace z vnitřního lékařství, geriatrie, chirurgie výhodou.
- Lékař interní ambulance: odborná způsobilost k výkonu, atestace z diabetologie, kardiologie výhodou.

Plný úvazek, 5 týdnů dovolené, městský byt k dispozici.

Informace na tel.: 493 586 305, e-mail: festova@nemocnicehoalice.cz

Pisemné přihlášky zasílejte na adresu: Městská nemocnice Hořice, Riegrova 655, 508 01 Hořice

M141001481

### Laborant/ka

**MASARYKOVA MĚSTSKÁ NEMOCNICE V JILEMNICI** přijme do pracovního poměru:

M141001487

- zdravotního laboranta/ku

Požadujeme:

- ukončené vzdělání dle § 9 Zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění,
- registraci v oboru zdravotní laborant,
- zájem o práci v oboru a další vzdělávání,
- morální bezúhonnost a schopnost práce v kolektivu,
- specializace v oboru klinická biochemie či klinická hematologie je výhodou (není podmínkou).

Nabízíme:

- zajímavou práci v moderní konsolidované laboratoři,
- hezké pracovní prostředí,
- směnný provoz (po noční směně 2 dny volna),
- zaměstnanecké benefity,
- možnost dalšího profesního vzdělávání v oboru,
- nástup dle dohody.

Strukturovaný životopis zasílejte na personální oddělení MMN v Jilemnici, Metyšova 465, 514 01 Jilemnice.

### Lékař/ka

**VOJENSKÁ LÁZEŇSKÁ LÉČEBNA KARLOVY VARY**

přijme od 1. ledna 2015 do pracovního poměru:

- lékaře/lékařku

Možno i na zkrácený pracovní úvazek. Vhodné i pro důchodce. Kontaktní osoba: JUDr. Milan Čížek, tel: 606 739 554  
Vojenská lázeňská léčebna Karlovy Vary, Mlýnské nábřeží 7, 360 01 Karlovy Vary  
www.volareza.cz

M141001490

Inzerce M141001033

# Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte

## RAŠELINOVOU KOUPEL NATURAL

v hodnotě 395 Kč. Přírodní rašelínová koupel NATURAL je vyrobena unikátní technologií z kvalitní české slatinné rašeliny.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 14. 12. 2014. Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



### Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku [miadafronta@predplatne.cz](mailto:miadafronta@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 1214**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



### Volejte zdarma 800 248 248

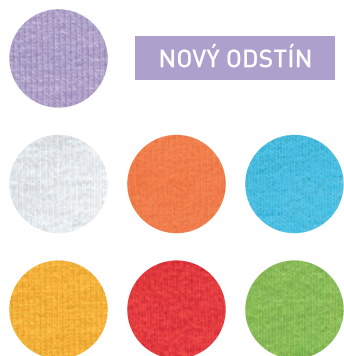
Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 1214**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a listěných 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, ZI zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správce se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

**Dámská pracovní trička Fiona a Viola s novou barevnou škálou v pastelových odstínech. Nyní navíc z nemačkového materiálu, s inovovaným střihem a vylepšenou technologií šití!**

Inovované provedení střihů triček **Fiona** a **Viola** poskytuje tělu příjemný komfort při přirozeném pohybu. Prodloužený střih ladně umocňuje ženské křivky. Vylepšená technologie šití klade důraz na kvalitu a propracovanost všech švů. Směs bavlny a elastanu s nemačkovou úpravou zaručuje výrobkům pružnost a tvarovou stálost, pohodlnější praní a prodlouženou životnost. Volit můžete mezi vzdušnějším věčkovým výstřihem (**Viola**), anebo modelem s elegantním kapkovitým výstřihem a kapsičkou (**Fiona**).

Barevné varianty:



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

Objednávky na adrese:  
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.  
Husova 523  
370 21 České Budějovice  
oopp@bonno.cz

