

# ZDRAVOTNICTVÍ

# MEDICÍNA

**mf**  
MLADÁ FRONTA

7-8/2015

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 7. 8. 2015



## LETNÍ PŘÍLOHA

Poutavé čtení  
pro chvíle odpočinku

STRANA 21



## Z MEDICÍNY

Onkologie  
Péče nekončí vykonáním  
nějakého typu léčby

STRANA 52



## SESTRA

Gastroenterologie  
Nový pohled na proces  
nutriční péče

STRANA 42



**MUDr. Milan Kubek:**  
Čeští politici stále  
nepochopili, že  
zdravotnictví je rentabilní  
investicí.

(více viz str. 6)

## Otazníky nad financováním české vědy, **medicínského výzkumu především**

Hodnocení vědy stále nemá v ČR ustálenou metodiku a rozdělování prostředků tak z velké části závisí na politických dohodách, s čímž vědci n souhlasí. Způsob financování vědy a výzkumu na lékařských fakultách se úzce dotýká výuky nové generace odborníků a jejich motivace k vědecké práci, jejíž výsledky ovlivňují kvalitu budoucí péče o pacienty.

V České republice tvoří pilíře vědy a výzkumu vysoké školy a Akademie věd ČR. Věda je financována institucionálně (na provoz jednotlivých center) a účelově (na jednotlivé projekty). O prostředky účelového financování vědci a jejich týmy soutěží u Grantové agentury ČR, Technologické agentury ČR a agentur příslušných rezortů, ve zdravotnictví je to Agentura pro zdravotnický výzkum ČR (viz box na str. 2).

V ČR je z celkového rozpočtu na vědu a výzkum vyčleněno přibližně 11 % pro ten lékařský. Peníze na vědu plynou také ze zahranič-

ních fondů (např. Strukturální fondy EU). V úplných počátcích je u nás donátorství vědy ze strany privátních subjektů. Přicházející změnu by ale mohlo vřstít nedávné memorandum, které stvrdilo partnerství mezi Univerzitou Karlovou a Zentivou. Ta vedle stáží nabízí mladým vědcům možnost následného pracovního uplatnění a sponzoruje také vybavení řady fakultních laboratoří.

### Neustálená metodika hodnocení

Hodnocení české vědy - tedy odborných publikací, patentů a li-

cencí - by se mělo dít podle stanovené a vládou schválené metodiky (zatím je platná metodika z r. 2013). Jenže údaje za období 2009-2013 stále ještě nebyly zpracovány, protože se ani napodruhé nepodařilo vysoutěžít firmu, která by hodnocení provedla. Rozdělování prostředků na vědu a výzkum se tak děje z velké části na základě politických dohod, pouze 20 % prostředků je přidělováno dle úspěchu vědců. „Rozdělování prostředků nelze oddělit od hodnocení výsledků vědy a výzkumu. Metodika hodnocení vědy (pokračování na straně 2)

Inzerce M151000416

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

www.promedcs.eu



**ČESKÁ  
FARMACEUTICKÁ  
SPOLEČNOST**

## Z DOMOVA

# Otazníky nad financováním české vědy, medicínského výzkumu především

(pokračování ze str. 1)

není ovšem po řadu let ustálena a je dosud místem konfliktů jak odborných, tak účelových a politických. Zejména v podmínkách naší dosavadní politické kultury je naprosto zásadní zohledňovat v hodnocení výsledků měřitelná a doložitelná kritéria. Nesouhlasíme s tím, aby pouze zo procent prostředků bylo rozděleno podle vědeckých úspěchů a zbytek se dělil podle politických zájmů,“ uvedl na semináři Medialogy děkan 1. LF UK prof. Aleksí Šedo.

Jak podotkl prorektor pro vědeckou činnost UK doc. Jan Konvalinka, „věda se hodnotit nedá, ale musí. Bez evaluace totiž nelze vědu rozumně financovat. U vývoje a aplikovaného výzkumu jsou měřítkem úspěchu získané prostředky. U základního výzkumu lze hodnotit jen velmi obtížně. Dobrým měřítkem úspěchu je pozitivní ohlas u zahraničních kolegů a otištění výsledků v nejlepších vědeckých časopisech.“ Doc. Konvalinka, který je také členem Rady pro výzkum, vývoj a inovace, poradního orgánu vlády ČR pro tuto oblast, považuje dle svých slov za tragické a signifikantní, že z názvu Rady zmizel termín věda. „Ukazuje to, jak se naše politická reprezentace k vědě staví,“ dodal.

## Beton a mozky

Otazníky vyvstávají nad financováním řady výzkumných center, která z prostředků evropských fondů vyrostla na zelené louce. „Stavět chtějí všichni. Řada stavebních firem podporuje vědu jen proto, aby mohla stavět beton. Ale udržitelnost instituce se chybně řeší až v momentě, kdy je stavba hotová. Je špatně, pokud nejprve vznikne skořápka, do které se až poté shání obsah. Zásadní roli by měl sehrávat funkční schvalovací mechanismus, který by udržitelnost těchto center hodnotil,“ podotkl ředitel Masarykova onkologického ústavu a předseda senátního Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku prof. Jan Žaloudík. „Neexistuje přímá úměra mezi betonem a mozky. Naplnit existující formu těchto vědeckých center excelentním obsahem bude trvat několik generací,“ doplnil senátor Žaloudík.

Také doc. Konvalinka se domnívá, že ne vždy koordinovaný přístup dal vzniknout řadě center, která i nadále zůstávají spíše vizí. Podle něj by měla být zachována pouze ta pracoviště, jejichž fungování je promyšlené, ta nefunkční za záchranu nestojí. „Udržitelnost velkých center je velkou výzvou, protože hrozí, že z nich zbudou pouze betonové

pomníky. Nechci paušalizovat, protože řada vědeckých center se již nyní sama užívá, ale některá ne. Vznikala totiž v době, kdy prostředky určené na financování vědy i HDP procentuálně významně rostly. Nyní máme problém, abychom centra užívali, a přitom neohrozili tradiční instituce, ať je to 1. lékařská fakulta, Masarykova univerzita či další významná vědecká pracoviště,“ poukázal na rizika slepé dotace nefungujících pracovišť doc. Konvalinka.

## Věda a výzkum na 1. LF

V medicínském výzkumu je 1. LF UK nejvýznamnější vysokou školou u nás. Její výsledky představují 27 % sumy výsledků všech lékařských i jiných zdravotnických fakult v ČR. Podle údajů fakulty její domovští vědci publikují v posledních několika letech ročně přibližně 600 článků v odborných impaktovaných časopisech. Citovanost prací autorů z 1. LF každým rokem roste – v roce 2013 podle citační databáze Science Citation Index (SCI) byli citováni 26 304krát. Fakulta se v letech 2010–2014 stala vlastníkem celkem 11 patentů (léčiva, nádorové markery, využití nanovláken atd.). Jak ale podotkl Jan Konvalinka, patenty samy o sobě míru vědeckého úspěchu neurčují. Podstatné je, jak ekonomicky výhodně se uzavře smlouva na licenci k patentu. Zde je podle slov děkana Šeda 1. LF zatím v různých fázích vyjednávání. Navíc jde o dlouhou cestu, od patentu po uvedení do praxe často uběhne 10 až 15 let.

Jednou z cest financování vědy je také zřízení vlastní *spin-off*, tedy inovativní firmy založené studenty, profesory či absolventy z univerzity. I tu na 1. LF založili, jak ale prof. Šedo zdůraznil, fakulta dbá na to, aby veškerá vědecká kapacita nebyla vyplývána na komerční projekty, jakkoli finančně úspěšné.

Teoretická a klinická pracoviště se věnují základnímu i aplikovanému výzkumu, vědci spolupracují s vědeckými pracovišti v ČR i v zahraničí. „Velkou devizou fakulty je právě ta skutečnost, že přirozeně spojuje potenciál obou typů výzkumu,“ zdůraznil děkan s tím, že základní a aplikovaný výzkum jsou spojené nádoby a – zejména v biomedicíně – jeden bez druhého nemůže smy-

slupně fungovat. Rozdělování státních dotací by tedy mělo být doporučené.

## Moonlighting molekuly

Vědci se na 1. LF UK zabývají výzkumem v oblasti mitochondriálních poruch, obezitologie nebo endokrinologie. Nejvýznamnější úspěchy zaznamenávají především v kardiiovaskulární medicíně, neurovědách, dědičných metabolických poruchách a také v onkologii.

Například vědci Laboratoře biologie nádorové buňky Ústavu biochemie a experimentální onkologie 1. LF UK pod vedením prof. Šeda zjistili, že vznik a rozvoj nejagresivnějšího zhoubného nádoru mozku – glioblastomu – ovlivňují některé dipeptidylpeptidázy-IV aktivitou a/nebo strukturou homologní molekuly. Vědci mluví o skupině melouchařicích (*moonlighting*) molekul, protože jedna a tažá molekula může v různých buňkách za různých okolností plnit zcela odlišné úkoly. „Může mít různé biologické funkce v závislosti na mikroprostředí, které ji obklopuje, a na orgánu, ve kterém se nachází,“ upřesnil vedoucí vědeckého týmu Šedo.

Melouchařicí molekuly ovlivňují například rychlost růstu nádoru, komunikaci mezi nádorovými a nenádorovými buňkami, rozvoj krevního zásobení nádoru a také jeho schopnost prorůst do okolí. Zároveň ale mohou hrát pro člověka příznivé role v různých orgánech, imunitním systému nebo procesech hojení. Pro hledání možností jak tyto molekuly využít ve prospěch nemocných je proto nezbytné potlačit ty jejich funkce, které vedou ke vzniku a růstu nádoru, a přitom nepoškodit ostatní užitečné. „Předpokládáme, že když najdeme a ověříme způsob jak aktivitu těchto molekul cíleně regulovat anebo na ně specificky zaměřit nosiče protinádorových léčiv, mohli bychom tyto nové poznatky využít pro léčbu zhoubných mozkových nádorů,“ vysvětlil prof. Šedo, jehož tým spolupracuje s neurochirurgy z Neurochirurgické a neuroonkologické kliniky 1. LF UK a ÚVN Praha, Nemocnice Na Homolce a s kolegy z Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR, kteří pro výzkum navrhnou a připraví originální látky.



Ilustrace: foto: Shutterstock

## DNA nádorových buněk

Do významného zahraničního vědeckého projektu se nedávno zapojila například Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. V mezinárodním projektu (FORECEE) zabývajícím se výzkumem rizika vzniku rakoviny prsu, vaječníků, děložní sliznice a děložního čípku je jednou z 15 evropských organizací. „Cílem výzkumu je snížit jak výskyt zhoubných nádorů, tak i úmrtnost žen na tato zhoubná onemocnění,“ uvedl jeden z řešitelů projektu doc. Michal Zikán z Onkogynekologického centra kliniky. Ve čtyřletém projektu, který odstartuje v září 2015, budou vyšetřeny tisíce žen z několika států Evropy. Vědci budou analyzovat vzorky, které ženám lékaři odeberou při stěru z děložního čípku při běžné gynekologické prohlídce. Zkoumány budou změny ve stavbě a funkci DNA nádorových buněk i přítomnost původců infekce ve vzorcích stěrů z děložního čípku. Kombinace takových markerů může předpovědět míru rizika vzniku určitého typu rakoviny ženských orgánů u konkrétní ženy. Vědci předpokládají, že ve výsledku budou mít možnost ovlivnit prevenci i léčbu zhoubných nádorů. „Máme již dnes řadu možností jak těmto chorobám předcházet a léčit je. Důležité však je zjistit riziko vzniku nemoci u širší populace včas. Právě k tomu by nám měly pomoci výsledky projektu FORECEE,“ dodal doc. Zikán k možnostem výzkumu, který vede University College v Londýně. Jejím členem je například neurolog John O'Keefe, který v roce 2014 získal Nobelovu cenu za objev buněk, které mozkou pomáhají v prostorové orientaci.

## Postgraduální studenti

V roce 2014 získala 1. LF na vědu a výzkum dotaci zhruba 350 milionů korun, z toho 150 milionů korun byly účelové prostřed-

## Kdo v ČR rozděluje prostředky na vědu a výzkum?

- Grantová agentura České republiky (GA ČR) – organizační složka státu, jejímž posláním je účelovou formou podporovat základní výzkum, a to výhradně z veřejných prostředků. Jde o jedinou instituci tohoto typu a s tímto posláním v ČR. Při své činnosti se řídí zákonem č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu, experimentálního vývoje a inovací, a je samostatnou účetní jednotkou. Hospodaří tedy samostatně s účelovými a institucionálními prostředky přidělenými státním rozpočtem. GA ČR zahájila svoji činnost v roce 1993. V rámci vyhlášených programů poskytuje finanční podporu na vědecké projekty jak pro erudované vědce a týmy, tak pro mladé a začínající vědecké pracovníky.

- Technologická agentura České republiky (TA ČR) – organizační složka státu, která byla zřízena v roce 2009 zákonem č. 130/2002 Sb. o podpoře výzkumu, experimentálního vývoje a inovací. TA ČR centralizuje státní podporu aplikovaného výzkumu a vývoje.

- Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky (AZV ČR) – organizační složka státu v přímé působnosti ministerstva zdravotnictví. Je samostatnou účetní jednotkou a jejím základním účelem je podpora aplikovaného výzkumu ve zdravotnictví v souladu se zákonem č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu, experimentálního vývoje a inovací z veřejných prostředků. Byla zřízena 1. dubna 2014.

(Zdroj: 1. LF UK)



ky. V porovnání s rokem 2010 se celkový objem peněz téměř nezměnil, ale změnil se poměr institucionální (210 mil. v r. 2010) a grantové (105 mil. v r. 2010) podpory. „Bohužel v poslední době klesají dotace na vědu z univerzity, potažmo ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Přes tento pokles je evidentní, že máme řadu schopných týmů, protože v získávání grantů se meziročně zlepšujeme. Pokles institucionálních prostředků tak přichází kontinuálně se zvyšováním vědeckých úspěchů fakulty. Problém je v tom, že granty jsou, ve srovnání s institucionálním financováním, relativně krátké, zpravidla tři roky,“ poukázal děkan Šedo na existenční nejistotu vědců, jež se navíc zvyšuje při vědomí toho, že úspěšnost získání prostředků se u grantových agentur pohybuje kolem 5 % a méně. Trend grantové politiky považuje prof. Šedo za nevýhodný, lépe strategicky by se fakultám pracovalo, pokud by disponovaly větším objemem institucionálních prostředků a mohly tak vědu lépe plánovat do budoucna.

Větší oporu by získali také studenti postgraduálního doktorského studia, které je z prostředků na vědu na fakultách rovněž financováno. Například na 1. LF UK studuje nyní v doktorských programech přibližně 940 studentů, lékařů teoretických i klinických oborů, kteří bádají v medicíně. Náročné studium dokončí jen polovina z nich. Stipendia pro doktorandy se podle ročníku pohybuji v rozmezí od 6300 do 8800 měsíčně, další peníze mohou studenti dostávat z výzkumných grantů svých školitelů. Mají ale obvykle nižší příjmy, než kdyby pracovali na celý úvazek v nemocnici. „Podle mzdových tabulek docent dosahuje výrazně nižšího platu než třeba atestovaný lékař v krajské nemocnici. Akademická kariéra tedy není příliš atraktivní a naším úkolem je najít cestu jak u ní naše nejlepší adepty udržet,“ říká děkan Šedo a dodává: „Když nebudeme postgraduální studenty podporovat, nevyroste nám další generace špičkových odborníků, z nichž se rekrutují budoucí docenti a profesori – tedy klíčové osoby jak pro výuku, tak pro kontinuální akademický rozvoj jednotlivých lékařských disciplín. Politici si občas neuvědomují, že věda na lékařských fakultách není jen jakýmsi akademickým folklorem, ale že je přímou podmínkou kvalitní péče o pacienty v budoucnosti.“

Petra Klusáková

## Obří dotace pro výzkum na Masarykově univerzitě

Jihomoravský kraj získal již potřetí v řadě prestižní grant Marie Curie, který regionu zajistí dotační prostředky ve výši 100 milionů korun. Jih Moravy opět přiláká vědce z celého světa.

„Úzká mezinárodní spolupráce je jedním z předpokladů efektivního a úspěšného výzkumu. V posledních letech se tato spolupráce rozvíjí nejen působením českých vědců v zahraničí, ale také příchodem kvalitních zahraničních vědců k nám. Díky investicím do výzkumné infrastruktury, špičkového laboratorního vybavení a programu typu SoMoPro

se Masarykova univerzita stala pro zahraniční vědce atraktivním místem pro práci a rovnocenným partnerem pro špičková vědecká pracoviště. Na poli pokroku a poznání již nejsme příležitostným pozorovatelem, ale aktivním hráčem,“ okomentoval rektor Masarykovy univerzity Míkuláš Bek nebyvalý úspěch, kterým opětovně získání grantu je.

### Vědci z celého světa

SoMoPro (South Moravian Region Programme for Distinguished Researchers) je prestižní program, který v Brně za 6 let svého fungování podpořil 53 výzkumníků z 15 zemí světa více než 236 miliony korun. „V Jihomoravském kraji se podařila zcela unikátní věc. To, že jsme opakovaně získali prestižní grant Marie Curie,

## Čeští vědci, kteří v SoMoPro provádí lékařský výzkum

### Mgr. Andrea Knight, Ph.D.

• Projekt: *Gamma-delta T cells* – Výzkum gamma-delta T buněk jako kandidátů pro nové antivirové a protinádorové imunoterapie

• Ústav patologické fyziologie LF MU v Brně

Můj tým se zabývá studiem lidských gamma-delta ( $\gamma\delta$ ) T buněk – jejich populací lymfocytů, jež mají vrozenou schopnost podílet se na imunitním dozoru, který nás chrání proti nádorovým onemocněním. Náš tým analyzuje buňky izolované ze zdravých dárců, ale také u pacientů s krevním onemocněním, jako je mnohočetný myelom a chronická myeloidní leukemie. Tento projekt je výjimečný propojením výzkumných metod sdílených mezi obory hematologie, virologie a onkologie. Cílem je propojení primárního výzkumu s klinickou praxí.

Kapacita buněk našeho imunitního systému chránit nás před nemocí. „Podle mzdových tabulek docent dosahuje výrazně nižšího platu než třeba atestovaný lékař v krajské nemocnici. Akademická kariéra tedy není příliš atraktivní a naším úkolem je najít cestu jak u ní naše nejlepší adepty udržet,“ říká děkan Šedo a dodává: „Když nebudeme postgraduální studenty podporovat, nevyroste nám další generace špičkových odborníků, z nichž se rekrutují budoucí docenti a profesori – tedy klíčové osoby jak pro výuku, tak pro kontinuální akademický rozvoj jednotlivých lékařských disciplín. Politici si občas neuvědomují, že věda na lékařských fakultách není jen jakýmsi akademickým folklorem, ale že je přímou podmínkou kvalitní péče o pacienty v budoucnosti.“

### Mgr. Lukáš Čajánek, Ph.D.

• Projekt: *CENTRO STEM* – Funkce centrozomu v diferencujících buňkách: náhled do biologie centrozomu s využitím lidských embryonálních kmenových buněk

• Ústav histologie a embryologie LF MU

Všichni jsme vyrůstali nebo stále rosteme. Aby buňky tvořící naše tělo mohly růst, potřebují se dělit a také specializovat – diferenciovat. Růst musí být řádně kontrolován, protože jeho přílišné množství nebo naopak nedostatek vede k nemocí. V tomto projektu studujeme roli organely zvané cent-

rozom, která kontroluje buněčné dělení, poruchy centrozomu totiž byly dány do souvislosti s vznikem či rozvojem řady lidských chorob a vývojových vad.

### RNDr. Mgr. Jozef Hritz, Ph.D.

• Projekt: *MODULATOR* – Určení struktury lidské 14-3-3zeta v komplexu s dvojité fosforylovanou lidskou tyrosin hydroxylázou 1

• výzkumná skupina Biomolekulární NMR spektroskopie, Centrum strukturální biologie, CEITEC MU 14-3-3 proteiny se nacházejí ve všech eukaryotních buňkách a mají velice důležitou funkci při regulaci buněčného cyklu, při buněčné smrti a při regulaci genové exprese. Tyto proteiny hrají důležitou roli v onkogeních a neurodegenerativních onemocněních. Hlavním výzkumným cílem Jozefa Hritze je odhalit detailní molekulární mechanismus aktivity tyrosin-hydroxylázy proteinu a jeho interakci s 14-3-3 proteiny využitím kombinace pokročilých NMR a výpočetních technik. Jedním z důležitých následků aktivované tyrosin-hydroxylázy je zvýšená hladina adrenalinu v lidském mozku.

### Ing. Jiří Jaroš, Ph.D.

• Projekt: *BrainWave* – Simulace šíření ultrazvukových vln v lidském mozku

• Ústav počítačových systémů, FIT VUT

Nebylo by skvělé, kdybychom mohli operovat mozek bez invazivního chirurgického zákroku, jen pomocí ultrazvukové vlny? Tato metoda pracuje na principu vysílání soustředěných paprsků ultrazvukových vln do tkáně. Aby to bylo možné, musíme namodelovat složité fyzikální procesy, abychom

si byli jistí, že zasáhneme pouze požadovanou oblast. Cílem tohoto projektu je navrhnout, ověřit a aplikovat nové výpočetní modely pro simulaci šíření ultrazvukových vln skrze lebku a uvnitř lidského mozku. V praxi musíme spoutat sílu tisíce počítačů, abychom tohoto cíle dosáhli.

### MUDr. Mgr. Marek Mráz, Ph.D.

• Projekt: *miRNAinCLL* – Role microRNA v biologii B-buněčných leukemií a lymfomů

• výzkumná skupina Lékařská genomika – Centrum molekulární medicíny, CEITEC MU Studují chronickou lymfocytární leukemii (CLL), což je nejčastější lymfocytární leukemie mezi dospělými v západním světě a zůstává „enigmou“ v moderní hematologii. V minulosti jsem prováděl intenzivní výzkum na University of California a Mayo Clinic, kde jsem studoval B-buněčný receptor (BCR), signalizující dráhy CLL lymfocytů, o kterých je známo, že ovlivňují patogenezí CLL a dalších zhoubných bujení B lymfocytů.

Signální dráha BCR je komplexní síť proteinů, které regulují odpověď normálních a maligních B lymfocytů na stimulaci BCR antigeny. Bylo prokázáno, že maligní B buňky deregulují BCR signalizaci a to ovlivňuje jejich chování. Klíčová výzkumná otázka tedy zní, co reguluje BCR v CLL buňkách.

### Mgr. Kristína Zápražná, Ph.D.

• Projekt: *AIDinCLL* – Expresse a funkce sestřihových variant Aktivací indukované deaminázy ve zdravých B lymfocytech a u chronické lymfoidní leukemie

je i v evropském měřítku naprosto nevídané. Vyžaduje to totiž úzkou spolupráci politické, akademické i komerční sféry a dokazuje to, že Jihomoravský kraj má na evropské mapě vědy a inovací důležité místo. Program SoMoPro se stal v průběhu své existence vzorem pro další podobné programy v celé Evropské unii,“ prohlásil hejtman Jihomoravského kraje Michal Hašek.

Evropská komise projektovou žádost SoMoPro III již schválila. Program SoMoPro III začne ještě letos a je naplánován do roku 2020. Z celkové hodnoty (100 milionů Kč) uhradí polovinu sám Jihomoravský kraj. S vyhlášením první výzvy se počítá na podzim letošního roku.

(klu)

• výzkumná skupina Lékařská genomika – Centrum molekulární medicíny, CEITEC MU Chronická lymfocytární leukemie je nevléčitelné onemocnění s variabilním průběhem. Mým oborem je biomedicína, kde vědecké poznatky často vedou ke zrodu nových léků a úspěšné léčbě řady nemocí. Cílem mého projektu je prozkoumat, zda enzym AID způsobuje zlomy a mutace v DNA u leukemických pacientů. Hlavní otázka zní, zda se tato konkrétní genetická poškození podílí na vzniku a rozvoji leukemie. Dále chci zmapovat molekulární dráhy, které tato poškození opravují v nádorových buňkách. Výsledky tohoto výzkumu pomohou při porozumění a léčbě leukemie.

### RNDr. Silvie Trantírková, Ph.D.

• Projekt: *G4-target* – Selektivní cílení malých molekulárních liganďů na DNA G-kvadruplex v rámci lidského genomu

• výzkumná skupina Biomolekulární NMR spektroskopie, Centrum strukturální biologie, CEITEC MU Můj výzkum je zaměřen na DNA G-kvadruplexy, které se nachází v biologicky významných oblastech genomu, jako jsou například telomery nebo onkogenní promotory. Tyto G-kvadruplexy tvoří slibnou novou třídu molekulárních cílů v onkologii a potlačení onkogenů skrze stabilizaci těchto struktur by mohlo tvořit základ nové strategie léčby rakoviny. Téměř 50 % onkogenů, tedy genů, které mohou způsobit rakovinu, může být, alespoň v principu, regulováno prostřednictvím G-kvadruplexů nacházejících se v jejich promotorech.

(Zdroj: SoMoPro)

# Robustní systém kvality existuje, náročné je kvalitu udržet

Nastavení standardů kvality péče v souvislosti s akreditací je pro řadu zdravotnických zařízení tvrdým oříškem. Akreditační matadoři ale upozorňují, že ještě náročnější je kvalitu v nastavených parametrech udržet.

S tímto vědomím věnovala pořádkující Spojená akreditační komise (SAK) svou sedmou konferenci udržitelnosti kvality ve zdravotnictví.

## Nový akční plán kvality a bezpečí

„Vybudovat robustní systém kvality není tak těžké jako jej udržovat, spravovat a řídit ho na základě sběru dat,“ uvedl v úvodu konference ředitel SAK David Marx a dodal, že systém kvality prostřednictvím akreditací se už netýká pouze akutní péče, ale také ambulantní, následné a dlouhodobé. Vyzdvihl také krok ministerstva zdravotnictví, které dalo vzniknout „Akčnímu plánu kvality a bezpečí ve zdravotnictví“. Dokument podle Marxových slov jako první formalizuje a strukturuje cíle v oblasti řízení kvality a bezpečí pro další roky. Akční plán představil na konferenci ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Nový plán bude součástí zákona o zdravotních službách, resp. jeho vyhlášky o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Úpravou této legislativy resort reaguje na doporučení OECD, aby se ČR kvalitou a bezpečím ve zdravotnictví zabývala.

Zásadním prvkem plánu je optimalizace systému hodnocení kvality a bezpečí zdravotnického systému – zejména zpřísnění podmínek pro organizace externě posuzující zavedené systémy kvality a bezpečí tak, aby externí audity vycházely z mezinárodně uznaných principů a neprobíhaly jen formálně.

„V českém systému zdravotnictví chybí dostatečná motivace ke kvalitě, máme nedostatky manažerů kvality a bezpečí, nedostatečně se do prosazení kvality zapojují krajší zřizovatelé, postrádáme také analýzu nežádoucích událostí a zlepšit bude třeba i systém vzdělávání zdravotníků v oblasti managementu zdravotnictví, proto akční plán zahrnuje rozšíření pregraduálního i specializačního studia o téma

ta kvality,“ vyjmenoval rezervy systému vzhledem ke kvalitě péče ministr Němeček, pod jehož bývalým vedením prošla akreditačním procesem Fakultní nemocnice Ostrava.

Jak dodal, vedle samotné optimalizace hodnocení kvality má ministerstvo v plánu podporovat kvalitu zdraví populace a popularizaci kvality u laické veřejnosti. Vznikne proto rovněž veřejně dostupný dokument „Rádce pacienta“ a také elektronický portál kvality. Možnost bonifikace akreditovaných nemocnic nabídla letos úhradová vyhláška. Pojišťovny zatím tento typ bonifikace příliš nevyužívají.

## Vliv kvality na smluvní politiku

Jak ale řekl náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) pro zdravotní péči Petr Honěk, v rámci hodnocení kvality péče VZP posuzuje zejména strukturální ukazatele, které jsou snadno zjištělné, tzv. tvrdé parametry, tedy personální zajištění a přístrojové vybavení. „Mezi procesní ukazatele, které pojišťovna hodnotí, patří léčba pacienta dle *guidelines*. Pro sledování kvality péče je vhodný například obor diabetologie, protože je zde řada tvrdě měřitelných markerů v souvislosti s léčbou, například sledování glykovaného hemoglobinu, LDL cholesterolu či očního pozadí,“ uvedl náměstek Honěk k problematice sledování kvality ze strany plátců zdravotního pojištění. VZP také hodnotila jednotlivá zdravotnická zařízení provádějící např. operaci katarakty, kde pojišťovna sledovala nákladovost pacienta, počty nutných reoperací, operací druhého oka a přidružených komplikací. Dobře uchopitelná souvztažnost s kvalitou péče je také u IVF léčby, kde VZP sledovala počty provedených i úspěšných cyklů a jejich počty vztahované k porodům i množství hormonů použitých při léčbě. Vizí VZP s ohledem na kvalitu poskytované péče zůstává princip

„bonus – malus“. „Pokud zdravotnické zařízení kontroluje svou kvalitu, dbá na péči a bude tak mít lepší, jednoznačně měřitelné výsledky, budeme jediné pro, aby tato zařízení byla lépe ohodnocena. Dle úhradové vyhlášky můžeme regulovat, na jak velký objem péče s daným zařízením uzavřeme smlouvu. Zde budeme preferovat ta zařízení, která mají lepší výsledky,“ potvrdil Petr Honěk, zároveň ale uvedl, že chybí jasná pravidla pro hodnocení péče, kontrola, kultivace výkaznictví i stanovení sankcí za nedodržování daných podmínek, poskytování nekvalitní péče a jinou neprofesionalitu.

## Udržet kvalitu

Problematiku akreditace zná z pozice sestry u lůžka, prezidentky Asociace sester, hlavní sestry, ministryně zdravotnictví, ale zejména jako ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (VFN) Dana Jurásková. Když se v roce 2010 vrátila do vedení nemocnice, získání akreditace bylo jednou z klíčových priorit. „Přesvědčit tak velké zdravotnické zařízení o tom, že akreditace je nutná, bylo nesmírně těžké. Jde o změnu kultury a ducha v nemocnici. VFN je znalecký ústav, na pozici klinik je nemocnice řízená předsedy odborných společností, soudními znalci, kapacitami ve svém oboru. Tito odborníci byli většinou přesvědčeni o tom, že jejich pracoviště pracuje nejlépe. Ale už první interní audity prokázaly, že námi nastavené standardy jsou nadměrně ambiciózní a sami nejsme schopni je dodržet ani zaplatit. Toto zrcadlo nám ukázalo, že naši zaměstnanci jsou sice skvělí teoretici, ale o fungování vlastní nemocnice rozhodně nevědí všechno, hlavně ale nejsou schopni vnitřně přijmout proces akreditace. Tento blok spustil kaskádu reakcí od hysterických postojů typu ‚změňte akreditační standardy SAK‘ až po depresivní reakce typu ‚domnívali jsme se, že pracujeme skvěle, ale máme rezerva



Ilustrační foto: Shutterstock

vy a je to naše chyba,“ popsala ředitelka Jurásková těžké začátky přesvědčování o nutnosti akreditačního procesu. K samotnému dosažení akreditace Dana Jurásková dodala, že nemocnice musela nastavit průsečík mezi odbornou ambicí, požadavky SAK a finančními možnostmi. Achillovou patou pohledu na akreditovanou nemocnici podle ředitelky Juráskové byla a stále jsou data. „Abychom dokázali kvalitu správně hodnotit, je potřeba data v trendech dlouhodobě sledovat, nasadit je na národní indikátory a tím se porovnávat. My jsme zvolili metodu sledování vlastních dat a vývoj na nich budeme kultivovat,“ dodala s tím, že VFN je jednou z referenčních nemocnic v projektu DRG restart. „V každém případě musím podepsat motto této konference, protože naprosto nejtěžší po získání akreditace je udržet ji,“ podotkla.

## Akreditovaná evakuace

Termín 20. listopadu 2014 byl pro Nemocnici Havlíčkův Brod zlomovým bodem ve dvou ohledech. „Právě jsme dokončili reakreditaci u SAK, když kolem 17. hodiny někdo telefonem ohlásil, že v nemocnici je uložena bomba. A akreditovaný traumatologický plán se rozjel naostro. Byl svolán krizový štáb a přijely všechny složky záchranného integrovaného systému. Policie poté rozhodla o evakuaci celé hlav-

ní budovy a pyrotechnici začali bombu hledat,“ popsal náměstek pro léčebnou péči nemocnice Aleš Bílek situaci, kdy bylo během podzimního večera společně s 200 zaměstnanci potřeba přemístit 290 pacientů, včetně desítek nemocných umístěných na JIP a ARO a matek s novorozenci. „Výhodou bylo, že ve chvíli spuštění evakuace pacienti na ARO nebyli ventilováni, poslední rodička odrodila, neoperovaná se, venku hlavního monobloku jsou další budovy, kam mohli být převezeni pacienti, kteří nemuseli být transportováni do okolních nemocnic,“ vysvětlil neovlivnitelná pozitivita náměstek Bílek. Za problematické označil zahlcení centrálních výtahů v budově, zatímco postranní výtahy využity nebyly. Proto pak nemocnice vytvořila směrnici pro správný postup jednotlivých oddělení v obdobných situacích.

Druhý den ráno se hrozba telefonem bohužel opakovala. Nemocnice opět aktivizovala traumatologický plán a svolala krizový štáb. Policie sice rozhodla, že přístup do nemocnice a příjem pacientů omezí, ale k evakuaci už nedošlo. Pravděpodobný pachatel byl ještě ten den zadržen. Nemocnice v Havlíčkově Brodě při ostrém nácviku prošla těsně po akreditaci zatěžkávací zkouškou, která ji posunula k dalšímu zvyšování kvality a bezpečí.



# Mzdy lékárníků nelze zvýšit změnou úhradové vyhlášky

Výzva prezidenta České lékárnické komory adresovaná ministru zdravotnictví

## Vážený pane ministře,

Česká lékárnická komora spolu se všemi lékárníky v České republice s povděkem vyslechla Vaše ujištění, že v roce 2015 dojde k navýšení příjmů zdravotnických pracovníků. Mzdy lékárníků a farmaceutických asistentů již několik let nerostou, a v mnoha případech dokonce klesají. Obrat k lepšímu by proto velmi uvítali. Ze zpráv, které mají k dispozici, pro ně ale vyplývají určité znepokojivé skutečnosti.

Valná většina lékárníků nepracuje ve státních zařízeních, o nichž zejména byla v médiích řeč. Proto se velmi přimlouvají za to, aby byla opatření směřující k navýšení mezd zdravotníků koncipována tak, že se prostředky spraved-

livě rozdělí všem poskytovatelům zdravotní péče, státním i soukromým. Bude-li navýšení zajištěno prostřednictvím úhradové vyhlášky tak jako v letošním roce, jistě se podaří tento základní požadavek naplnit.

S úhradovou vyhláškou však souvisí i další obava lékárníků. Lékárenská péče není odměňována výkonově, zanedbatelnou výjimkou je úhrada tzv. signálního výkonu. Celá váha odměňování lékárenské péče tak stojí na příjmu z regulované obchodní příirážky k ceně léků, která je zčásti hrazena zdravotními pojišťovnami a zčásti pacienty. Mzdy lékárníků proto nelze zvýšit tím, že bude změněna úhradová vyhláška. Taková změna se příjmů lékáren

nedotkne, a pokud nebudou příjmy lékáren navýšeny, nemůže dojít ani ke zvýšení mezd lékárníků-zaměstnanců. Je-li příjem lékáren závislý na výši regulované příirážky, je nutné k naplnění slibu zvýšení mezd všech zdravotníků změnit i cenový předpis, který určuje výši příirážky. Lékárníci proto očekávají, že dojde k navýšení příirážky v cenovém předpisu, nejlépe pak zavedením fixní částky z ceny každého balení léčivého přípravku. Jedině tak bude možné předejít dalšímu poklesu odměn lékárníků způsobenému neustálým snižováním cen léčivých přípravků. Lékárníci na jednu stranu vítají, že ceny léčivých přípravků klesají, na druhou stranu při jejich výdeji vykonávají stále stejnou odborně náročnou činnost,



Foto: Martin Pinkas / Euro

jejíž náklady na rozdíl od ceny léků nejenže neklesají, ale stoupají.

Lékárníci nemají žádnou odborovou organizaci, která by u Vás, pane ministře, mohla vyjednávat o jejich sociálních poměrech. Proto se této roli musí ujmout sta-

vovská organizace, na niž se také většinově její členové obracují právě s požadavkem, aby se zasadila přinejmenším o zastavení jejich neustále se horšícího postavení oproti ostatním zdravotníkům.

PharmDr. Lubomír Chudoba,  
prezident České lékárnické komory

Inzerce M151000423



1990 **25LET** 2015



**IX. SYMPOZIUM AGEL**

**CIVILIZAČNÍ CHOROBY A NEMOCI TŘETÍHO VĚKU**

**1. - 2. 10. 2015**

**HOTEL NH COLLECTION OLOMOUC CONGRESS**

**SYMPOZIUM SE KONÁ POD ZÁŠTITOU**  
Ing. Tomáše Chrenea, Ph.D.  
předsedy dozorčí rady AGEL a.s.

**PREZIDENT SYMPOZIA**  
MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH  
předseda představenstva AGEL a.s.

**PŘEDSEDA ORGANIZAČNÍHO VÝBORU**  
prof. MUDr. David Stejskal, Ph.D., MBA, EurChem  
člen lékařské rady AGEL a.s.

Více informací a registrace na  
[symposium.agel.cz](http://symposium.agel.cz)







## ROZHOVOR

# Peníze vložené do zdravotnictví nejsou výdaji, ale investicí

Prezident ČLK **Milan Kubek** hodnotí uplynulý rok svého druhého volebního období jako restart dialogu komory s ministerstvem zdravotnictví a politickou reprezentací vůbec. Jako představitel boje za zvyšování prestiže lékařského stavu jej trápí nízké ohodnocení lékařské práce, prohlubující se nedostatek lékařů a systém specializačního vzdělávání nepřátelský vůči mladým kolegům.

**Komoru čekají na podzim volby. Budete potřetí kandidovat?** Budu, slíbil jsem to. Návrh na zrušení klauzule, že na některé funkce v komoře není možné kandidovat více než dvakrát po sobě, byl ostatně od počátku spojován i s mojí případnou kandidaturou. Deklaroval jsem, že pokud změna projde a všichni členové komory budou ve volbách rovnoprávní, pak kandidovat budu.

**Pokud se ohlédnete za posledními pěti lety, jak se vám v tomto volebním období dařilo posilovat komorovou organizaci a zvyšovat prestiž lékařského stavu?**

Já osobně spokojený nejsem. Mnoho práce je ještě před námi. Svě dosavadní působení v čele stavovské organizace bych rozdělil na část, bohužel tu větší, kdy jsem především hájil komoru proti nejrůznějším politickým útokům, proti snahám o likvidaci povinného členství a o další omezování jejích kompetencí. Zároveň jsem se snažil hájit možnost lékařů vykonávat svobodně své povolání, tedy bránit tomu, aby byli pohlaceni nejrůznějšími řetězci a aby lékaře i s jejich pacienty úplně převálcovaly zdravotní pojišťovny. Bránili jsme privatizaci fakultních nemocnic, zavádění plánu řízené péče a podobně. Byla to vlastně taková permanentní válka.

**V poslední době se ale situace změnila.**

Združování s ministerstvem zdravotnictví se za poslední rok významně zlepšila, nikdo nám nejde po krku a naopak s námi celkem férově vyjednává. Jsme vnímáni jako partner reprezentující lékaře. Projevilo se to například tím, že se ČLK, a díky nám i všechny ostatní komory, stala oficiálním účastníkem meziresortního připomínkového řízení. S prezidenty komor se letos

poprvé oficiálně sešel premiér. Byla nastavena pravidla spolupráce profesních komor s vládou. Máme tak možnost vyjadřovat se nejen k právním normám, které připravuje ministerstvo zdravotnictví, ale i ostatní resorty – nedávno například k zákonu o zbraních a střelivu, připravovanému ministerstvem vnitra, nebo ke změně zákona o uznávání odborné způsobilosti občanů jiných zemí, v gesci ministerstva školství. Máme své zástupce v řadě odborných komisí ministerstva zdravotnictví, například v přístrojové komisi, v komisi pro změnu personální vyhlášky, v komisi pro přípravu zákona o vzdělávání lékařů, v komisi pro seznam zdravotních výkonů a v dalších. Započatý dialog vnímám jako příležitost konečně prosadit pozitivní změny, které naše zdravotnictví potřebuje.

**Pozitivně dopadla nedávná jednání se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, jak tam komora dosáhla změny přístupu?**

V řediteli Kabátkovi máme pragmatického partnera, který rozumí organizaci a financování zdravotnictví. Poté, co z funkce předsedy správní rady VZP odešel Ing. Nosek, otevřel se prostor pro změny. Současnému vedení VZP se podařilo zastavit odliv pojištěnců díky tomu, že se pojišťovna chová vůči lékařům – svým smluvním partnerům – vstřícněji. Politika „pojišťovny s lidskou tváří“ funguje. Zatímco dříve se VZP snažila získávat klienty prostřednictvím náborových akcí, nynější vedení pochopilo, že nejlepším „agentem“ je spokojený lékař. Díky tomu se mi podařilo vyjednat opakované odpuštění regulačních srážek při překročení nákladů na léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči. Pro systém celoživotního vzdělávání, jehož je komora garantem, i pro lékaře je motivačním

impulzem dojednaná bonifikace za diplomy celoživotního vzdělávání. Je výhodná i pro pojišťovnu, protože vzdělaný lékař poskytuje kvalitnější péči než ten, který se nevzdělává. Jsem rád, že jde o motivaci pozitivní. I když je vzdělávání lékařů ze zákona povinné, vždy jsem se bránil využití nějakých sankcí vůči lékařům, kteří tak nečiní. Bonifikace se zatím týkají pouze privátních lékařů. U zaměstnanců v nemocnicích totiž neexistuje přímá vazba mezi úhradou od pojišťovny a jejich mzdou. Přesvědčuji lékařské odbory, aby se snažily prosadit pro lékaře, kteří se vzdělávají, nějakou bonifikaci k platu v rámci kolektivního vyjednávání. Zatím se to nepodařilo.

**V jaké fázi legislativního procesu je nyní zákon o vzdělávání lékařů?**

Je v meziresortním připomínkovém řízení a i ČLK k němu předložila své připomínky. Naším cílem jsou takové změny, aby systém nebyl nepřátelský vůči mladým lékařům, aby jejich vzdělávání netrvalo déle, než je nezbytné nutné, aby bylo dostupné i v regionálních nemocnicích a nebylo pro mladé kolegy drahé. Mladí lékaři nesmí sloužit jako laciná pracovní síla ve fakultních nemocnicích, kde často ani nikdo nemá zájem je něco naučit. Mnohem přínosnější pro ně bude práce v nemocnicích okresních.

Chceme redukovat počet základních vzdělávacích oborů. Lékař by tak nejlépe získal širší kvalifikaci a teprve poté by se v případě zájmu zaměřil na nějaký úzce specializovaný obor. Díky tomu by měl širší uplatnění na trhu práce. Pokud bychom nedokázali prosadit redukci stávajícího počtu 84 oborů, nikdy nebudeme mít lékařů dostatek a některým úzkým specializacím, které jsou potřebné, ale právě pro své úzké



Foto: Michael Tomáš / EIS

vymezení nejsou pro čerstvé absolventy atraktivní, by hrozilo vyhynutí. Vezměme si příklad z Německa, které má základních oborů pouhých 33.

**Jak konkrétně to zákon změní?**

Zákon nemůže samozřejmě přímo stanovit náplně vzdělávacích oborů, ale přinese jiný režim akreditace zdravotnických zařízení. Nebude už takový monopol odborných společností, které požadavky na vzdělání často nastavují nerealisticky. Vedení odborných společností tvoří převážně profesori a docenti z velkých klinik, kteří mnohdy nemají přehled o tom, jaká medicína se na periférii dělá. Navíc jim stávající systém vyhovuje, protože pro svá pracoviště získávají levnou pracovní sílu. Pokud bude mít ČLK v akreditačních komisích dostatečně silný hlas, dokážeme tomu zabránit. Pokud zákon pravidla hry nezmění, pak se příliš nezmění ani vzdělávání.

Zákon bohužel nepřinese žádné změny ve financování vzdělávání. To považuji za chybu. ČLK navrhuje vytvoření programu jakýchsi stipendií pro mladé lékaře, kteří by po promoci nepobírali mzdu, ale stipendium, což je výhodné z daňového hlediska. Stát by zároveň mohl směřovat lékaře do oborů, kde jich je největší nedostatek, tím, kolik stipendijních míst by vypsal.

Absolventi by si v pořadí stanoveném podle studijních výsledků mohli z nabídky vybírat. Na koho by nezbylo místo v oboru, který si přeje, ten by se vzdělával bez stipendia. Finanční podpora by měla směřovat k mladému lékaři, nikoli k jeho zaměstnavateli. Stávající systém rezidenčních míst posiluje závislost mladých lékařů, ceny povinných stáží a kurzů jsou výšponované. To je ještě větší problém než samotné poplatky za atestační zkoušky.

**Na konci června vláda schválila částečné navýšení platby za státní pojištění, ministr finance ale valorizaci těchto plateb odmítal.**

Naše zdravotnictví je extrémně podfinancováno. Směřuje do něj 7,5 procent HDP, tedy mnohem méně než ve vyspělých zemích kolem nás. V absolutních částkách jsou peníze např. ve srovnání s Německem zcela nesusměřitelné, přitom za stejné ceny jako v Německu nakupujeme léky, přístroje, zdravotnický materiál. Mezi jedny z nejnižších patří naše výdaje na zdravotnictví také v poměru parity kupní síly. To, že naše péče je na poměrně slušné evropské úrovni, dobře dostupná a bezpečná, na první pohled působí jako zázrak efektivity. Je to ale vykoupeno tím, že máme velice špatně zaplacenou pracov-



ní sílu, lékaři, sestry a ostatní zdravotníci zůstávají na pozici nedobrovolných sponzorů systému, když jej svými nízkými platy dotují. Pokud se má zdravotnictví udržet na stávající úrovni, musíme do něho více investovat.

### Jenže jak? Kde jinde by mohl ministr zdravotnictví získat prostředky na navýšení platů lékařů?

Výdaje na zdravotnictví rostou ve všech vyspělých státech, a to rychleji než jejich HDP. Zdravotnictví všude posiluje svoji pozici obrovského zaměstnavatele, odběratele služeb a sociálně stabilizujícího faktoru. Je to dáno stárnutím populace a stále rostoucí poptávkou po zdravotních službách. Ve vyspělých státech to pochopili. Na nedávné konferenci prezidentů evropských lékařských komor se prezident německé Spolkové lékařské komory prof. Montgomery ohradil, když jsme v diskusi používali slovo „výdaj“ ve zdravotnictví – on hovoří o „investici“ do zdravotnictví. Stejně jako investice do vědy či školství je zdravotnictví jednou z nejrentabilnějších investic, protože pouze zdraví lidé mohou pracovat a vytvářet hodnoty. Naši politici jako by to stále nepochopili, někteří dokonce hovoří v souvislosti se zdravotnictvím o nějaké „černé díře“, na což jsem čím dál tím víc alergický.

Pokud se podíváme na strukturu výdajů ve zdravotnictví, zjistíme, že 78 procent z nich jsou peníze z veřejného zdravotního pojištění. Rozpočtové výdaje jsou čím dál nižší, dnes tvoří méně než 5 procent. Takzvané privátní výdaje tvoří v ČR 15 procent, což vypadá v porovnání s některými vyspělými státy jako nízké číslo, ale u nás jsou tyto privátní výdaje placeny českými pacienty v hotovosti. U nás totiž neexistuje připojištění. Přímé platby platí ti, kteří konzumují zdravotní péči, tedy nemocní, a to jsou převážně senioři. Ty nevěřejné neboli privátní výdaje tedy u nás vydávají nemocní důchodci. Zatímco na Západě, kde mají privátní výdaje 15–25 procent, větší část z toho tvoří připojištění, které si platí zdraví, mladí a bohatí. A to je obrovský rozdíl.

Pokud chceme získat více peněz, pak je musí zaplatit ti, kteří je mají, a to formou připojištění. Je slabomyslné ždímat peníze z nemocných důchodců, z nichž někteří se opravdu rozhodují, zda si koupí léky, nebo jídlo.

### A dostáváme se k platbě za státního pojištěnce.

Zástupná platba státu je ve své podstatě geniálně jednoduchá – při minimálních transakčních nákladech zajistíte stoprocentní výběr pojistného. Problém je v její výši. Za těchto 60 procent všech pojištěnců platí stát pouhých 25 procent z celkové příjmu veřejného zdravotního pojištění. Na čem jsme se jak s náměstkem ministra financí Gregorem, který má na starost státní rozpočet, tak několikrát s ministrem Babišem neshodli, je vůbec samotná definice termínu platba za státní pojištěnce. My tvrdíme, že jde o pojistné, které místo dětí, důchodců a nezaměstnaných platí stát. V takovém případě je současných 857 Kč měsíčně nemravně málo oproti 1242 korunám, které si musí platit osoby bez příjmu (např. ženy v domácnosti), za něž stát neplatí. Ministerstvo financí v současnosti razí tezi, že jde naopak o příspěvek státu na dofinancování deficitu ve výběru zdravotního pojištění. To je však zásadní rozdíl. Podle pana ministra Babiše by v době, kdy roste ekonomika, rostou mzdy i výběr pojistného, platba státu mohla klesat, protože větší přísun peněz do zdravotnictví zajišťuje růst mezd. Tahle teze však neobstojí, protože v čase, kdy ekonomika stagnovala a výběr pojistného klesal, stát svoji platbu stejně nenavýšoval.

### Existuje nějaký strop, pokud jde o požadavky komory na zvyšování platů jako argumentu pro odchod lékařů do zahraničí?

V otevřené tržní ekonomice takové meze určují tržní pravidla nabídky a poptávky. Pokud je ale plat začínajícího lékaře v Německu čtyřnásobně vyšší než u nás, jde o propastný rozdíl. Takovým nabídkám se odolává těžko, přesto nikdy neodejdou všichni lékaři. Jenže hned po promoci nám odchází 200 absolventů a navíc každoročně 200–250 lékařů s kvalifikací. Odchází tedy 400 až 450 lékařů ročně. Vzhledem k tomu, že jich promuje 1050, jde o obrovské číslo. Důsledkem je, že čeští lékaři stárnou. V roce 2013 bylo z celkové počtu pracujících lékařů již více než 22 procent starších 60 let. Jsou obory, které čelí personální katastrofě, jako např. praktické lékařství pro děti a dorost (25 lékařů je ve věku do 35 let, 700 lékařů je starších 60 let). Bez rychlého zásahu hrozí tomuto obo-

ru vyhynutí. Jednou z cest jak obor zachovat je sloučení s klinickou pediatrií. Tak lze udržet kvalifikovanou péči o děti. Určitě je lepší, když se o děti stará pediatr než takzvaný rodinný lékař.

### Nedostatek lékařů řeší evropské státy také přesunem kompetencí z lékařů na další zdravotníky – lékárníky, sestry. Je to možná cesta?

Diskuse o přesunu kompetencí je velkým tématem. S kompetencemi však předešlým musí přecházet také zodpovědnost. Nemí možné, aby ordinovala sestra a lékař za to ručil. Lékaři mají v rámci zdravotnických týmů tu nejvyšší kvalifikaci, takže přechod kompetencí znamená, že zdravotní služby bude vykonávat někdo, kdo má kvalifikaci nižší. Je otázka, zda to chceme. Například v USA sonografická či echokardiografická vyšetření provádí laboranti a lékař dostává pouze popis. Protože tato vyšetření sám provádím, vím, jak velice těžké je zorientovat se v psaných nálezech i jak obrovské množství v závěrečném popisu nezachycených informací lékař získává, když takové vyšetření provede svému pacientovi sám. Nedovedu si představit, že bych se řídil pouze tím, co mi popíše někdo jiný, byť by to byl třeba můj kolega.

Co se týká lékárníků, těm rozumím. Lékárníci čelí velkým problémům. Většina z nich jsou

dnes zaměstnanci, soukromí lékárníci jsou převálcováni řetězci. Budu dělat všechno proto, aby se nám lékařům nestalo totéž. Navíc žijí z marží, které konkurenční prostředí snižuje, a proto hledají jiný zdroj peněz. Považuji to za slepou uličku. Nepřipadá mi smysluplné nezaplatit lékaře a radši platit lékárníka. Lepší je pořádně zaplatit lékaře a lékárníky nechat dělat to, co umí. My lékaři si také nezřizujeme příruční lékárny a nehrajeme si na lékárníky. Při vši úctě k jejich profesi i náročnému vysokoškolskému studiu. Jím by se také nelíbilo, kdyby jim někdo fušoval do řemesla.

### Jak hodnotíte úroveň našich lékařů?

Skutečnost, že každý lékař, který má zájem a umí jazyk, poměrně snadno nalezne práci v zahraničí, je nejlepším důkazem toho, že čeští lékaři jsou stále dostatečně kvalifikováni, kvalitní a ve světě se neztratí. Jsem zastáncem volného pohybu osob na evropském trhu, na druhou stranu bych byl radší, kdyby absolvent Karlovy univerzity léčil v Kolíně nad Labem než v Kolíně nad Rýnem. Na řešení problému ale nemá samotná komora sílu. Pokud nedojde k vyrovnávání příjmové hladiny a zároveň i cen s Německem, nikdy se situace nemůže zlepšit. Stát může fungovat jako akvárium s pokřivenými cenami, za minulého režimu jsme to zažili. Podmínkou takového fun-

gování jsou však uzavřené hranice. Pokud uděláte ve stěnách akvária díru, voda vyteče. Stejně je to s naší republikou. Věřím, že nikdo její hranice ucpat nedokáže, a tak pokud kvalifikované lidi řádně nezaplatíme, ti nejlepší si budou hledat práci jinde. Následky ale budou z dlouhodobého hlediska pro tuto zemi katastrofální.

### Ale i němečtí lékaři odcházejí dál na západ, popř. do Ameriky, kde jsou pro ně podmínky výhodnější...

Ano. Němci si však uvědomují, že je třeba do zdravotnictví investovat. Díky stárnutí populace a rozvoji medicíny roste i u nich poptávka po lékařích a sestřích. Čistě ekonomicky je pro ně výhodnější lékaře nakoupit tam, kde hloupá společnost prodává lidský kapitál. Tedy třeba v České republice, která se nesmyslně snaží konkurovat Číně a Indii lacinou pracovní silou. Jeden aspekt problému nedostatku lékařů máme však i s bohatými Němci společný. Medicína přestává být pro mladé lidi, zejména pro mladé muže, atraktivní. Je to poměrně tvrdá a velmi zodpovědná práce náročná na čas. Mladí lidé raději hledají uplatnění v oborech, kde budou dříve a s menší zodpovědností více vydělávat. Nebo kde sice nebudou vydělávat hodně, ale zase nebudou muset tolik pracovat.

Připravila Petra Klusáková

## Léčba glifloziny je účinná i úsporná

Moderní léčba diabetu ušetří zdravotním pojišťovnám stovky milionů korun, které by musely jinak zaplatit za léčbu pozdních komplikací onemocnění.

Jak upozornil prezident Diabetické asociace ČR (DAČR) prof. Milan Kvapil, ke komplikacím by nemuselo dojít, pokud by se lidé začali léčit včas a nenechali dojít nemoc za hranici, odkud už není návratu. Náklady na léčbu diabetu v ČR dnes podle farmakoekonomů z Institutu pro zdravotní ekonomiku (iHETA) MUDr. Tomáše Doležala tvoří minimálně 10 % celkových nákladů na zdravotní péči. „Většina peněz jde na léčbu komplikací diabetu. Stále roste počet pacientů s postižením ledvin, dále přibývá a amputací diabetické nohy. Zvyšuje se rovněž množství pacientů s kardiovaskulárními komplikacemi,“ řekl Tomáš Doležal.

Podle náměstka ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Petra Hoňka vydala VZP loni na akutní léčbu diabetu 3,499 miliardy korun. „Oproti roku 2013 jde o nárůst o 182

milionů korun, tedy zhruba o 5,5 procenta,“ uvedl náměstek Honěk. Další 3,5 miliardy korun činí dlouhodobé náklady. „Společně s ostatními zdravotními pojišťovnami odhaduji celkovou částku vynaloženou na léčbu diabetu a návazných komplikací na 11,5 miliardy,“ doplnil Petr Honěk.

Diabetologové se snaží zvrátit hrozbu nejrozšířenějšími moderními antidiabetiky – jednak gliptiny, zvyšujícími produkci inzulínu, a nejnovějšími glifloziny, při kterých diabetici vylučují přebytečný cukr močí. Glifloziny pojišťovna hradí od srpna 2014, téměř roční zkušenost s touto terapií má nyní 9 tisíc českých diabetiků, celosvětově glifloziny užívá více než půl milionu pacientů. „Máme k dispozici výsledky studie, která po 12 měsících sledovala klinické a ekonomické přínosy gliptinů a inkre-

tinů u 324 pacientů. Pacienti byli v době nasazení moderní terapie v průměru devět let od diagnózy diabetu a měli vysoké hodnoty glykovaného hemoglobinu, který určuje, jak dobře nebo špatně se pacient s cukrovkou potýká,“ uvedl prof. Kvapil. Podle něj došlo ke statisticky významnému poklesu glykovaného hemoglobinu, krevního tlaku, cholesterolu a úbytku tělesné hmotnosti. Výsledky jasně prokazují výrazné prodloužení života a jeho kvality přibližně o 0,4 roku na jednoho pacienta. „V přepočtu na 1000 léčených pacientů by v průběhu 20 let stát ušetřil na nákladech ze zdravotního pojištění kolem 5 milionů korun přímých nákladů na kardiovaskulární komplikace, až 25 milionů na reálné komplikace a až 14 milionů korun na diabetickou nohu,“ řekl.

(klu)

## Z DOMOVA

# Substituční léčba závislosti je v ČR obtížně dostupná

Po rozpadu sítě AT ambulancí v 90. letech je v ČR nedostatek lékařů, kteří mohou poskytovat substituční léčbu. Uživatelé se tak k léčbě a preparátům dostávají omezeně nebo na černém trhu za dvojnásobek ceny. Pacienti si proto předepsaný přípravek šetří tím, že jej rozředí a aplikují nitrožilně. To vede k expanzi injekčního užívání.

Jak říká vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčík, v léčbě závislosti na opiátech je metadonová léčba velmi účinná, v ČR je standardní léčbou závislosti od roku 2000. V současné době se dostává několika tisícům pacientů, což podle Viktora Mravčíka stále není dost. Z odhadovaných 11 tisíc problémových uživatelů opiátů podstupuje substituční léčbu 30–40 %, přičemž řada západních zemí má podíl uživatelů opiátů na substituční léčbě přibližně dvojnásobný. Takových počtů léčených dosahují ale i Chorvatsko či Slovinsko. V tomto ohledu má podle Viktora Mravčíka ČR rezervy.

## Léčba závislosti vyžaduje pragmatismus

Vratislav Řehák, který se substituční léčbě věnuje v soukromém zdravotnickém zařízení Remedis, vyzdvihl, že při léčbě drogové závislosti – tedy při chronickém onemocnění mozku – by měl panovat absolutní pragmatismus. „Měly by být voleny metody prospěšné pacientovi i společnosti. Pokud volíme jakékoli jiné (ovlivněné svými občanskopolitickými názory), docházíme k chybným koncům. Je to stejné, jako by se sdrůžením občanů rozhodlo radit kardiochirurgovi, zda má koronární arterii našít tam či onam. Bylo by to úsměvné, ale bohužel v drogové politice i praxi toto nastává. Připomínky jsou často absurdní, představuje, že drogy vytlačíme a že s nimi budeme rychle hotoví, je naprosto chybná,“ uvedl Vratislav Řehák s tím, že problém české protidrogové prevence je v tom, že je málo cílená. Jak dodal, lékaři poskytují dobrou primární prevenci závislostí lidem z dobrých poměrů, ale už ne těm, jejichž sociální podmínky jsou nízké, kde je riziko vzniku závislosti výrazně vyšší.

Roli substituční terapie zdůraznil také ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice v Praze Martin Hollý. „Substituční terapie zna-

menala v drogovém světě posun. Oproti terapii cílené na okamžitou a plnou abstinenci totiž rozšířila spektrum pacientů, kteří mohou být přijati do léčebných programů. Zvyšuje se možnost integrace těchto pacientů do společnosti,“ připomněl ředitel Hollý.

## Obtížně zvládnutelná závislost

Závislost vzniká na úrovni mozkových struktur, které jsou vývojově velmi staré (na úrovni limbického systému), tyto struktury vznikaly u našich předchůdců miliony let a jsou zodpovědné za udržení základních životních funkcí. Některé závislosti vznikají až na úrovni hospodaření s minerálním metabolismem, zachování homeostáz, tedy základních životních procedur. Proto je léčba závislého pacienta obtížná. Jak ale Vratislav Řehák říká, úspěšnost léčby se pohybuje kolem 10 %, což odpovídá například úspěšnosti léčby diabetu či hypertenze. Změna životního stylu je stejně obtížná pro pacienta s diabetem jako se závislostí na drogách. Podobně je to s *compliance* pacientů. Ti jsou často bráni jako nespolupracující, s nízkou *compliance*. Přitom přibližně 50 % pacientů s hypertenzí nedodrží léčebný režim, 68 % populace v USA sice ví o svém vysokém tlaku, ale jen 27 % se s ním léčí. „Závislost je třeba považovat za podobné chronické onemocnění. Jako internista, který léčí jak vysoký tlak, tak diabetes či závislosti, mohu pozorovat, že přístupy pacientů jsou shodné,“ uvedl s tím, že závislé lze a je záhodno integrovat do běžného zdravotnického systému, protože je to ku prospěchu pacientů i společnosti.

## Úhrady ze zdravotního pojištění

Zdravotní pojišťovny většinu výkonů spojených se substituční léčbou, tj. adiktologickou péčí, doposud hradí v ranku psychiatrické péče. „Pacienti, kterým je u nás poskytována adiktologická



Ilustrace foto: Shutterstock

péče, protože jejich akutní stav vyžaduje detoxifikaci, jsou přijímáni na lůžka následně lůžkové psychiatrické péče,“ upozornil ředitel PN Bohnice Martin Hollý na paradoxní stav v úhradách. Ze tří léků, které se pro substituční léčbu používají, hradí např. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) pouze přípravek Suboxone. Jak naši redakci sdělil mluvčí VZP Oldřich Tichý, v roce 2014 hradila pojišťovna přípravek pro 157 svých klientů a celková částka činila 2 090 241 Kč. Za první čtyři měsíce roku 2015 hradila VZP Suboxone pro 131 svých klientů a celková částka za toto období činila 1 089 545 Kč.

Léčba je ale hrazena jen zlomku potřebných. Podle lékařky oddělení léčby závislosti PN Bohnice Hany Karbanové bylo v ČR v roce 2014 celkem 1500 registrovaných uživatelů substituce buprenorfinem. Čím se léčí většina pacientů indikovaných k substituční terapii? Opiátovými antagonisty, které také obsahují buprenorfin, ČR je ale jako jedna z mála evropských zemí nehradí z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Za tyto léky (týdenní dávka balení po sedmi tabletách Subutexu 2 mg přijde na 475 korun, 8 mg na 1374 korun) si platí pacienti, kteří se však v důsledku závislosti ocitají na sociálním dně.

## Černý trh s léky v ČR

„Neúhrada těchto léků a to, že polovina českých okresů chybí

AT ambulance, je podhoubím černého trhu s těmito přípravky. Fakt, který vedl k rozvoji černého trhu s buprenorfinem, bylo opatření z roku 2003. Na návrh ministerstva zdravotnictví tehdy Subutex přešel ze dne na den z jedné přílohy zákona o návykových látkách do druhé a začal být předepisovatelný jen na recept s modrým pruhem. Většina lékařů však tyto recepty neměla vyfasované. To byl moment, kdy došlo ke stabilizaci buprenorfinu na černém trhu a vytvořila se zde jeho cena, dosahující dvojnásobek a víc, než je cena v lékárně,“ vysvětlil Viktor Mravčík. Problém nastává právě ve chvíli, kdy přetížení lékařů časově omezenou a navíc vlastně oficiálně nehrazenou adiktologickou péčí (proplácena jako psychiatrická) scvrknou pouze na předepsání Subutexu na delší období, tedy více dávek. Svědky problematické situace jsou zejména lékárníci, kteří u výdeje těchto přípravků lavírují mezi altruismem a vyhláškou o správné lékárenské praxi. „Setkáváme se situací, kdy jsou pacienti předepsána čtyři balení, ale on má peníze pouze na jedno. Dle vyhlášky o správné lékárenské praxi bychom to neměli dělat, ale nechceme pacienta dostávat do další svízelné situace, takže mu mnohdy vycházíme vstříc a prodáme jen jedno balení,“ uvedl Aleš Novosád z České

lékárnické komory (ČLnK). Jak dodal, lékárník při výdeji substitučních léčiv nezná individuální dávkování, takže jejich výdej nemůže regulovat tak, jak mu správná lékárenská praxe stanoví.

## Více prevence, méně heroínu

Ve chvíli, kdy pacient, který má na receptu předepsána čtyři balení buprenorfinu, ale chybí mu dostatek prostředků, aby si vyzvedl všechna, nastupuje dealer. Ten od něj zbývající balení vykoupi a poté prodává na černém trhu jako drogu za dvojnásobek ceny (i více). Tableta Subutexu je snadno rozpustná a lze ji pak aplikovat injekčně.

Buprenorfin je návyková psychotropní látka s podobnými účinky jako heroin, morfin nebo jiná látka ze skupiny opioidů. Jedná se tedy nejen o lék, ale i návykovou látku či drogu (i když s výrazně nižšími účinky), jejíž pravidelné užívání ústí v závislost. Podle výroční zprávy o stavu drog v roce 2014 žilo v ČR 5400 osob závislých na buprenorfinu. Jak ale odborníci upozorňují, užívání Subutexu je mnohem méně rizikové než užívání heroínu.

„Díky substitučním přípravkům se nelegální trh s heroinem podařilo velmi podstatně omezit. V současné době je roční spotřeba v ČR asi tuna, před deseti lety šlo o 5 tun heroínu,“ podotkl Viktor Mravčík. Subutexone již takto snadno aplikovat nelze, obsahuje kompetitivního opioidního antagonistu – naloxon, který při intravenózním podání způsobuje silný abstinenci syndrom.

Odborníci dále apelují na politiky, aby svou pozornost obrátili na vyšší podporu prevence. ČR vydává v porovnání s okolními státy na prevenci závislostí velmi málo. Desítky milionů, většinou z dotačních prostředků, jsou vynaloženy na prevenci závislostí na nelegálních drogách, na prevenci závislosti na tabáku či alkoholu putuje virtuální nula prostředků. Přitom celospolečenské škody (kriminalita, náklady na léčbu, ztráta produktivity v důsledku morbidit) spojené se závislostmi jsou extrémní. „Konzervativní odhady hovoří o 33 miliardách u tabáku ročně, u alkoholu o 16 miliardách, u nelegálních drog o 7 miliardách a u patologického hráčství o 4 miliardách,“ vypočetl náklady na celospolečenské škody Viktor Mravčík.



## Krátce z domova

### • Platby za státní pojištěnce se zvýší

Vláda s ohledem na programové prohlášení schválila navýšení výměrovacího základu u osob, za které je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát. Neprošla ale částka 4 miliardy, kterou chtěl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček použít na další plošné zvyšování platů zdravotníků, vláda schválila navýšení o 1,8 miliardy.

„Navýšení platů pro všechny nemocnice bez ohledu na jejich formu bude garantováno úhradovou vyhláškou. Každá koruna se dostane zdravotnickým pracovníkům do jejich mezd. Dlouhodobým problémem českého zdravotnictví je totiž právě nekonekurenceschopnost mezd lékařů, sestry a dalšího zdravotnického personálu ve srovnání se zahraničím. Rozdíly v ohodnocení způsobují významný odliv pracovní síly,“ reagoval ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček, který považuje valorizaci plateb za státní pojištěnce formou nařízení vlády za přechodné opatření a požaduje každoroční automatickou valorizaci změnou zákona.

Jak ale upozorňují odbory, které požadují 10% navýšení platů, navýšení o 1,8 miliardy představuje zvýšení tarifů pouze o 3 %.

### • Meditorial za odbornou kvalitu ručí

On-line projekty pro lékaře i pro pacienty fungují již 11 let. „Lékaři, kteří Meditorial a jeho dva weby – prolékaře.cz a ulékaře.cz – zakládali, se od počátku snažili vnášet do projektu lékařského ducha. Ten se i po letech zachoval a je informačním zdrojem, kde za obsah a kvalitu ručí lékaři sami,“ uvedl jeden ze zakládajících lékařů, chirurg Tomáš Šebek.

Jak dodala manažerka Mediorialu Tereza Mrkvicová, obsahem webu prolékaře.cz jsou všechny odborné časopisy se zdravotní tematikou v digitalizované podobě, vlastní obsah, který tvoří 120 přispívajících lékařů, možnost konzultace s kolegy z oboru a kromě odborných informací z praxe je zde k nalezení i obsah ze zahraničních odborných časopisů. Zaregistrovaní lékaři mohou i sami svými články přispívat. Navíc

mohou působit jako poradci na laickém portálu ulékaře.cz.

### • Ředitelé nemocnic hodnotili zdravotní pojišťovny

Organizace HealthCare Institute (HCI) ve spolupráci s agenturou Ipsos předložila výsledky nového průzkumu „Zdravotní pojišťovna roku 2015“, který byl realizován během dubna a května.

Doposud HCI hodnotil kondici českých nemocnic, letos přidal také posuzování kvality 7 českých zdravotních pojišťoven. Jak uvedli tvůrci projektu, chtějí identifikovat rezervy pojišťoven a nabízet managementům a správním radám pojišťoven možnosti k případným korekcím a nápravným opatřením. Na nynější hodnocení ze strany ředitelů pojišťoven bude navazovat zjišťování názorů na pojišťovny u ambulantních lékařů, patientských organizací a poté i zaměstnavatelů.

„Chceme pro pojištěnce připravit praktického průvodce oblasti zdravotního pojištění. Již 10 let se zabýváme hodnocením nemocnic a množí se dotazy jak vybrat vhod-

nou nemocnici a zdravotní pojišťovnu... Jsme schopni a připraveni všem zdravotním pojišťovnám poskytnout detailní pohled na silné a slabé stránky z pohledu nemocnic,“ uvedl ředitel HCI Daniel Vavřina. Ředitelé za nejlepší považují Zaměstnaneckou pojišťovnu Škoda a Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra ČR, na třetí místo vybrali Všeobecnou zdravotní pojišťovnu.

### • Zvýšené riziko prázdninového pití u mladistvých

V souvislosti s prázdninami lékaři upozornili, že děti se poprvé opijí nebo zkusí marihuanu právě v tomto období. Jak uvedl předseda Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP Petr Popov, konzumace alkoholu u mladistvých, či dokonce u dětí je spojena s výrazně vyšším rizikem akutní otravy alkoholem vzhledem k tomu, že jejich organismus ještě není schopen účinně metabolizovat etylalkohol. „Opilost u dětí a mladistvých by neměla být v žádném případě bagatelizována a zejména v případě závažnějších opilostí, případně otrav následkem konzumu-



Ilustrační foto: Jiří Kořáček

mace alkoholických nápojů, by se mělo situací zabývat odborné pracoviště s cílem snížit riziko opakované intoxikace alkoholem, která může skončit tragicky,“ upozornil Petr Popov. Až tisícovka dětí končí během roku na jednotkách intenzivní péče a další stovky až tisíce na záchranných stanicích, kterých je v ČR 17 s kapacitou přes 150 lůžek. Zde ale péče státní končí. „Když se dítě dostane na jednotku intenzivní péče nebo na záchytku, není zajištěno poradenství nebo předání specialistům na léčbu závislosti, i když právě to je vhodný moment, kdy preventivně zasáhnout. Rodiče si dítě vyvednou, odvedou domů a jen málokdy vyhledají odbornou pomoc,“ dodal národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil. (klu)

Inzerce M151000227

**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 2016

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

12. 11. 2015 Hotel Ambassador, Praha

#### MÍSTO KONÁNÍ

Hotel Ambassador, Václavské náměstí 5-7, Praha 1

#### 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:

- Zdravotní péče v ČR
- Úhradová a výkonová vyhláška pro rok 2016

- Odměňování a pracovní podmínky pro lékaře a zdravotní sestry
- Průsečky sociální a zdravotní péče
- Úhrada zdravotních služeb v roce 2016

#### 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

Hlavní partneři:



Partneři odborné sekce:

Mediální partneři:





## ROZHOVOR

Řízení záchranky je **jeden velký závod**

Ředitel Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje **MUDr. Martin Houdek** je ve funkci již šest let. Tvrdí, že česká záchranka je na velmi dobré úrovni, ale trápí ho nedostatek lékařů, zneužívání záchranné služby a legislativa, která spíše komplikuje, než pomáhá.

**Co se vám vybaví jako první, když se ohlédne zpět na své šestileté řízení záchranky?**

Mám pocit, že to je jeden velký závod a vůbec mi nepřijde, že to trvá už šest let. Těch dojmů je spousta, ale pár věcí mi z té běžné rutiny vyčnívá, a to je například návštěva papeže Benedikta XVI. ve Staré Boleslavi v roce 2009. To jsem byl ve funkci teprve půl roku. Měli jsme z toho velkou obavu a oprávněně, předcházela tomu několikaměsíční příprava s dalšími složkami IZS. V jednu chvíli jsme měli pocit, že jsme hrozně naddimenzovali síly a prostředky na zdravotnický dozor celé akce, ale nakonec se ukázalo, že to bylo jen taktak. Ten den bylo velké horko, lidé stáli několik hodin na přímém slunci a kolabovali. I když jsem tam nebyl primárně ve funkci lékaře, tak jsem v jednu chvíli musel z kapacitních důvodů jednoho z vážně nemocných pacientů doprovázet do nemocnice. Záchranka tehdy opravdu prošla zátěžovým testem, nakonec se to všechno zvládlo bez větších komplikací.

**Ve své funkci jste otevřel 5 nových výjezdových míst, plánujete otevřít ještě nějaká?**

Za šest let jsme vybudovali nová výjezdová stanoviště ve Zdicích, Hostivici, Novém Strašci, Vranově a poslední v Mnichově Hradišti. Z hlediska plánu plošného pokrytí bez problémů splňujeme zákon o zdravotnické záchranné službě. Dojezdové časy máme průměrně pod hranicí 9 minut a v porovnání s obdobnými kraji máme jednu z nejhustších sítí výjezdových stanovišť. V současné době tedy žádnou novou výjezdovou základnu otevřít neplánujeme.

**Rozhodl jste se pokračovat v trendu budování rendez-vous systému v kraji. Kde má tento systém ještě vzniknout?**

Z počátku jsem byl k myšlence rendez-vous systému dost skeptický, protože jsem měl pocit, že patří jen do velkých aglomerací, ale tehdejší hejtman David Rath byl jeho příznivcem. S postupem času, kdy jsme tento systém začali v kraji zavádět, jsem pocho-

pil, že i na vesnici má rendez-vous systém své místo. A v současné době, kdy je velký nedostatek lékařů, je skvělým řešením. Rendez-vous systém jsme zavedli skoro ve všech okresech. Zbývají dvě místa v kraji, o kterých ještě uvažujeme, a těmi jsou Rakovnicko a Nymbursko.

**Jak je to s modernizací vozového parku?**

V této chvíli máme krajem schváleno 12 nových sanitních vozů. Intenzivně se snažíme o to, abychom dalších 16 plně vybavených sanitek získali z evropských fondů, konkrétně z 23. výzvy, která se týká hlasových a datových komunikací mezi zdravotnickými zařízeními včetně záchranné služby. Sanitní vozy by byly plně vybavené včetně tabletů, díky kterým by mohly elektronicky komunikovat s našimi nemocnicemi. Celá zdravotnická dokumentace by se mohla předávat bezdrátově a nemocnice by byly informované o pacientovi ještě před příjezdem zdravotnické záchranné služby. Do listopadu tohoto roku by mělo být jasné, zda prostředky z evropských fondů získáme, či nikoli.

**Co by to v praxi znamenalo?**

Například povežeme do nemocnice těžce zraněného pacienta po dopravní nehodě, ale ten bude zároveň po dvou infarktech a operaci srdce, kterou prodělal v minulosti. Nemocnici budeme avizovat, že vezeme pacienta po dopravní nehodě s těžkým zraněním, po krevní ztrátě více než 1 litr a že má zároveň přidružené srdeční onemocnění. Oni už budou vědět, že musejí zavolat ortopeda, ale i kardiologa a že musejí aktivovat ARO. Bude tam časový profit. Teď samozřejmě také informujeme nemocnice, jakého jim vezeme pacienta, ale zdaleka ne tak podrobně.

**V jaké fázi je nyní sjednocení oblastních zdravotnických operačních středisek pod jedno krajské?**

Když jsem nastoupil do funkce, měla středoečeská záchranná služba šest oblastních zdravotnických operačních středisek, která přijímala hovory na linku 155. Byla v Kladně, Příbrami, Kolíně,

Mladé Boleslavi, Benešově a Jesenicích, což bylo z finančních, organizačních i personálních důvodů dlouhodobě nevýhodné. Naším cílem bylo jejich postupné sjednocení v jedno krajské se sídlem v Kladně, což se nám během tří let podařilo. V roce 2014 byla centralizace úplná, velkou zásluhu na hladkém průběhu má náš současný vedoucí operačního střediska Bc. Patrik Merhaut. Bylo to velmi náročné a stálo nás to hodně bezesných nocí. Nyní už konečně řídíme celý Středočeský kraj z jednoho místa.

Vybudovali jsme také záložní dispečink v Benešově. Máme tam čtyři kompletně vybavená pracoviště. V případě nějakého blackoutu, je zde jedna permanentní síla se všemi dostupnými prostředky, která bude schopná udržet základní provoz linky 155, než se tam dopraví další operátoři.

**Jako jedna z mála záchranné nemáte leteckou záchrannou službu. Proč?**

Tak to bylo i před mým nástupem do funkce. Ve Středočeském kraji zasahuje obvykle letecká záchranka z Prahy, ale nemá to tak docela logiku, protože v Praze je její využití minimální a naopak 90 procent jejich zásahů je ve Středočeském kraji. Pražská záchranná služba stále říká, že je to pro ni neúnosná finanční zátěž. Jednal jsem už s hejtmánem Středočeského kraje, jestli by stál o provozování letecké záchranné služby, i když by náklady na provoz záchranky významně stouply, a nebyl proti. Chceme psát oficiální žádost na ministerstvo zdravotnictví, ale předběžně jsem o tom jednal s panem ministrem a ten mi řekl, že se tím určitě budou zabývat. Probíhalo by to tak, že by letecká záchranka zůstala na stejném místě, ale byla by provozována, operačně řízena i financována středočeskou záchrannou službou.

**Záchranné služby se před několika lety potýkaly s novým zákonem, jaké přinesl změny?**

Čekali jsme, že nám usnadní práci, ale opak je pravdou. Pouze nám ukládá a nařizuje povinnosti, které jsou jen těžko spl-



Foto: archiv ZZS

nitelné. Například financování zdravotnických záchranných služeb zůstalo i po příchodu nového zákona na stejném principu. Jsme příspěvkové organizace a 75 procent financí jde od našich zřizovatelů, tedy krajských úřadů, a 25 procent z veřejného zdravotního pojištění. Snahou záchranných služeb před uvedením nového zákona bylo, aby se pojišťovny do financování více zapojily a kraje nebyly tak zatíženy. To se nám bohužel nepodařilo.

**Zjednodušeně řečeno – negativa převážila nad pozitivy?**

Tento zákon nám měl usnadnit práci v tom, že bychom vyjžděli pouze k zásahům, které jsou indikovány pro záchrannou službu. Praktičtí lékaři zavřou v pátek odpoledne ordinace a pacienti jsou do pondělního rána v podstatě bezprizorní. Částečně sice díky našemu krajskému úřadu fungují lékařské služby první pomoci, ale většinu zajišťuje zdravotnická záchranná služba. Velmi často jezdíme do ústavů sociální péče,zheimercenter, domovů důchodců, kde všude avizují, že mají zajištěnou lékařskou péči, ale v drtivé většině tam volají nás. Obvykle to však nejsou výjezdy pro záchrannou službu, nejsou to život ohrožující stavy, ale zhoršení chronických obtíží. Velice často se jedná i o soukromá zařízení, která na nás tímto způsobem parazitují. Tím, že jezdíme na tyto neindikované výzvy, se nám překrývají výjezdy a můžeme se stát, že kvůli tomu přijedeme pozdě někam, kde nás skutečně budou potřebovat. To nový zákon nevyřešil. Spolu s Asociací zdravotnických záchranných

služeb se na to neustále snažíme upozorňovat.

**Stále se potýkáte s napadáním záchrannářů na výjezdech?**

Je to v podstatě náš dennodenní chléb. Obvykle je to spojené s pozitivním nějaké návykové látky. Ti lidé hledají nepřítel, vytvoří si ho v nás a vede to až k napadení, být si nás sami volali. Začíná to už voláním na tísňovou linku, slovní agresí vůči operátorkám, vyhrožování a nadávkami. V současnosti probíhá veřejná iniciativa, abychom dostali status veřejného činitele, jako má policie. To ale nepotřebujeme, nic pozitivního nám to nepřinese. Drtivá většina fyzických napadení je pod vlivem alkoholu nebo drog, těm lidem je v tomto stavu úplně jedno, jestli máme status veřejného činitele nebo ne.

**Stále se mluví o velkém nedostatku lékařů, jaká je situace na vaší záchrance?**

Nedostatek lékařů řeší záchranky po celé republice. Pokud se něco výrazně nezmění, abychom zde lékaře udrželi, bude ubývat lékařské péče a k pacientům budou v sanitce jezdit hlavně záchranáři. Na to není současný systém připraven a role lékaře v terénu je naprosto nezastupitelná. Přitom v současnosti evidujeme u mediků obrovský zájem o práci na záchranné službě. Řešením je zařazení urgentní medicíny mezi základní obory, tento návrh nedávno ministr zdravotnictví schválil. Věříme, že se tím nedostatek lékařů na záchranných službách časem vyřeší.



# Nečesaný ve funkci ředitele nemocnice Liberec nekončí

Ředitel Krajské nemocnice Liberec (KNL) Luděk Nečesaný zůstane ve funkci. Na mimořádném setkání dozorčí rady se tak dohodl s jejími představiteli. Členové rady se obávají, že by jeho odstoupení vedlo k destabilizaci nemocnice.

Nečesaného obvinila policie na konci června z přijetí úplatku na dodávky zdravotnického zboží. Spolu s ním obvinila i jeho ženu Šárku Nečesanou, a to z legalizace výnosů z trestné činnosti. V souvislosti s obviněním zasahovala v nemocnici protikorupční policie. Luděk Nečesaný chtěl dle svých slov odstoupit, aby ochránil nemocnici před nežádoucím zájmem médií.

## Obvinění z korupce

Ředitel Nečesaný měl v období let 2009–2011 rozhodnout o zadání zakázek KNL na dodávky zdravotnického materiálu čtyřem společnostmi měl být předán jako platba za účelově fakturované služby a poradenství na účet společnosti SARMED, jejímiž společníky byli do roku 2011 právě manželé Nečesaní a manželka ředitele Šárka Nečesaná byla ve firmě uvedena také jako jed-



Luděk Nečesaný | Foto: www.top09.cz

natelka. Dozorčí rada nemocnice ale od začátku za Luděkem Nečesaným stála. „Usnesení o zahájení trestního stíhání působí zmatečně a neopírá se o žádné validní důkazy, kterými by bylo možné prokázat spáchání citovaného trestného činu,“ uvedli její zá-

stupci na webových stránkách nemocnice.

## Podpora dozorčí rady

Členové dozorčí rady se proto rozhodli ředitelovu rezignaci odmítnout. „Neobjevily se žádné nové skutečnosti, které by byly důvodem naše stanovisko změnit. Myslím si, že jeho připravovaná rezignace by nemocnici poškodila a destabilizovala,“ řekl novinářům liberecký primátor a člen dozorčí rady Tibor Batthyány (ANO 2011). „Liberecká nemocnice má navíc rozběhnutou řadu projektů, které je třeba dodělat, jsme v tom nejnepjatějším období, co se týče termínů čerpání dotací z Evropské unie a dalších dotačních programů. Máme problémy s řešením zdravotnictví na Semilsku a je třeba všechny tyhle věci dodělat,“ doplnil turnovský starosta a člen dozorčí rady Tomáš Hocke.

(ISO)

## Krátce z regionů

### • Liberecká nemocnice přes turbulence ve vedení pokračuje v modernizaci

Jako poslední přírůstek si mohou manažeři Krajské nemocnice Liberec (KNL) připsat 10 lůžek pro intenzivní péči (JIP a ARO) a 150 moderních, elektricky ovládaných nemocničních lůžek včetně matrací a nočních stolků. Ty nemocnice pořídila z dotací od regionálního operačního programu NUTS II, celková hodnota lůžek je 865 tisíc korun. Novými polohovatelnými lůžky byla vybavena oddělení interny, revmatologie, rehabilitace, odd. následné péče a další. V červnu byl v pavilonu B otevřen nový centrální interní příjem (CIP), který slouží pro příjem pacientů se všemi interními diagnózami.

„Je to jediný centrální interní příjem v Libereckém kraji a jeden z mála v celé České republice. Sloužit na něm budou lékaři z interního oddělení, kardiocentra a neurocentra, takže pacienta vyšetříme na jednom místě a vše tak výrazně urychlíme,“ uvedl přednosta interního centra KNL Tomáš Klímovič.

KNL se tak zařadí mezi několik málo velkých nemocnic, které centrálním interním příjmem disponují. „V každé službě bude sloužit internista nebo kardiolog a mladší lékař. Neurologové budou docházet na příjem na konzílii,“ upřesnil vedoucí lékař CIP Zdeněk Krejzar. Lékaře doplní čtyřčlenný tým zdravotnických záchranářů a sester. Součástí CIP je i nové vybavení, například dva laboratorní analyzátoři, které přímo na místě vyšetří do deseti minut vzorky krve. Celkové náklady na rekonstrukci a vybavení centrálního interního příjmu byly vyčísleny na více než 7 milionů korun.

### • Nemocnice Hustopeče patří kraji, dostane od něj 9 milionů

Od začátku července je nemocnice v Hustopečích krajskou příspěvkovou organizací. O převodu rozhodlo krajské zastupitelstvo na svém červnovém zasedání. Původně bylo provozovatelem nemocnice město Hustopeče, to ale přistoupilo na převod kvůli ztrátovému provozu. „Zastupitelé Jihomoravského kraje schválili devítimilionový

příspěvek pro Nemocnici Hustopeče na úhradu výdajů spojených se zahájením činnosti nemocnice jako krajské příspěvkové organizace. Peníze jsou určeny na úhradu dluhů a především na mzdy. Jihomoravský kraj přebírá odpovědnost za maximální rozdíl mezi závazky a pohledávkami ve výši 40 milionů korun,“ uvedl náměstek hejtmána Marek Šlapal. Jihomoravský kraj se rozhodl k převzetí nemocnice, aby byl zachován stejný rozsah zdravotnických služeb jako nyní. „Je to minimum, které do budoucna vidíme. Spíše budeme hledat další cesty jak zatraktivnit nabídku poskytování veřejných zdravotních služeb. Nemocnice zůstane dál pevně spojena s regionem Hustopečska, Jihomoravský kraj jí přijal do sítě krajských zdravotnických zařízení. Je to dobrá zpráva pro obyvatele regionu. Zachraňujeme tím tuto nemocnici jako součást veřejného zdravotnictví. Jsem rád, že město i kraj spolupracovaly na záchraně nemocnice,“ uvedl hejtmán Michal Hašek.

(ISO)

## Vsetínská nemocnice končí spolupráci se soukromým očním centrem

Vsetínská nemocnice dala výpověď z nájmu soukromému očnímu centru ZIRIS, končí tak společný projekt nemocnice a soukromého zařízení – Valašské oční centrum Vsetín. Výpověď dostal i primář, který v nemocnici vedl oční oddělení a zároveň společnému projektu šéfoval.



Ilustrační foto: ZIRIS

Primář očního oddělení Vsetínské nemocnice a šéf Valašského očního centra Michal Ziegler dostal od předsedkyně představenstva Nemocnice Vsetín Věry Prouskové na konci června výpověď z pracovního poměru v nemocnici. „Tento krok hodnotím jako jednoznačný nevděk za své snažení, které prokazatelně vedlo ke zvýšení kvality poskytované péče v oblasti oftalmologie v celém regionu. Dále to vnímám jako nekalý postup konkurence z blízkého Zlína, která se pravděpodobně zalekla našich úspěchů,“ uvedl primář Ziegler a dodal, že výsledky práce Valašského očního centra jsou samozřejmě doložitelné a zcela jasně ukazují na stále se zvyšující obavy, které se zvyšující obavy očního oddělení ve Vsetíně. „Nepopíratelná je i celková spokojenost obyvatel s námi poskytovanými službami,“ doplnil Michal Ziegler, kterého od začátku července v nemocnici nahradil Ján Čúvala.

Důvodem ukončení spolupráce je dle vyjádření mluvčí nemocnice záměr společnosti ZIRIS přestěhovat centrum mimo nemocnici. „Požádali jsme o stanovisko přímo jednatele společnosti ZIRIS Oční centrum, s. r. o., pana Jana Zlámalíka. Ten potvrdil, že se připravuje převzít veškerou péči o pacienty v oboru očního lékařství a přenést celé oddělení nejen mimo prostory nemocnice, ale také mimo její působnost. Což by znamenalo zrušení očního oddělení ve Vsetínské nemocnici,“ uvedla mluvčí nemocnice Lenka Plačková.

(ISO, klu)

## Zmařená investice

Dosavadní partnerství krajského zdravotnictví a soukromé sféry mezi Vsetínskou nemocnicí a ZIRIS v projektu Valašské oční centrum Vsetín začalo tím, že soukromý investor vybavil oční oddělení moderní technikou včetně laserového operačního přístroje pro operace odstraňující dioptrie. Výkony hrazené ze zdravotního pojištění tak byly hrazeny nemocnicí, nadstandardní výkony pak spadaly ZIRIS. Jednatel společnosti ZIRIS Jan Zlámalík považuje vypovězení za nešťastné. „Domnívám se, že je i v rozporu s podnájemní smlouvou a smlouvou o spolupráci při zřízení Valašského očního centra. Navíc podáním výpovědi primáři Michalu Zieglerovi, který je prokuristou očního centra ZIRIS a hlavním operátorem, jakož i koordinátorem celého projektu, dochází ke zmaření významné soukromé investice do tohoto projektu,“ dodal Jan Zlámalík s tím, že zvažuje také možnost odvolání darů, které byly dříve nemocnici poskytnuty, a to v řádu několika stovek tisíc korun. Zlínský kraj jako provozovatel nemocnice stojí dle vyjádření náměstka hejtmána Lubomíra Nečase (SPO) na straně nemocnice. „Pokud se týká současného fungování očního oddělení ve Vsetínské nemocnici, pak je garantováno, že jsme a budeme i nadále schopni poskytovat všechny výkony v potřebné paletě a také kvalitě. Pacienti se nemusejí obávat, že by plánované výkony nebyly provedeny,“ uvedla mluvčí Plačková.

## Z DOMOVA

# Přechod klientů zdravotních pojišťoven pro rok 2016

Pojišťovny sečetly přechody pojištěnců. Ti mohli do 30. 6. 2015 nahlásit změnu zdravotní pojišťovny pro příští rok.

Původní ZP	Nová ZP							Odchody	Saldo odch. a přích.
	111 VZP	201 VOZP	205 ČPZP	207 OZP	209 ZPŠ	211 ZPMV	213 RBP		
111 VZP		3990	12 938	5660	1270	14 801	5861	44 520	-6678
201 VOZP	6854		3952	1541	162	3163	712	16 384	-9207
205 ČPZP	7229	723		1193	137	2885	1871	14 038	15 052
207 OZP	13 227	1475	7038		264	6666	1149	29 819	-19 954
209 ZPŠ	435	46	73	70		250	6	880	1182
211 ZPMV	5709	775	2539	1195	222		783	11 223	17 581
213 RBP	4388	168	2550	206	7	1039		8358	2024
<b>Příchody</b>	<b>37 842</b>	<b>7 177</b>	<b>29 090</b>	<b>9865</b>	<b>2062</b>	<b>28 804</b>	<b>10 382</b>	<b>125 222</b>	<b>-</b>

Zdroj: Centrální registr pojištěnců



Ilustrace foto: Shutterstock

Za úspěch považuje Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) odchod nejmenšího počtu pojištěnců za posledních 5 let (44 520). Úspěšné udržení klientů (tzv. retence) pojišťovna přičítá strategii nastolené po příchodu ředitele Zdeňka Kabátka. Pro VZP je velkým úspěchem také nízké záporné saldo počtu klientů (rozdíl mezi nově přichozími a odchozími), jež letos činí 6678. Celkově se k pojišťovně tento rok přihlásilo 37 842. Ke Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra ČR (ZPMV) se letos přihlásilo 28 804 nových klientů a celkový výsledek, tedy rozdíl mezi příchozími a odchody, činí plus 17 581 klientů, což je nejvíce ze všech sedmi zdravotních pojišťoven působících na českém trhu. ZPMV je dle slov ředitele Jaromíra Gajdáčka schopna dlouhodobě bez výkyvů a bez finanční výpomoci

státu platit svým klientům nákladnou a moderní zdravotní péči, má jedny z nejnižších provozních nákladů a může se pochlubit bezkonkurenčně nejvyšší produktivitou práce ve všech zdravotních pojišťovně na trhu. Rozdíl mezi příchozími a odchody plus 15 052 pojištěnců zaznamenala Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), k té se letos přihlásilo 29 090 nových klientů. Naopak Oborovou zdravotní pojišťovnu (OZP) letos postihl nejhorší rozdíl mezi odchozími a přichozími klienty v záporné výši 19 954 pojištěnců, nově přichozících bylo 9865. (klu)

Inzerce M151000668



Představujeme publikaci

## Optická koherenční tomografie

Klinický atlas sítnicových patologií

Optická koherenční tomografie (OCT) jako diagnostická metoda vyšetření tkání in vivo je dnes již samozřejmou a nenahraditelnou metodou v jakékoli oftalmologické praxi. První český atlas OCT diagnostiky je zamýšlen jako jasný a jednoduchý obrazový průvodce pro širokou oftalmologickou obec. Bohatě obrazově

dokumentovaný text umožní pochopit podstatu diagnostické metody, orientovat se správně v základních charakteristikách snímaného obrazu, interpretovat a přesně popisovat získané skeny sítnice. Monografie je členěna přehledně do kapitol podle základních patologických jednotek, s kterými se u sklivce, sítnice a cévnatky setkáváme.

Autoři: Pavel Němec, Veronika Löfflerová, Bohdan Kousal

Doporučená cena 490 Kč

Při objednání na  
sleva 25%

knihy.cz

**MEDICAL  
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



MLADÁ FRONTA



# Zklamání pro slovenské sestry: Namísto zvýšení mezd může přijít snížení

Navzdory třem letům vyjednávání o navýšení mezd pro slovenské sestry přišlo tamní ministerstvo zdravotnictví s novou úpravou tabulkových platů ve státních zdravotnických zařízeních, která v důsledku může pro řadu sester znamenat snížení mezd.

Podle novely zákona o poskytování zdravotní péče, jež je nyní v připomínkovém řízení, by měly sestry v zařízeních spadajících pod stát vydělavat 695 až 824 eur hrubého, dnes přitom mzda některých z nich dosahuje až 1000 eur. „Jsme naprosto zhrzeni ignorováním našich požadavků. Tři roky vyjednávání byly naprosto k ničemu. Sestry ve státních nemocnicích půjdou do minusu. To je absurdita,“ cituje deník Pravda předsedkyni Odborového združení sestier a pôrodných asistentiek Moniku Kaveckou. „Je to výsměch slušnosti, a pokud bude v září zákon schválen, půjde o aroganci moci.“

## Bez zvýhodnění zkušeností

Odbory upozorňují, že kromě navýšení mezd chybí v novele také odstupňování mezd podle délky

praxe či platnost změn pro státní i soukromé nemocnice a ambulance. „Od začátku říkáme, že máme pravomoc garantovat úpravy v odměňování zdravotníků pouze ve státních nemocnicích. Věříme ale, že se předkládanými změnami inspiroují i soukromá zařízení,“ uvedl pro Pravdu mluvčí ministerstva zdravotnictví Peter Bubla. Úřad se hájí tím, že se mu konečně podaří zavést pořádek v tabulkových platech v resortu. Podle mluvčího mají nyní zástupci zdravotnických profesí možnost zákon připomínkovat. Slovenští zdravotníci kromě lékařů spadají pod zákoník práce. Nová pravidla stanovují minimální výšku základní mzdy 23 skupinám zdravotnických pracovníků. Ta se pro každou skupinu vypočítá dle určeného koeficientu a průměrné měsíční mzdy z předchozích dvou let. „Koeficienty jsou nízké,

navíc nám vadí, že zákon nebude platit pro všechny sestry bez ohledu na to, kde pracují. Na co je pak takový zákon?“ ptá se v deníku Pravda prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Iveta Lazorová, která navíc postrádá i zvýhodnění starších, zkušenějších sester. „Takové sestry nebudou ohodnoceny víc než ty mladé, co zrovna nastupují. Požadovali jsme časovou postupnost, aby byly sestry motivované ve zdravotnictví pracovat,“ podotýká Iveta Lazorová a dodává, že ve srovnání s lékaři se jedná o diskriminaci.

## Podpora od lékařů

Ostatně i zástupci Lékařského odborového združení se na stranu sester postavili. „Po všech těch jednáních je to výsměch sestrám. Ve spoustě případů sestry přijdou i o to, co už nyní ma-



Ilustrační foto: Shutterstock

jí. Ministerstvo se jen tváří, že došlo k diskusi, jsem z jeho přístupu zklamaný,“ cituje Pravda předsedu lékařských odborů Petera Visolajského. Sesterské organizace zatím nevidí jiný způsob jak zákon změnit, než že jej budou připomínkovat. Začíná se hovořit i o možných nátlakových akcích.

Podle informací ministerstva zdravotnictví se úprava mezd dotkne 39 zdravotnických zařízení (31 příspěvkových organizací, 6 akciových společností, 2 státních podniků), v nichž pracuje téměř 13 tisíc sester. Celkem na Slovensku ve zdravotnictví působí 31 tisíc sester.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

## Brazílie se snaží snížit počet císařských řezů

Největší země Jižní Ameriky zareagovala na vysoký podíl porodů vedených císařským řezem vydáním nových *guidelines* pro provedení této operace.

Brazílie se počtem porodů vedených císařským řezem řadí na nejvyšší příčku ve srovnání s ostatními zeměmi světa. V soukromých nemocnicích rodí císařským řezem 85 % žen, ve veřejných pak 45 %.

Nová pravidla pro provedení císařského řezu vyžadují, aby před zákrokem lékaři informovali rodičku o všech rizicích operace a vyžádali si od ženy podpis informovaného souhlasu. Zároveň musejí do dokumentace podrobně popsat, z jakých důvodů byl zákrok nutný či jak probíhal, a vysvětlit všechny úkony, jež během porodu použili. Těhotné ženy pak budou dostávat výpis z dokumentace se všemi významnými předdešlých graviditách, který v případě změny lékaře či zdravotnického zařízení předloží. Nové *guidelines* mají snížit počet císařských řezů, k nimž neexistují medicínské důvody, a zajistit, aby si byly rodičky vědomy všech rizik, jež jsou se zákrokem spojeny.

## Způsob jak si zajistit lůžko

Brazilští odborníci jsou ale k dodržování nových pravidel skeptičtí a poukazují především na nedostatky lůžek v porodnicích a nevybavenost zdravotnických zařízení pro přirozený porod. Pro většinu tamních žen je tak císařský řez nejlepším řešením. „Nejsnazší způsob jak si zajistit lůžko v dobré porodnici je objednat se na plánovaný císařský řez,“ potvrzuje gynekolog a porodník Pedro Octavio de Britto Pereira z Federální univerzity v Rio de Janeiro. Často se stává, že brazilské ženy, které chtějí své dítě přivést na svět přirozenou cestou, zjišťují, že jsou všechna lůžka v porodnicích plná, protože jsou rezervována pro rodičky s naplánovaným císařským řezem. Výjimkou pak podle tamních médií nejsou ani případy, kdy rodič žena „objíždí“ několik nemocnic, než najde volné lůžko.

## Kult těla i strach lékařů

Porodníci rovněž upozorňují, že Brazilky v současnosti považují porod císařským řezem za „moderní a civilizovaný“, naopak přirozený porod řada z nich vnímá jako „primitivní, nechutný a nevhodný“. K takovému názoru přispívá i kultura „dokonalého těla“, která v kombinaci s minimem informací, jež ženy o porodu získají, vede ke strachu, že žena v důsledku porodu přirozeným způsobem ztratí sexuální přitažlivost. Nejen samotné rodičky ale dávají přednost císařskému řezu, preferuje je i řada lékařů, kteří se tak chrání před případnými žalobami a právními postihy. „To lékařů jsou odpovědní za vše, co se při porodu odehraje. Ze strachu z případných rizik tak často volí císařský řez preventivně. Kdyby totiž přirozený porod skončil tragicky, museli by se zpodobat a vysvětlit možnosti. „To lékařů jsou odpovědní za vše, co se při porodu odehraje. Ze strachu z případných rizik tak často volí císařský řez preventivně. Kdyby totiž přirozený porod skončil tragicky, museli by se zpodobat a vysvětlit možnosti. „To lékařů jsou odpovědní za vše, co se při porodu odehraje. Ze strachu z případných rizik tak často volí císařský řez preventivně. Kdyby totiž přirozený porod skončil tragicky, museli by se zpodobat a vysvětlit možnosti.“ uzavírá gynekolog Renato Sa.

(Zdroj: BBC)

(kha)

## Nejvyšší soud opět podpořil Obamacare

Reforma zdravotnictví z pera Baracka Obamy zaznamenala druhé vítězství u amerického Nejvyššího soudu. Ten podpořil jednu z klíčových součástí reformy – dostupnost státních subvencí na celém území Spojených států amerických.

Poměrem hlasů 6 : 3 soudci potvrdili, že poskytování státních příspěvků je v souladu s tamní ústavou. Subvence mají pomoci lidem s nízkými příjmy, aby dosáhli na zdravotní pojištění. Právě to je jednou z podstat reformy amerického zdravotnictví, kterou přijal Kongres v roce 2010.

## Soud: Na státu nezáleží

Nejvyšší soud rozhodoval ve sporu o výklad pasáže, podle níž je možné získat státní příspěvek, pokud zvláštní burzy pro uzavírání pojištění provozují státy USA – 34 z nich se ale rozhodlo tyto burzy neprovozovat a zájemce o pojištění odkazovaly na burzu spravovanou přímo pod dohledem federální vlády ve Washingtonu. Žalobci argumentovali tím, že centrální platforma nemůže těmto lidem subvence poskytovat.

Soud však jejich názor odmítl. Podle něho nezáleží na tom, ve kterém z amerických států zájemci o pojištění žijí. Státní příspěvky v současnosti využívá přibližně 8,7

miliónů Američanů z nízkopříjmových skupin.

## Reforma i ve volbách

Prezident Barack Obama označil rozhodnutí soudu za „vítězství pracovitých Američanů“ a ubezpečil, že dostupná zdravotní péče i nadále zůstane realitou pro všechny. Dosavadní praxe podle něho dokazuje, že reforma funguje dobře. Naopak předseda Sněmovny reprezentantů John Boehner i senátor Mitch McConnell (oba republikáni) v reakci na výrok soudu uvedli, že jejich strana v boji proti Obamově reformě neustane. Parlamentní a prezidentské volby v příštím roce podle nich budou i hlasováním o tzv. Obamacare. Také republikánští kandidáti na prezidenta Jeb Bush a Marco Rubio oznámili, že v případě vítězství reformu zdravotnictví zruší. Šéfkou demokratů ve Sněmovně reprezentantů Nancy Pelosiová republikány vyzvala, aby se konečně s reformou smířili a přestali proti ní bojovat.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

## ZE ZAHRANIČÍ

## Zasedal „parlament“ německých lékařů

Ve Frankfurtu nad Mohanem proběhl v květnu 118. lékařský den, který německá profesní komora označuje jako „parlament“. Účastnilo se ho 250 delegátů ze všech spolkových zemí.

Probíraly se nejen stavovské záležitosti, ale také nejruznější politické otázky. Prezident spolkové lékařské komory Frank Ulrich Montgomery obhájil svůj post pro další čtyři roky. Debata se dotkla chystaných novinek v legislativě, kde jsou v centru pozornosti protikorupční opatření, reforma nemocnic, ale také např. vyjednávání komory se svazem soukromých pojišťoven o novém sazebníku lékařských výkonů. V závěrečném usnesení se lékaři postavili proti komercionalizaci své profese a za zvyšování bezpečnosti a kvality péče.

**Poprvé v minusu**

Politicky zaměřená reforma ústavní péče podle lékařů přináší riziko ztráty pracovních míst. Naopak v diskusí uvítali rozhodnutí spolkového soudu, podle něhož smějí lékaři provozovat dvě praxe (s polovičními úvazky) na rozdílných místech, avšak předpokládá se dostatečná dosažitelnost lékaře v obou lokalitách. Zástupci lékařů a pojišťoven budou tuto oblast ještě společně analyzovat, resp. ověřovat fungování takovýchto ordinací v praxi. Vedení komory podpořilo právo pacientů na získání druhého nezávislého odborného názoru na vybrané léčebné výkony, ale mělo by jít skutečně o „právo, nikoli o povinnost“. Diskuse se dotkla i možných problémů s dodržáním lhůty, jež má být stanove-

na pro období mezi informováním nemocného a zákrokem, a nárůstu administrativy (lékař pro druhý názor na léčbu bude muset vést duplicitní dokumentaci). Pozornosti neunikl ani fakt, že veřejnoprávní pojišťovny se poprvé od roku 2008 dostaly „do minusu“ – vydaly zhruba o jednu miliardu eur více, než činily jejich příjmy, nicméně očekává se, že rezervy tuto situaci překlenou (navíc mají pojišťovny možnost přechodně vybírat doplňkovou část pojistného). Lékaři se věnovali i vymezování hranic mezi vlastními výkony a činnostmi navazujících profesí. Obhájí své dominantní postavení v péči. Jako příklad byla uvedena činnost fyzioterapeuta, který podle komory nese plnou odpovědnost za své výkony, avšak indikace k nim musí i nadále zůstat v rukou lékaře.

**Lepší interpretace**

Za populismus označili někteří lékaři snahu politiků např. stanovit termíny pro přijetí pacientů k odborným lékařům. Většina občanů se v Německu dostane ke specialistům do dvou týdnů a tři čtvrtiny obyvatelstva jsou s dostupností péče spokojené. I v mezinárodním srovnání patří v SRN dostupnost specializované péče k nejlepším, spolu s USA a Švýcarskem (v Německu se to týká všech pacientů, v USA spíše těch soukromě platí-

cích). Komora podpořila, aby se lépe monitorovaly vybrané výkony v nemocnicích a více se ujasnily parametry kvality. Jedním z podnětů k tomuto přání je studie OECD, v níž se porovnává výkonnost zdravotnických systémů jednotlivých států, avšak údajně s nedostatečným přihlédnutím k různým souvislostem. Němečtí lékaři poukázali na nutnost zajistit přesnější interpretaci dat. Podle nich je např. rozdíl mezi státy s vyšším a nižším počtem seniorů a většími či menšími finanční-

mi zdroji ve zdravotnictví (německé pojišťovny kritizovaly lékaře, že „příliš často sahají po skalpelu“, komora naopak zdůrazňuje, že lékařům se daří dobře reagovat na potřeby mj. starších věkových skupin pacientů).

Šéf komory Montgomery sice obhájil své křeslo, ale u tématu asistované sebevraždy se vynořila vůči jeho názorům opozice. Zatímco prezident stále trvá na tom, že uspišení smrti nemocného se s lékařskou profesí neslučuje, 180 lékařů v otevřeném dopi-



Frank Ulrich Montgomery

Foto: montgomery.de

se napsalo, že nevyjadřuje jejich názor.

Vladimíra Boškova

**Za vyšší kvalitu více peněz**

Německá lékařská komora si hodlá v parlamentu „ohlídat“ návrh zákona, jímž se mají v letech 2016 a 2017 významnějším způsobem změnit pravidla pro plánování a financování nemocniční péče.

Reformní změny vstoupí zčásti v platnost v lednu příštího roku. Smluvní partneři – svazy pojišťoven a společnost nemocnic – však nové podmínky financování prostřednictvím DRG úhrad dojednájí až s účinností od roku 2017, informuje resortní ministerstvo. Na nová opatření mají navazovat investice pro nemocnice z rozpočtu spolkových zemí. Ty jsou ostatně jedním z bodů, na něž se nyní upírá pozornost komory – podle ní musí jít o investiční prostředky právně vynutitelné, resp. nesplně-

ní povinnosti zemí spolupodílet se na finanční podpoře by mělo být žalovatelné.

Komora souhlasí s ministerstvem, že v síti ústavů mají být preferována nej kvalitnější pracoviště (na úrovni jednotlivých zemí v určitých intervalech probíhá přehodnocování sítě nemocnic). Návrh změn počítá s tím, že za mimořádně kvalitní výkony získají nemocnice vyšší úhrady, a naopak za nedostatečnou kvalitu dojde k jejich krácení. Komora podporuje, aby se stát příliš nespolehal jen na financování za

výkonnost, podle některých studií tento systém sám o sobě není efektivní. Nicméně varuje před spuštěním nových přístupů (větší orientace na kvalitu) bez dostatečného vyzkoušení v praxi. V parlamentu hodlá profesní organizace také lobbovat za celkově vyšší finanční podporu. Prosazuje, aby nemocnice získaly každoročně nejméně 3 miliardy eur navíc. Pokud jde o konkrétní kritéria kvality péče, bude na nich pracovat spolkový výbor složený paritně z lékařů a zástupců pojišťoven. (via)

Inzerce M151000675

## Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získejte dárek

**Photoderm Bronz SPF 30 (200 ml)**

Vysoká sluneční ochrana SPF 30, která podporuje zhnědnutí pokožky a prodlužuje odstín opálení.

Doporučená cena **569 Kč**

**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [mladafropa@predplatne.cz](mailto:mladafropa@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0715**. 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 0715**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

**Neváhejte!**  
Tato nabídka platí jen do 20. 9. 2015.  
Předplatné na rok pouze za 299 Kč.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou netže 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 společností Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zasilání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



## Krátce ze světa

• **Polský** prezident Bronisław Komorowski podepsal zákon o oplodnění *in vitro* (IVF). Legislativu, proti níž se staví konzervativní pravice a opozice a katolická církev, předtím schválily obě komory parlamentu. Prezident Komorowski nicméně ubezpečil, že se obrátí na ústavní soud se žádostí, aby zaujal stanovisko ke kontroverznímu článku zákona, který umožňuje odebrání reprodukčních buněk u osob, jež nejsou schopny vyjádřit s tím souhlas. Tento postup ovšem nebrání tomu,

aby právní předpis vstoupil v platnost. Konzervativní opozice v čele se stranou Právo a spravedlnost (PiS) tvrdí, že legislativa odporuje ústavě, protože povoluje selekci embryí, otevírá dveře k IVF pro homosexuální páry a umožňuje náhradní mateřství, které není v Polsku upraveno zákonem. Strana již deklarovala, že v případě svého vítězství v blížících se parlamentních volbách bude hledat cestu ke zrušení zákona. K prezidentově podpoře IVF se vyjádřila i polská biskupská konference. „Katolíci podobně jako v případě potrátů nemohou podstupovat oplodnění *in vitro*, kromě jiného proto, že za cenu narození jednoho člověka jsou ničeny jiné nenarozené děti,“ uvedli biskupové.

Ačkoliv je v Polsku metoda *in vitro* teoreticky dostupná již čtvrt století, dosud pro ni chybělo jakékoli právní ukotvení. Nová legislativa stanovuje, že oplodnění *in vitro* mohou využít manželské i nesezdané páry, pokud jim po dobu 12 měsíců k početí potomka nepomohou jiné postupy. Každý pár může získat nejvýše 6 oplodněných vajíček. Ta, která nebudou využita, mohou být po 20 letech nabídnuta k využití, ale nesmějí být zničena.

• **Poprvé** od roku 2003 zaznamenaly **Spojené státy americké** úmrtí v důsledku onemocnění spalničkami. Obětí se stala 20letá žena, u níž choroba vypukla letos na jaře. Nebyla však diagnostikována, neboť chyběla typická vyrážka. Příčina úmrtí byla zjištěna až při pitvě. Úřady v souvislosti s tímto případem vyžaly k vyšší proočkování obyvatel. Spalničky byly v USA prohlášeny před více než desetiletím za vymýcené, v současnosti je jejich výskyt opět na vzestupu, loni bylo diagnostikováno 644 případů nemoci. Na vině je neochota řady Američanů podstoupit vakcinaci.

• **Francouzský** odvolací soud zrušil předchozí rozsudek v kauze vadných prsních implantátů PIP, který za jednoho z viníků kauzy označil němec-

kou společnost TÜV a nařídil jí odškodnit 1700 pacientek s vadným implantátem. „TÜV a její francouzská pobočka dodržely své povinnosti ověřovatelského orgánu a nedopustily se žádné chyby, která by znamenala jejich odpovědnost za zjištěnou závadnost (implantátů),“ stojí v novém rozsudku. Německá firma vždy vinu odmítala a bránila se, že jejím úkolem bylo kontrolovat postup výroby, nikoli samotné implantáty. To uznal i odvolací soud.

• **Řecká** krize se citelně podepisuje i na lékárnách – řada pacientů své léky nedostane vůbec, a když, tak ve velmi omezeném množství. Vládní restriktivní pravidla povolují lékárnám mít jen určitý objem zásob. Denní dodávky léčiv se tak podle svědectví lékárníků „smrskly“ na jednu igelitovou tašku. Některé lékárníci připisují nedostatek léků také obavám zahraničních dodavatelů, kterým se nechce do finančně nestabilního Řecka produkty dovážet. Farmaceutickým firmám údajně řecké nemocnice a státní zdravotní pojišťovna dluží víc než 1,1 miliardy eur (skoro 30 miliard Kč) – nezaplátily jim od prosince loňského roku.

• **Americká** armáda v minulosti omylem při cvičeníh v **Německu** opakovaně použila živé vzorky antraxu. Informoval o tom bulvární list *Bild*, který své tvrzení opírá o nedávnou elektronickou komunikaci mezi německým velvyslanectvím ve Washingtonu a americkou armádou. Německé ministerstvo obrany uvedlo, že německé vojenské laboratoře s nebezpečnými bakteriemi nepřišly do styku. Ve zmíněných e-mailech z konce června armáda sdělila ambasádě, že při umrtvování živých vzorků bakterií došlo k nesrovnalostem. Z dopisů dále vyplývá, že americká armádní laboratoř v Landstuhlu nedaleko západoněmeckého Kaiserslauternu obdržela zásilky antraxu v letech 2007, 2009 a 2010. Ty pak v rámci několika aliančních cvičení chemické, biologické a jaderné obrany posloužily jako vzorky k identifikování.

• Více než 20 milionů **kosmetických zákroků** v loňském roce provedli ve světě plastičtí chirurgové – nejvíce ve Spojených státech amerických, dále pak v Brazílii, Japonsku, Jižní Koreji, Mexiku, Německu, Francii a Kolumbii. Informaci zveřejnila Mezinárodní společnost pro estetickou plastickou chirurgii. Z chirurgických zákroků byly nejčastějšími operace očních víček, poté liposukce, zvětšení prsou a takzvaný *fat graft-*

*ting*. Z nechirurgických zákroků jsou nejoblíbenější aplikace botulotoxinu či kyseliny hyaluronové, odstranění chloupků, chemický *peeling* a odstranění vrásek laserem. Klienty kosmetických plastických chirurgů tvořily z 86,3 % ženy.

• V **Kolumbii** zemřel pomocí eutanazie první pacient, 79letý Ovidio Gonzáles trpící nevléčitelnou rakovinou hrtanu v terminálním stadiu. Případ vyvolal v katolické zemi vlnu odporu. Asistované ukončení života zdejší soud umožnil – jako v jediné jihoamerické zemi – již před 25 lety, nebylo však možné je provádět kvůli neexistujícím pravidlům. Ta byla vydána až v květnu letošního roku.

• Bezpečnostní letoun vyslaný nevládní feministickou organizací Women on waves dopravil do **polského** města Slubice zásilku tzv. potravních pilulek. Organizace chtěla upozornit na téměř nulový přístup polských žen k interrupci a zvýšit povědomí Polek o možnostech umělého přerušování těhotenství. Jak ale upozornila tamní média, akce se nesetkala s větší pozorností ani u stoupenců, ani odpůrců interrupcí. Polsko je jednou ze tří evropských zemí (společně s Maltou a Irskem), která umělé přerušování těhotenství zakazuje (s výjimkou zákonem stanovených případů – těhotenství v důsledku znásilnění, vážné poškození plodu, ohrožení života matky). Řada odborníků i organizací upozorňuje na vysoký podíl nelegálně prováděných, rizikových interrupcí v těchto státech.

• **Jižní Korea** oznámila, že na jejím území skončilo šíření koronaviru MERS. Celkově se v zemi nakazilo 186 obyvatel, 36 z nich koronavirově podleho. Nemoc do země zavlekl místní podnikatel, který se vrátil z cesty po blízkovýchodních státech.

• **Filipíny** oznámily letošní druhý případ nákazy koronavirem MERS (první byl zaznamenán v lednu). Pacientem je cizinec, který přicestoval z Dubaje. Jeho stav je podle lékařů stabilizovaný. Celosvětově se MERS nakazilo více než 1200 lidí, přes 450 nemocí podleho. Nejvíce obětí zaznamenala Saúdská Arábie.

• Nejnovější studie amerického Centra pro prevenci a kontrolu nemocí (CDC) uvádí, že v důsledku epidemie Eboly se v **Guineji** zvýšila i úmrtnost na malárii. Jako důvod práce uvádí skutečnost, že mnozí pacienti s malárií, jejíž rané příznaky – horečka



Ilustrační foto: Shutterstock

a bolest svalů – se neliší od projevu Eboly, se obávali, že skončí v karanténních zařízeních pro nakažené krvácivou horečkou. Řada z nich navíc ani neměla možnost lékaře navštívit, neboť jich mnoho uzavřelo své ordinace nebo se přesunulo do Ebolou postižených oblastí. Bez péče tak zůstalo přibližně 74 tisíc nemocných malárií.

• **Libérie** oznámila další případ nákazy virem Ebola – od konce června, kdy se v zemi onemocnění opět vyskytlo, mu podlehl dva lidé, čtyři se léčí. Na počátku května přitom liberijské úřady oznámily, že epidemie Eboly byla zastavena. Ministerstvo zdravotnictví nicméně uklidňuje, že se jedná o ohraničený a pečlivě monitorovaný výskyt v jediné městě. Libérie patří společně s Guineou a Sierra Leone k epidemiím nejpostiženějším zemím – nákaze v těchto třech státech podleho přes 11 tisíc lidí.

• **Dětský fond OSN (UNICEF)** varoval, že kvůli vážnému suchu jsou v **Severní Koreji** ohroženy životy tisíců dětí. V oblastech postižených suchem totiž výrazně stoupl výskyt průjemových onemocnění a snížil se přístup k pitné vodě. Čtvrtina dětské severokorejské populace navíc trpí podvýživou, což ji činí ještě zranitelnější. Potíže s extrémními suchy přiznal v červnu i režim KLDR.

• Třetina světové populace nemá přístup k vyhovujícímu sanitárnímu zařízení. Vyplývá to ze společné zprávy **Dětského fondu OSN (UNICEF)** a **Světové zdravotnické organizace (WHO)**. Plnohodnotnou toaletu nemá 2,4 miliardy lidí, žádnou pak 946 milionů. Tato skutečnost přispívá k šíření řady nebezpečných chorob.

• **Organizace pro výživu a zemědělství (FAO)** varuje před masivním šířením vysoce nakažlivého viru H5N1 (tzv. virus ptačí chřipky) v západoafrických státech – obává

se totiž možného přenosu na člověka. FAO uvedla, že H5N1 se rozšířil na trzích a farmách v Burkíně Faso, Ghaně, Nigeru, Nigérii a Pobreží slonoviny v uplynulých 6 měsících. Další šíření viru by se podle ní mohlo dotknout více než 330 milionů lidí v západní části Afriky. Ohrozilo by bezpečnost potravin a zdraví obyvatel v oblasti, která se stále ještě vzpamatovává z krize spojené s epidemií viru Ebola. Podle údajů WHO bylo na celém světě od roku 2003 do loňského října u lidí zaznamenáno 668 potvrzených případů nákazy ptačí chřipkou v 16 zemích, 393 lidí infekci podleho.

• **Fond OSN pro boj s AIDS (UNAIDS)** zveřejnil zprávu, podle níž se v posledních 15 letech podařilo snížit počet nově nakažených virem HIV o třetinu. Na následky AIDS pak počet úmrtí klesl o 40 %. Díky celosvětovému úsilí se tak od roku 2000 vůbec nenakazilo asi 30 milionů lidí a předejít bylo možné 8 milionům úmrtí. „Svět dokázal zastavit epidemii AIDS,“ řekl generální tajemník OSN Pan Ki-mun. Dalším „ambiciózním, ale realistickým“ cílem by podle něj mělo být úplné vítězství nad epidemií do konce roku 2030. K jeho dosažení by bylo podle zprávy UNAIDS potřeba navýšit prostředky na boj s AIDS ze současných asi 22 miliard dolarů, které jsou k dispozici na následujících 5 let, na 8 až 12 miliard dolarů ročně.

• **Organizace spojených národů** oznámila, že mezinárodní dárci přislíbili poskytnout téměř 3,4 miliardy dolarů na řešení následků epidemie Eboly v **Libérii, Guineji a Sierra Leone**. Země usilovaly o 3,2 miliardy dolarů. OSN upozornila, že státy budou mít po zahrnutí dříve slíbených 1,8 miliardy dolarů k dispozici na řešení důsledků epidemie zhruba 5,2 miliardy dolarů. Prezidentka Libérie Ellen Johnsonová-Sirleafová uvedla, že slíbené peníze poskytnou milionům lidí šanci na nový život a podporu stabilitu v regionu i mezinárodní obchod.

(Zdroj: ČTK)

(kha)



## ZE SPOLEČNOSTI

# Profesor Mazánek držitelem Purkyňovy ceny

V polovině června proběhl na zámku v Libochovicích již 57. Purkyňův den. V rámci této akce byla v Saturnově sále zámku předána Cena J. E. Purkyně. Z rukou místopředsedy ČLS JEP prof. MUDr. Vladimíra Paličky, DrSc., ji převzal emeritní přednosta Stomatologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Jiří Mazánek, DrSc.

„Profesor Mazánek je významnou osobností české medicíny zasahující svou činností do mnoha oborů, a to zejména stomatology, čelistní a obličejové chirurgie, chirurgie a onkologie. Stál rovněž u rozvoje laserové medicíny v České republice i v Evropě,“ uvedl předseda ČLS JEP prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. Připomněl, že oceněný byl průkopníkem řady postupů, zejména v oblasti laserové onkologie. Prof. Mazánek dlouhá léta vedl největší klinické stomatologické pracoviště v ČR,

působil jako proděkan 1. LF UK, aktivně pracoval v České stomatologické komoře a obor zastupoval v mnoha odborných radách. Je autorem klíčových učebnic a dalších učebních textů. „Bez jeho práce si nelze představit současnou podobu čelistní a obličejové chirurgie,“ uzavřel profesor Svačina.

Profesor Mazánek se narodil 21. 4. 1943 v Poděčelech v okrese Chrudim. V roce 1965 ukončil studium stomatologického směru Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy, v roce 1976 pak na stejné

fakultě studium terapeutického směru. V roce 1990 se stal profesorem pro obor stomatology. Za svoji vědeckou a pedagogickou činnost byl mnohokrát oceněn. V roce 2008 získal Cenu ministra zdravotnictví ČR za výzkum, Medaili a Cenu Josefa Hlávky pro významné osobnosti české vědy v roce 2013 a Zlatou medaili Univerzity Karlovy Praha byl oceněn v roce 2014.

„Vyznamenání vnímám spíše než jako osobní ocenění vykonané práce jako poctu odbornos-



Květiny profesorovi Mazánkovi předává ředitelka sekretariátu ČLS JEP Eva Ponocná. | Foto: Vladimír Brada

ti – tedy maxilofaciální chirurgii a stomatologii, kterou jsem měl tu čest reprezentovat řadu let na úrovni národní a mezinárodní,“ řekl prof. Mazánek. Dodal, že s úctou vzpomíná na svoje životní učitele a spolupracovní-

ky, kteří již nežijí nebo odešli na odpočinek.

Profesora Mazánka na ocenění navrhly Česká stomatologická společnost a Společnost estetické a laserové medicíny ČLS JEP.

(eta)

# Profesor Blahoš slavil

„Přívally času se řítí jak vlnění tekoucích vod. I ty se v tišinách klidní, byť v krátkých jen oddechu chvílích.“

Tímto vlastním překladem Ovidiových veršů začínalo pozvání profesora Jaroslava Blahoše na chvíli oddechu při přátelském setkání u příležitosti jeho životního jubilea.

Do Lékařského domu v Praze mu přišla popřát řada významných osobností české medicíny a zdravotnictví – profesori Michal Anđel, Jiří Beneš, Karel Cvachovec, Miroslav Červinka, Josef Koutecký, Pavel Pafko, Štěpán Svačina,

Jan Škrha, Rudolf Zahradník, Miroslav Zavoral, Tomáš Zima, Eduard Zvěřina, doc. Jan Měšťák, MUDr. Antonín Malina a mnoho dalších. Nechyběl ani starosta města Horažďovice Ing. Michael Forman.

## Pár osobních vzpomínek

Dovolte, abych se na tomto místě s vámi podělila o pár drobných zážitků, které mě s panem profesorem Blahošem pojí. Oba jsme

strávili nějaký čas v Etiopii. On jako lékař, já jako manželka lékaře. Kdysi jsem na stránkách našeho časopisu stručně popsala, kterak se můj manžel snažil nabrat jakýsi vzorek mé mikroflóry při urputných střevních potížích, které mě v té zemi postihly. A to nás s panem profesorem kupodivu seznámilo. Když jsem se mu chtěla na tiskové konferenci představit, vyšel mi v ústretu s jemným úsměvem a se slovy: „Opravdu vám v té Etiopii bylo tak zle, jak píšete?“ Moc mě potěšilo, že nás čte a že čte i můj sloupek. Pobytu v Etiopii vděčím i za jeho pozvání na zámek v Blatné, kde před časem jednu letní sobotu baronka Jana Hildprandtová pořádala oslavu etiopského Nového roku. Bylo to krásné setkání, kde se kromě Etiopie hovořilo také o Janu Evangelistovi Purkyněm, který v této šlechtické rodině působil jako učitel. Poklábosila jsem si amharsky (těch deset slov, která umím) a připomněla si chut úžasně etiopské kávy.

Pan profesor mě také naučil francouzsky, a to za deset minut. No, abych nepřeháněla, jen jednu větu, ale v tu chvíli po mě velice potřebnou. Když jsem u pří-



Mezi gratulanty byla také Dagmar Havlová. | Foto: Archiv ČLS JEP



ležitosti povýšení prof. Blahoše na důstojníka Čestné legie v sále Buquoyského paláce „stála frontu“ na francouzského velvyslance, abych jej pozdravila, můj doprovod mě rychle naučil aspoň větu: „Excusez moi, monsieur, je ne par-

le pas francais. Je parle anglais“. Zdálo se mi, že byl pan velvyslanec příjmeně překvapen. Tu větu jsem od té doby použila mockrát, díky, pane profesore. Přejeme vám pevně zdraví a spoustu životních radostí.

Markéta Mikšová



Dort ve tvaru oblíbeného hudebního nástroje – harmoniky – dostal od svých nejbližších kolegů z České lékařské společnosti.



# Cenu Společnosti pro vědy a umění získal průkopník neurochirurgie

Pražská skupina Společnosti pro vědy a umění a Senát PČR udělují každoročně koncem jara ocenění význačným osobnostem české kultury a vědy. Letošním laureátem pro oblast medicíny se stal profesor Eduard Zvěřina.

## Devět významných

Společnost pro vědy a umění vznikla v padesátých letech minulého století ve Spojených státech amerických; v dalších letech se rozšířila do celého světa. Jedenkrát za dva roky se její členové scházejí na kongresech, které se po návratu demokracie konají také v Česku a na Slovensku. Ceremoniál, při němž společnost vyznamenala devět osobností, které reprezentují kulturní a vědecké obory, se odehrál v tradičním dějišti, Rytířském sále Valdštejnského paláce na Malé Straně, a to za účasti senátorů Jaromíra Jermáře a Karla Kühnla. Předsedkyně Pražské skupiny prof. Alena Morávková zde vyznamenání předala egyptologovi prof. Miroslavu Verneveri, lékaři prof. Eduardu

Zvěřinovi, českému katolickému knězi, bohemistovi, lingvistovi a pedagogovi prof. Petru Piřhovi, astronomovi Ing. Marcelu Grünovi, politiku, sociologovi a prognostikovi doc. Fedoru Čálovi, scenografovi prof. Jaroslavu Malinovi, herečce Ivě Janžurové, operní pěvkyni Dagmar Peckové a výtvarnici Emě Srncové.

## Přední osobnost české neurochirurgie

Prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc., plk. ve výslužbě, je náš přední neurochirurg, bývalý přednosta Neurochirurgické kliniky 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice. Ve své vědecké činnosti, publikacích a přednáškách se zabývá základním výzkumem nervo-

vých funkcí u člověka a zaváděním nových operačních metod v neurochirurgii. U nás je průkopníkem mikroneurochirurgické operační techniky vůbec, mikrovaskulárních dekompresivních operací při faciálním hemispasmu a neuralgii n. V. Zavedl u nás mikroneurochirurgický steh nervu bez napětí pomocí autotransplantátů. Je průkopníkem peroperačního monitorování funkcí a chirurgie lebniční baze, zahájil mikroneurochirurgické operování tu n. VIII a kavernomů mozkového kmene v ČR. V neposlední řadě také u nás zahájil implantace sluchových elektrod do mozkového kmene u neslyšících. Profesor Zvěřina je členem celé řady domácích a zahraničních odborných společností, zejména



Foto: Luděk Svoboda, Akademický bulletin

na s neurovědní tematikou. Od roku 1992 je členem Nadace Miša, je spoluzakladatelem a místopředsedou Společnosti pro neurovědy ČLS JEP, členem výboru České neurochirurgické společnosti ČLS JEP. Stal se spoluzakladatelem World Federation of Skull Base Societies a členem výboru European Skull Base Society. Je členem World Federation of Neurosurgical

Societies a Evropské EANS a spoluzakladatelem a tajemníkem Central European Neurosurgical Society. V časech normalizace jeho odborné i společenské působení brzdilo jeho nestranictví. Od roku 2003 se stal opět členem předsednictva ČLS JEP. Na návrh pediatrické společnosti obdržel Čestnou medaili a dále Čestné členství ČLS JEP. (red)

## Liga proti rakovině rozdělí víc peněz

Všechna očekávání překonávají výsledky letošní sbírky Český den proti rakovině – na kontě je zhruba o 3 miliony více, než bývalo v posledních letech.

Skutečnost, že letošní prodej kytiček vynesl o více než 3 miliony vyšší sumu, znamená, že Liga bude moci podpořit významněji všechny své vlastní osvětové projekty a programy, rozdělí vyšší částku organizacím sdružujícím pacienty s nádorovými onemocněními, hospicům, ale také bude moci zvýšit příspěvek na investiční vybavení onkologických pracovišť a podporu onkologického výzkumu. „Částka převyšující 17 milionů korun je pro Ligu ovšem také obrovským vyznamenáním, neboť svěd-

čí o důvěře lidí v naši práci, v její smysli, v její cíli. Za čtvrt století existence Ligy se ve společnosti změnilo vnímání nádorových onemocnění, slovo rakovina přestalo být tabu, lidé již vědí, že preventivní vyšetření mají smysl, že přijít včas znamená významně zvýšit šanci na uzdravení,“ konstatuje předsedkyně Ligy proti rakovině Praha MUDr. Michaela Fridrichová a dodává: „Každý dárc, který si za dvacetikorunu koupil kytičku, každý dobrovolník, který si oblékl žluté tričko a vyrazil do ulic, každá firma, která nás podporuje, každé médium, které o sbírce, ale také o prevenci informuje, je motorem pro naši práci. Cítíme se důvěrou zavázání k hledání dalších cest, jak dosáhnout už před 25 lety vycíleného cíle – snížení úmrtnosti na nádorová onemocnění v naší zemi. Děkujeme, že nám pomáháte!“ (red)



## Luhačovický lázeňský park v celé své kráse

Luhačovice nejsou jenom Jurkovič, Vincentka a balneologie s celou řadou indikací. Pacienti a návštěvníci tu například, zejména teď v létě, ocení i nádherný park.

Dokončena byla nejrozsáhlejší proměna lázeňského areálu v historii. Revitalizace změnila celé území k nepoznání. Vysázeno bylo pět stovek stromů, patnáct tisíc keřů a tisíce trvalek. Nově pojetá koncepce zeleně, jejímž autorem je přední znalec v oboru architektury a urbanismu Ivar Otruba, byla citlivě sladěna s různorodou architekturou lázní. Letos se tak poprvé dvacetihektarový areál mohl představit v celé své kráse od prvních zelených lístků na kulovitých javorech podél řeky přes bohatě kvetoucí rododendrony až po záho-



Inhalatorium | Foto: Lázně Luhačovice, a. s.

ny modrofialových květů levandulí, které uprostřed Lázeňského náměstí spolu s bílými růžemi symbolizují řeku vystupující na povrch. Výjimečností jsou také použité vzácné dřeviny, které jsou typické spíše pro zámecké nebo botanické zahrady. Park působí svěže a nabízí nové průhledy, které ještě nedávno nebyly možné. Návštěvníci tak mohou obdivovat i budovu Inhalatoria z 20. let minulého století, která byla až donedávna ukryta za přerostlou zelení. I díky jedinečné atmosféře je pro pacienty lázní, návštěvníky i obyvatele Luhačovic celý areál místem pro odpočinek, zábavu i sportovní vyžití. (red)



Asklepios Fachkliniken Brandenburg GmbH je zřizovatel tří odborných nemocnic pro neurologii a psychiatrii v lokalitách Brandenburg an der Havel (Branibor nad Havolou), Lübben a Teupitz. V lokalitách Branibor nad Havolou a Lübben se rozšiřuje nabídka služeb o odborná oddělení pro psychologii dětí a mládeže. Naše kliniky v Teupitzu a Braniboru nad Havolou jsou fakultní nemocnice Charity. Patříme ke Sdružení klinik Asklepios, přední soukromé skupině klinik, která má přes 100 zařízení v Německu a USA. Odborná klinika Asklepios Lübben leží v regionu Berlín/Brandenburg ve městě Lübben jihovýchodně od Berlína.

K nejbližšímu možnému termínu hledáme pro **Odbornou kliniku Asklepios Lübben**

## Nemocniční zdravotníky a ošetřovatele (ž/m) s požadovaným odborným vzděláním pro anestézii a intenzivní péči

pro obor **časné neurologické rehabilitace a respirační jednotku/Stroke Unit  
(iktovou jednotku)**

### Vaše náplň práce

Ošetřovatelská péče o pacienty vyžadující intenzivní péči | Odborná péče o pacienty, kteří vyžadují mechanickou ventilaci | Rozsáhlý monitoring pacientů | Příprava a pomoc při diagnostických a terapeutických postupech

### Váš profil

Ukončené vzdělání v oboru zdravotník a ošetřovatel (ž/m) nebo některý ekvivalentní stupeň | Žádoucí by bylo ukončené další odborné vzdělání v oboru anestézie/intenzivní péče | Pracovní zkušenosti v oboru péče o pacienty vyžadující intenzivní a mechanickou ventilaci | Spolehlivé zacházení s lékařskými přístroji běžnými v oboru intenzivní péče | Zodpovědnost a výrazné odborné a sociální kompetence | Připravenost ke spolupráci a flexibilita | Znalosti práce s počítačem

### Nabízíme

Atraktivní ohodnocení odpovídající výkonu podle firemní kolektivní smlouvy Odborných klinik Asklepios Brandenburg s.r.o. | Zajímavou a mnohotvárnou oblast působnosti | Rozsáhlé možnosti dalšího vzdělávání a odborné přípravy | Strukturované zaškolení | Flexibilní pracovní doby (částečný pracovní úvazek, plný úvazek) | Moderní ošetřovatelské a pečovatelské koncepce | Převezmeme Vaše náklady na stěhování | V případě potřeby existuje možnost účasti na jazykovém kurzu financovaném zaměstnavatelem | Při příjezdu k pohovoru ohledně žádosti o místo převezmeme Vaše náklady na cestu a hotel | Budeme Vám nápomocni při hledání bydlení

Těšíme se na Vaše výstižné podklady k žádosti o místo. Výhodou by bylo vyhotovení v německém jazyce včetně přeložených vysvědčení a dokumentů.

### Asklepios Fachklinikum Lübben

René Brockmann – Pflegedienstleiter

Luckauer Straße 17 · D-15907 Lübben

E-mail: r.brockmann@asklepios.com · www.asklepios.com

## Dětem se v Příbrami bude stonat příjemněji

Na konci června otevřela příbramská nemocnice nově zrekonstruované lůžkové oddělení pro děti. Slavnostního otevření se zúčastnil hejtmán Středočeského kraje Ing. Miloš Petera, který nejmenším pacientům předal dárky a popřál jim brzké uzdravení.

V uplynulých čtyřech měsících nemocnice z vlastních finančních prostředků zmodernizovala celé lůžkové oddělení v přízemí pavilonu D2 tak, aby se zvýšilo pohodlí i bezpečnost pro děti a doprovod během jejich pobytu v nemocnici. Celá investiční akce si vyžádala náklady okolo čtyř milionů korun a nemocnice ji tentokrát hradila z vlastních finančních prostředků. Stavebními úpravami bylo částečně změněno architektonické řešení. Pro malé pacienty tak byly vytvořeny veselé a barevné pokoje s moderním hygienickým zázemím a vstupním prostorem s úložným nábytkem a přebalovacími pulty, společná herna dostala nový šat a výzdobu, nově byla dispozičně vyřešena jednotka pro

malé pacienty, kteří potřebují zvýšenou zdravotní péči. V rámci stavebních úprav byla na celém lůžkovém oddělení vyměněna okna za plastová a byla opatřena žaluziemi a novými parapety, součástí úprav byla i výměna dveřních křidel či podlahových krytin a obkládků. K nové „výbavě“ dětského oddělení přispěl i dar žáků Základní školy Jiráskovy sady, kteří mezi sebou dobrovolně vybrali částku deset tisíc korun, již předali primáři dětského oddělení MUDr. Pavlu Marčekovi. „Je to v naší škole tradice, která letos pokračuje už sedmým rokem. Bereme to jako samozřejmou věc, takovou akci ‚děti dětem‘, která prospěje dobré věci,“ říká žák deváté třídy ZŠ Michal Novák. **(red)**



**Přestřižení pásky (zleva ředitel nemocnice, primář Marček, hejtmán Petera, bývalý hejtmán Říhák).** | Foto: Crest Communications

## Sportovci na pomoc registru dárců krvetvorných buněk

Poděkování si zaslouží účastníci organizátoři Malevil Cupu, jehož letošní 16. ročník byl ve znamení hesla „Daruj život“. Akce se nesla v duchu pomoci Českému registru dárců krvetvorných buněk IKEM.

Celkem 1177 startujících ze 13 zemí světa se na konci června zúčastnilo největších cyklistických závodů v České republice Malevil Cupu. Letos navíc ve znamení hesla „Daruj život“ – sportovci měli totiž přímo v cíli závodu, na raňce Malevil, možnost vstoupit do Českého registru dárců krvetvorných buněk IKEM. Závodníci se mohli účastnit i dražby, kterou pro registr uspořádal organizátor maratónu Radek Patrák spolu s Českým svazem biatlonu. Do dobročinné dražby věnoval své běžky Lukáš Bauer, česká biatlonová reprezentace přidala dvě sportovní trička s podpisy všech reprezen-

tantů. Trenér mužské biatlonové reprezentace Marek Lejsek podpořil registr na místě svou aktivní účastí v závodu na 40 km. Přispět se rozhodli v rámci své sbírky i handicapovaní cyklisté Černí koně. Český registr dárců krvetvorných buněk tak na boj s leukemií získal téměř 25 tisíc korun. Ty využije především na testování nově vstupujících potenciálních dárců, kterých je a vždy bude nedostatek. Lužickohorský Malevil Cup láká každoročně na trasy 100, 65 a 40 km. Ty jsou vypsané pro všechny věkové kategorie mužů a žen, handicapované cyklisty i dětské závodníky. **(red)**



# Poučení od sestry

**Může pacienta poučit o výkonu sestry?**

Zákon o zdravotních službách je založen mimo jiné na principu, podle kterého lze zdravotní služby pacientům poskytovat pouze s jejich svobodným a informovaným souhlasem, nestanovuje-li zákon jinak. K souhlasu s navrhovaným způsobem léčby potřebuje pacient dostatek informací. Podle zákona podává pacientovi informace o zdravot-



na dotazy odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

ním stavu poskytovatel zdravotní služby, a to prostřednictvím ošetřujícího zdravotnického pracovníka, způsobilého k poskytování zdravotních služeb, kterých se podává informace týká. Tímto ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem je v praxi obvykle lékař. Informace však může pacientovi poskytnout a jeho poučení provést i sestra nebo jiný nelékařský pracovník, pokud se poučení nebo informa-

ce týkají úkonů, které sami provádějí. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit, aby pacient byl srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Dále je povinen umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.

O poskytnutí informací provede ošetřující zdravotnický pracovník záznam do zdravotnické dokumentace. Písemná forma souhlasu pacienta se vyžaduje, pokud tak stanoví právní předpis nebo určí-li tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb sám poskytovatel.

K dotazu tedy shrnuji, že při splnění výše uvedených podmínek může pacienta o zákroku poučit sestra. Zůstává na posouzení pacienta, zda pro něj budou poskytnuté informace dostačující, a pokud nebudou, může se dotázat zdravotnického pracovníka na bližší informace o svém zdravotním stavu a teprve poté text informovaného souhlasu podepsat.



ilustrační foto: Shutterstock

## Asistenční pes v nemocnici

**Jsmo povinni umožnit, aby nevidomý pacient hospitalizovaný u nás na interním oddělení měl u sebe svého asistenčního/vodícího psa?**

Zákon o zdravotních službách výslovně stanovuje, že pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, má prá-

vo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem daným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů, nestanoví-li právní předpis jinak. To však neplatí pro osoby se smyslovým nebo tělesným postižením, které jsou ve výkonu vazby či výkonu trestu odnětí svobody – takové osoby nemají právo na doprovod a přítomnost psa se speciálním výcvikem.

Doplňuji, že psem se speciálním výcvikem se pro potřeby zákona rozumí vodící nebo asistenční pes.

Na základě uvedeného tak k dotazu shrnuji, že při splnění shora popsaných podmínek je nemocnice povinna umožnit nevidomému pacientovi, aby měl u sebe asistenčního nebo vodícího psa.



ilustrační foto: Shutterstock

## Jednostranná výpověď bez dohody

Cítím se vyhořele, v práci jsem podal okamžitou výpověď. Zaměstnavatel však odmítá sebe-menší zkrácení dvouměsíční výpovědní lhůty, prý za mne nemá náhradu a odborníka mé specializace bude shánět těžko. Já ale nemám žádnou motivaci pokračovat a uvažuji o tom, že bych prostě přestal chodit do práce. Jaké následky mám v tomto případě očekávat?



ilustrační foto: Shutterstock

Nikdo nemůže nutit zaměstnance, kterého nebaví práce, aby pokračoval v jejím výkonu. Zaměstnanec má proto právo podle svého uvážení jednostranně ukončit pracovní poměr buď jeho okamžitým zrušením, nebo výpovědí. Okamžitě však může zrušit pracovní poměr jen tehdy, jestliže nemůže dále konat práci bez vážného ohrožení svého zdraví, nebo pokud mu zaměstnavatel nevyplácí mzdu či její část do patnácti dnů po uplynutí termínu její splatnosti. V těchto případech skončí pracovní poměr okamžitě a neběží žádná výpovědní lhůta.

Jestliže však zaměstnanec podá výpověď z pracovního poměru (a to z jakéhokoli důvodu nebo bez uvedení důvodu), skončí pracovní poměr až uplynutím výpovědní (zpravidla dvouměsíční) doby. V případě, že byste v průběhu trvání výpovědní doby přestal docházet do práce, znamenalo by to, že byste měl v zaměstnání neomluvenou absenci a velmi pravděpodobně byste tím zvlášť hrubým způsobem porušil povinnost vyplývající z právních předpisů vztahujících se k Vámi vykonáva-

né práci. Následkem neomluvené absence by tak mohlo být, že by zaměstnavatel okamžitě zrušil Váš pracovní poměr, který by tak skončil ještě před případným uplynutím výpovědní doby.

Okamžitě zrušení pracovního poměru by pro Vás mělo další související negativní následky. Jednak byste tím ztratil nárok na podporu v nezaměstnanosti a dále se tento způsob ukončení pracovního poměru uvádí v potvrzování o zaměstnání (tzv. zápočtovém listě), který se předkládá novému zaměstnavateli při sjednávání nového pracovního poměru. V případě, že by Vámi zaviněnou absencí v zaměstnání vznikla zaměstnavateli škoda, může po Vás zaměstnavatel tuto škodu rovněž vymáhat.

Při Vámi popisované situaci považuji za nejrozumnější pokusit se uzavřít se zaměstnavatelem dohodu o ukončení pracovního poměru, v rámci které bude pracovní poměr ukončen v dohodnutém kompromisním termínu.

## Zasílání receptů poštou

**Umožňuje zákon lékařům zaslat pacientovi vystavený recept poštou? Smí se elektronický recept posílat pacientovi e-mailem?**

na jehož základě bude předepsaný léčivý přípravek v lékárně vydán, musí předepisující lékař sdělit pacientovi.

Léčivé přípravky předepisují podle své odbornosti lékaři poskytující zdravotní služby, a to vystavením lékařského předpisu, který může být po dohodě s pacientem v listinné nebo elektronické podobě. Jedná-li se o předpis v elektronické podobě (tzv. elektronický recept), je předepisující lékař povinen zaslat jej na centrální úložiště elektronických receptů, které mu obratem sdělí identifikační znak, jímž je zaslaný elektronický recept opatřen. Tento identifikační znak,

K dotazu uvádím, že po domluvě s pacientem lze elektronický recept zaslat pacientovi e-mailem. Lékař rovněž může vystavený recept zaslat pacientovi poštou.

Nad rámec dotazu doplňuji, že výše popsaná praxe předepisování léků by měla platit do konce roku 2017, přičemž poté (nedojde-li v mezidobí ke změně právní úpravy) budou recepty vydávány elektronicky s tím, že jen ve výjimečných, zákonem stanovených případech budou vystavovány i v listinné podobě.

## NOVÉ KNIHY

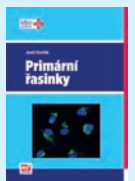
### Jana Šeblová Úvahy o urgentní medicíně



Rozsah:  
136 stran  
Cena: 270 Kč  
ISBN: 978-80-  
-204-3504-0  
Vydavatel:  
Mladá fronta,  
edice Aeskulap

Urgentní medicína je jedním z nejmladších lékařských oborů, a dokonce ani mnozí zdravotníci si nejsou jisti jejím obsahem. Kniha esejů a úvah si klade za cíl přiblížit čtenářům tento dynamický a mnohotvárný, avšak zatím poměrně neznámý obor medicíny. Z velké části vychází z editoriaů odborného časopisu Urgentní medicína, jehož je MUDr. Šeblová vedoucí redaktorkou. Vybrané a doplněné texty jsou nezřídka reflexí událostí, které se týkaly nejen urgentní medicíny, ale často i celé společnosti. Kniha je rozčleněna na pět částí. První je věnována oboru urgentní medicíny, druhá terorismu, přírodním katastrofám a násilným činům, s jejichž dopady se zdravotníci ve své praxi setkávají a snaží se je minimalizovat. Třetí část je sestavena z úvah o etice a komunikaci, zatímco ve čtvrté jsou příběhy, smutné či úsměvné, které práce na záchraně nebo v urgentním příjmu přinášejí. Poslední část je výběrem některých starších textů autorky, publikovaných v jiných periodických, včetně tzv. samizdatových.

### Josef Dvořák Primární řasinky



Rozsah:  
158 stran  
Cena: 390 Kč  
ISBN: 978-80-  
-204-3730-3  
Vydavatel:  
Mladá fronta,  
edice Postgraduální medicíny

První monografie na téma primárních řasinek v naší literatuře je rozdělena do dvou na sebe navazujících částí. Obecná část se zabývá historickým vývojem názorů na primární řasinky, klasifikací řasinek, stavbou, funkcemi, cyklickou tvorbou primárních řasinek ve vztahu k buněčnému cyklu, významem poruch primárních řasinek v nádorové biologii a některých multiorganových syndromech. Speciální část je pro přehlednost a rychlou orientaci rozdělena do kapitol podle jednotlivých

organových soustav, které se zabývají primárními řasinkami příslušných typů buněk za fyziologických podmínek a při patologických stavech. Cílem monografie je poskytnout přehled základních poznatků o primárních řasinkách a současně povzbudit čtenáře ve studiu primárních řasinek v jeho vlastním oboru biologie nebo medicíny.

### Edgar Faber et al. Základy hematologické diagnostiky

2., přepracované vydání



Rozsah:  
288 stran  
Cena: 540 Kč  
ISBN: 978-80-  
-204-3742-6  
Vydavatel:  
Mladá fronta,  
edice Postgraduální medicíny

Hematologie je úzce specializovanou oblastí vnitřního lékařství s množstvím přesahů do dalších oblastí medicíny. Publikace má studentům a lékařům ulehčit orientaci v hematologické diagnostice. Zdůrazněny jsou běžně dostupné metody. U jednotlivých onemocnění je stručně a přehledně popsán jejich výskyt, subjektivní potíže, fyzikální nálezy a výsledky základních vyšetření včetně mikroskopického nálezu. Navíc jsou přiloženy kopie typických výsledků krevních obrazů, koagulačních a biochemických vyšetření. Na internetových stránkách [www.e-hematologie.cz](http://www.e-hematologie.cz) lze prohlížet sestavu virtuálních mikroskopických nálezu a fotografií, které podstatným způsobem rozšiřují publikaci. První vydání publikace v roce 2012, které bylo neprodejné (umožněné projektem ESF CZ.1.07/2.2.00/07.0294 v OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost), je aktuálně zcela rozebrané. Publikaci ocenila Česká hematologická společnost cenou za nejlepší monografii v roce 2013.

### Michaela Seydlová Pedostomatologie – vybrané kapitoly



Rozsah:  
144 stran  
Cena: 250 Kč  
ISBN: 978-80-  
-204-3754-9  
Vydavatel:  
Mladá fronta,  
edice Aeskulap

Stručně, srozumitelně a jednoduše didakticky pojatá monografie kapes-

ního formátu postihuje do nezbytné hloubky aktuální témata týkající se současné pedostomatologie.

Úvodem autorka zdůrazňuje souvislost péče o dočasný chrup v jednotlivých fázích jeho vývoje s výživou a hygienou na straně jedné a vznikem zubního kazu na straně druhé. Další kapitoly jsou věnovány mimo jiné rozporuplným otázkám chirurgické intervence slizničních řas v dětském věku, možností péče o obtížně spolupracující malé pacienty či problematice zavedení implantátů u mladých dospělých pacientů, je-li z nejrůznějších příčin ztracen stálý zub.

V závěru autorka poukazuje na nutnost citlivého a individuálního přístupu k dětskému pacientovi ze strany zdravotnického personálu, a to nejen proto, aby z něho vrostl spokojený dospělý ošetřitelný pacient.

Text je doplněn názornými schémata, tabulkami, barevnými obrázky a fotografiemi.

### Jiří Šrámek a kolektiv Chirurgická léčba degenerativního postižení bederní páteře



Rozsah:  
160 stran  
Cena: 399 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-5362-1  
Vydavatel:  
Grada

Primární léčbou degenerativních změn v oblasti bederní páteře je rehabilitace, v některých případech však navzdory dlouhodobě konzervativní léčbě nedojde ke zlepšení. Tehdy je vhodné zvážit chirurgické řešení. Kniha přibližuje možnosti současné spondyllochirurgie, s pomocí 264 RTG, CT a MRI snímků umožňuje strukturalizovat pohled na jednotlivé typy postižení a tím usnadňuje rozhodnutí o vhodné terapii.

### Marcel Hájek a kolektiv Chirurgie v extrémních podmínkách



Rozsah:  
584 stran  
Cena: 990 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4587-9  
Vydavatel:  
Grada

Autoři vyjasňují problematiku spojenou s výjezdem evropského lékaře (i nelékařského zdravotnického personálu) do krizových nízkozdro-

jových oblastí, objasní, co může očekávat a kam až může ve svých zákrocích zajít v legislativě neřešených situacích, co bude v jeho práci rozdílné oproti zavedeným nemocnicím našeho regionu a také jak chránit sebe a čemu se vyhnout. Může se jednat o lékaře humanitárních organizací, mezinárodních týmů, armádních a jiných ozbrojených složek. Hlavní autor působil jako vedoucí našich lékařů v silách NATO, na misích v zahraničních konfliktech, dále jako nemocniční chirurg v zemích jižní Afriky. Podobnou erudici mají i ostatní spoluautoři.

### Karel Lukáš, Aleš Žák a kolektiv Chorobné znaky a příznaky Diferenciální diagnostika



Rozsah:  
928 stran  
Cena: 1690 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-5067-5  
Vydavatel:  
Grada

Publikace navazuje na předchozí knihy Chorobné znaky a příznaky 1 a 2. Původní texty jsou přepracované a přibylo k nim několik desítek nových kapitol. Hesla jsou řazena abecedně, každé má následující strukturu: definice, klasifikace, patofyziologie, výskyt, klinika, diagnóza, diferenciální diagnóza, léčba a základní použitá léčba.

### Richard Česka a kolektiv Familiární hypercholesterolemie



Rozsah:  
160 stran  
Cena: 179 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-843-6  
Vydavatel:  
Triton

Publikace ukazuje vztah mezi hypercholesterolemií a vznikem kardiovaskulárních onemocnění i možnosti léčby. Reflektuje poslední vývoj farmakoterapie od statinů, ezetimibu či pryskyřic k nejnovějším, subkutánně podávaným lékům ovlivňujícím PCSK9. Významná část knihy je věnována časné diagnostice familiární hypercholesterolemie.

### Alexander Ferko, Zdeněk Šubrt, Tomáš Dědek a kolektiv Chirurgie v kostce

2., doplněné a přepracované vydání



Rozsah:  
512 stran  
Cena: 749 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-1005-1  
Vydavatel:  
Grada

Přepracované a aktualizované vydání (po 13 letech) učebnice od zásadně změněného autorského kolektivu. Informace jsou podávány v bodech s důrazem na to, co se na školách přednáší, co se vyžaduje při klinické výuce a co se zkouší. V kapitolách se uvádí charakteristika onemocnění z epidemiologického hlediska, přirozený průběh onemocnění, diagnostický postup, možnosti chirurgické léčby, její indikace, komplikace a výsledky.

### Paul G. Barash, Bruce F. Cullen, Robert K. Stoelting a kolektiv Klinická anesteziologie

Překlad 6. vydání



Rozsah:  
816 stran  
Cena: 1599 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4053-9  
Vydavatel:  
Grada

Kniha na principu příručky („handbook“, zkrácená verze učebnice anesteziologie) je doporučena a překlad garantován výběrem České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, editorem překladu je prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, s kolektivem našich předních odborníků. Barevná publikace obsahuje téměř 200 obrázků a na 580 tabulek.

### Radka Bužgová Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních

Potřeby, hodnocení, kvalita života



Rozsah:  
168 stran  
Cena: 249 Kč  
ISBN: 978-80-247-  
-5402-4  
Vydavatel:  
Grada

Kniha přibližuje možnosti zavádění principů paliativní péče ve zdravotnických zařízeních neohospicového typu. Doporučuje individualizovanou péči o pacienty v závěru života, která respektuje jejich preference, hodnoty a potřeby, včetně péče o rodinné příslušníky.



# LETNÍ PŘÍLOHA

## Vážení čtenáři,

letošní léto si opravdu dává záležet, aby bylo pochváleno. Modré oblohy je tolik, že by blankyt vystačil na šaty pro nejednu princeznu, a sluneční paprsky by mohly pozlatit všechny kopule světa. Léto nás zahrnuje takovým teplem, že nemusíme cestovat do

tropických oblastí, neboť tropy máme doma. Samozřejmě ne všichni se z tohoto způsobu léta radují, Kardiakům, zemědělcům, vodákům či pracovníkům záchranných zdravotnických služeb spíše přiděluje vrásky na čele. Ale pokud to jde, všichni bychom si měli dopřát aspoň kousek prázdnin a trochu si zalenošit. Vždyť ta vedra k tomu přímo svádějí.

K chvílím odpočinku patří také příjemná četba, a proto přicházíme s tradiční Letní přílohou, abyste se mohli trochu odreagovat a začíst i do jiných řádků, než které nabízí zdravotnická dokumentace. Dech se vám zatají, až si přečtete zážitky českého lékaře z Afgánistánu. Po vídka z lékařského prostředí a střípky ze

zubní ordinace vás určitě pobaví. Vaše znalosti vám pomůže osvěžit náš kvíz „15 prvenství a objevů v medicíně“ a dozvíte se jak se zachovat, když vaše pracoviště přepadne VIP.

Hezké letní čtení Vám přeje

Markéta Mlksová

## Náš pan doktor

**P**an doktor Javorský odešel z místního obvodu někam veš. Mezi lidmi se říkalo, že snad do nemocnice dělat primáře, ale vůbec nebylo důležité, že šel dělat okresního posudkáře. Důležité bylo, že jej lidé měli rádi, a zvláště ti starší se s ním neradi loučili. Pan doktor to s pacienty uměl, věděl, koho zlobí srdíčko, páteř nebo bércové vředy. Někdy vyslechl nářky stařenek o problémech s dětmi a vnučaty, jindy jen změřil tlak a pochválil rekonstrukci domku. Vyhuboval starému Málkovi, že kouří smradlavou fajfku. Lidé brali rady a pokyny pana doktora vážně, jen Málek popotahoval z fajfky dál, ačkoli plíce občas protestovaly a léků měl doma plnou krabici, stejně je neuzíval. Nikdo z domorodců si nedokázal představit, že jednou doktor Javorský z obvodu odejde, ale co naplat, stalo se. Na jeho místo nastoupil mladý doktor Zbyněk Šmíd. Sotva vyšel školu, odkroutil vojnu a odbyl odborné kole-

ko ve špitále, už jej ředitel nemocnice poslal do jámy lvové, do terénu.

\* \* \*

Doktor Šmíd neměl s prací na obvodě žádné zkušenosti. Zpočátku se léčení trochu obával, přece jenom byl zvyklý na komfort nemocnice, ale díky sestře Kracíkové, kterou podědil po doktoru Javorském, se postupně zapracoval do každodenních povinností obvodního lékaře. A protože byl nadaný a chytrý, naučil se v tom chodit, jak se patří. Jen ti starší zavzpomínali na jeho předchůdce a raději by viděli na prahu statnou postavu doktora Javorského. Marie Šádková mu dokonce říkala: „Víte, pane doktore, jak vás jenom vidím, tak mě všechno přestane bolet a jsem zdravá jako rybička!“

Doktor Šmíd byl na nejlepší cestě stát se důstojným nástupcem oblíbeného staršího kolegy. Mohlo jej snad jen mrzet, že si pacien-

ti nepamatovali jeho jméno a občas mu říkali „ten mladý doktor“. Chvilí trvalo, než jej přijali mezi sebe.

\* \* \*

Až jednou... Paní Maťátková ze Lhoty volá do ordinace: „Sestřičko, stala se hrozná věc, paní Šimková, víte která...?“ Sestra Kracíková měla právě práci s injekcemi, tak vstoupila do monologu: „Jistě, jistě, odpoledne se o návštěvách pan doktor zastaví.“ „Ale sestřičko, pak doktor by měl přijet hned, vona se paní Šimková, co bydlí přes cestu, vona se voběšila,“ vysypala ze sebe sousedka Maťátková. Doktor Šmíd se vydal na cestu do Lhoty. U stavení paní Šimkové stálo plno čumilů a sestra Kracíková během jízdy doktora poučovala: „Víte, pane doktore, vona měla paní Šimková dvě dcery, ale stejně žila v chalupě sama. Občas mladý přijeli, ale jen se hádali o barák. Ta starší chtěla všech-

no pro sebe, že jí to prej nebožtík Šimek slíbil, ale ta mladší se nechtěla dát, že má taky právo. Možná, že se z toho všeho Šimková zbláznila a nakonec to vyřešila po svém, ale jak se teď o chalupu poperou, to nechci vidět.“ Když vystupovali z auta, začala Maťátková líčit, jak se všechno seběhlo: „Ráno jsem ji neviděla chodit po dvorku, ani do prodejny nešla, tak se jdu podívat blíž, buším na dveře a nikdo nejde otevřít. Aby tam tak někde zůstala ležet na zemi, jdu domu pro mýho starýho, tak jsme k ní nakoukli ze štaflí tady nahoře tou špehýrkou a vona tam chudák pod schodama!“ Maťátková se pokřižovala. Doktor se sestrou vešli do chalupy: „Léčila se paní Šimková na nějakou duševní chorobu?“ ptal se doktor. „Kdepak, pane doktore, brala tablety na tlak, ale na její věk byla čiperná, jo a taky projímadlo, to jí pan doktor psal často,“ rozpomínala se sestra.

„Tak se na to podíváme,“ řekl Šmíd a uviděl neradostný obrázek. Seschlá stařena visela na provaze pod schody od půdy. V obličejí měla oděrky a na čele větší ranku. Jinak nic. Velké otevřené oči se dívaly jedním směrem, až to doktorovi bylo nepříjemné. Neviděl mrtvolu poprvé v životě, ale nyní mu připadala nějak skutečnější než mrtvoly, které znal z pitevního stolu nebo z nemocniční postele. Navíc stařenka se zřejmě rozhodla odejít z tohoto světa dobrovolně. O sebevraždě nemohlo být pochyb. Co na tom, že se nelíbila. Jen ty oděrky v obličejí, ale to přece nic neznamená. „Tyhle starý lidi upadnou třeba desetkrát za den, bůh ví, kde si tu ránu na čele udělala. Jsou na venkově, žijou jinak, spadnou, oklepou se a dál si jedou po svém,“ vysvětlovala sestra v autě cestou zpět, když doktor vystavil úmrtní a ohledací list. Taky okrskář Brabec potvrzoval, že podobné sebevraždy se občas stanou: „To jsem



## POVÍDKA

měl jednou případ, pán, asi pětadesát, vypadal ještě dobře, ale poslouchal v televizi něco o rakovině, usmyslel si, že má nádor, bál se, že bude trpět, tak napsal dopis na rozloučenou a na zahradě se oběsil.“

\* \* \*

Doktor Šmíd dokončil návštěvy pacientů a večer šel se svou dívkou, nastávající manželkou Věrou, do kina. Potřeboval si trochu oddechnout, povyrazit se, a tak ještě po kinu usedli v místní vinárně nad sklenkou červeného. „Víš, Věro, já ti mám takový divný pocit, pořád vidím ty její oči,“ vyzpovídal se doktor. „To přejde, seš trochu přetažené, to víš, na obvodě. Já teď do-

dělávám diplomku a taky někdy nevím, kde mi hlava stojí,“ utěšovala Věra, studentka posledního ročníku pedagogické fakulty. Seznámili se vlastně během studií, Zbyněk pomalu končil a Věra začínala. Studentská láska vydržela odloučení vojenské služby a pomalu vplouvala do manželského přístavu. V létě, až Věra dokončí školu, se vezmou a pak... „Jak to jen ten okrskář říkal, že napíšou dopis na rozloučenou, ale u té paní se přece nic nenašlo,“ nešel mu případ paní Šimkové z hlavy.

„Zbyňku, neblázní,“ tak trochu vyčítala Věra, neboť měla o dnešním večeru jiné představy. Rozloučili se dřív, než čekala, a Zbyněk Šmíd ještě dlouho v bytě svítil a pročítal odbornou litera-

туру. Ráno v práci oznámil sestře: „Zavolejte mně toho okrskáře, budeme muset nařídit pitvu u paní Šimkové!“

„Pitvu? Ale, pane doktore, vždyť jste včera říkal... To jsem u pana doktora Javorského nikdy neviděla, aby změnil ohledací zprávu,“ kroutila hlavou sestra Kracíková.

„Pane doktore, nesmíte tolik koukat na detektivky,“ smál se okrskář Brabec. „Já vám říkám, že se oběsila sama, nikde jsme nic nenašli, kdyby ji někdo přešlapnul, tak tam budou rozházené věci, hledali by peníze nebo šperky, ale takhle... snad jen ta otevřená dvířka na půdě a trochu pošlapaná tráva, ale to mohl udělat vítr a tu trávu zvalet nějaké zvíře a pak ty lidi, co přišli oču-

movat, mějte rozum a nepřidělávejte nám práci.“

\* \* \*

Doktor Šmíd se vydal za svým bývalým učitelem na fakultě, na katedru soudního lékařství, a ten mu po pitvě paní Šimkové řekl: „Víte, pane kolego, když si nejste jist, raději nařídte pitvu, buď se pochyby vyvrátí, nebo potvrdí,“ vysvětloval docent Lorenc. „Když jsem viděl mrtvolu té vaší paní poprvé, všechno nasvědčovalo sebevraždě, snad jen ta strangulační rýha nebyla zcela typická, ale ta rána na čele...“ významně se odmlčel, „ta rána na čele byla způsobena tupým předmětem, teprve potom pachatel oběť v bezvědomí navlékl do oprátky.“

\* \* \*

Případ paní Šimkové přidal doktoru Zbyňku Šmídovi na vážnosti a popularitě. K vraždě se po pár dnech přiznal zeť nebohé paní. Hádali se o dům, začala vykfikovat, že všechno dá mladší dečři, tak ji umlčel. Vylezl střechou ven a myslil si, že nikdo na nic nepřijde. Nebýt doktora Šmída, kdo ví...

Novomanželka Věra od té doby panu doktorovi říká „ty můj Mouline“ a pacienti už jeho jméno nezapomínají. I starý Málek říká: „Dneska se u mě zastaví náš pan doktor Šmíd, zdá se, že je lepší než pan doktor Javorský, aspoň mně tolik nevyčítá tu fajfku.“

MUDr. Václav Franc

# Střípky ze zubní ordinace

## Překvapený pacient

Jednou nás čekala výměna křesla v ordinaci a pokládání antistatické podlahy. A tak jsme už předchozí den museli vyklidit celou ordinaci. V místnosti nebylo vůbec nic, jen ze země trčel takový trn, z něho koukalo pár drátů po bývalém křesle. Ráno jsme se sestřičkou přišli do práce, abychom vyčkalí na příjezd zaměstnanců montážní firmy, domluvili další podrobnosti a předali klíče.

Pochopitelně jsme vyvěsili i cedule, kde byla informace, že nás zastupuje kolega ve městě. Ale přesto jeden pacient zatukal, sestřička vyšla do čekárny a začala vysvětlovat, že dneska jej nemůžeme ošetřit. Jenže pán se nedal jen tak lehce odbyt: „Prosím vás, zatím tady žádná firma není, tak mi pan doktor může ten zub spravit!“ dožadoval se. „Ale my už nic nemáme,“ bezmocně vysvětlovala sestřička.

Šel jsem jí na pomoc, abych pacientovi vysvětlil, jak se věci mají. Jenže pacient si nedal říct. „Tak se pojdte podívat,“ vyzval jsem ho do ordinace, když se nenechal odbýt slovně. A pak pán vstoupil do ordinace. Zarazil se, mimochodem ten výraz v obličeji bych vám přál vidět, a řekl: „To jste měli říct hned, že nemáte křeslo!“

## První můstek

První lásky si člověk pamatuje celý život. Podobné je to i s prvními můstky. Ještě před vojnu jsem zhotovil svůj první můstek zcela sám, pochopitelně s pomocí laboratoře, ale myslím tím ordinací fází. Byl to velký můstek v horní čelisti, od horní pravé šestky po horní levou sedmičku. Podle mého názoru se opravdu povedl a pacientka, řekne jí třeba paní Procházková, při poslední návštěvě řekla: „Tak děkuju, pane doktore, přeju vám,

abyste to na té vojně přečkal a rychle vám to uteklo. A až se vrátíte z vojny, tak mi uděláte můstek dole.“ Přislíbil jsem. Asi padesátiletá pacientka odešla a já se začal pomalu chystat na vojnu. Pár měsíců po svém návratu jsem si na paní Procházkovou vzpomněl. „Tak kdypak přijde paní Procházková, abych jí udělal ten dolní můstek?“ řekl jsem jednou před sestřičkou. Chtěl jsem se taky podívat, jak

po roce vypadá ten můj první můstek. „Pane doktore, vy to nevíte?“ podivila se sestřička. „Co nevíte?“ „Ona paní Procházková zemřela. Asi infarkt, protože někdy na jaře přišla domů, skácela se a byla na místě mrtvá!“ Tak i proto si svůj první můstek pamatuji, i když jsem nevěděl, jak dlouho vydržel. S jistotou nadávkou můžu říct, že pacientce vydržel až do smrti.

## Jak se nejlépe seznámit se sousedy

Přestěhovali jsme se do nového, konečně byl nábytek a další krabice naskládány v bytě. Bylo skoro půl jedenácté, sedl jsem si mezi ten nepořádek, rozdělal pivo a sbíral síly na další práci. Sotva jsem si dvakrát lokl, ozval se nepřijemný zvuk zvonku.

„Kdo to může být, za chvíli bude jedenáct,“ podivila se manželka a šla otevřít. Za dveřmi stála mladá žena: „Dobrý večer, já jsem sousedka Renáta, nezlobte se, ale on je prej váš pán zubař?“ „No to je,“ přiznala manželka, „ale my...“

„Von manžel strašně vopuchnul a má vysoký horečky!“ řekla sousedka na vysvětlenou. To už jsem viděl, jak její manžel stojí za ní, skutečně nevypadal pěkně. Tak jsem chtěl nechtěl v jedenáct v noci musel do ordinace tahat šestku vlevo nahoře.



Ilustrační foto: Shutterstock

## Regulační poplatky

Pacient odcházel z ošetření a sestřička mu vypisuje na kartičku další termín ošetření, když se pacient zeptá: „Tak vám mám dát třicet korun jako regulační poplatek?“ „Ne,“ řekne sestřička. „Jak to?“ diví se pacient. „Tohle je pokračování započaté protetiké práce, to se neplatí,“ vysvětluje trpělivě sestřička. „Vy jste tady náky lidumilové,“ uznale konstatuje pacient. „To když chodím na polikliniku,

tam mi uskrípávají hemeroidy a pokaždý kromě prdele vyšplím i třicet korun!“

### Ještě jednou regulační poplatky

Přišel jeden pacient z ORL. Paní doktorka chtěla vyloučit fokální infekci. Už jak přišel do ordinace, tak nám pacient povídá: „Ale nic platit nebudu, já už jsem byl zregulované na ORL!“

## Čím bude

Občas se stává, že se ptám dětských pacientů, čím chtějí být. Jeden chlapecek mi řekl, že bude popelářem. Zrovna si urazil část předního zubu. Tak jsem se uklidnil a povídám: „Tak to je štěstí, protože kdybys chtěl být zpěvákem nebo hercem, tak by ten nastavovaný zub byl vidět! Ale takhle to zase tak vadit nebude!“ Fakt je, že většina dětí říká taková ta dětská povolání, děvčata upřednostňují zpěvačky nebo princezny, kluci zase sportovce.

Ale o zubařské povolání zájem není, ještě tak o veterináře, to se mi jedna holčička přiznala, že by chtěla léčit psy a kočky. A jednou, když jsme diskutovali o volbě povolání s jedním, asi desetiletým klukem, než zabrala injekce, jsem se dozvěděl následující. „Zubařem bych teda nechtěl být!“ „A proč?“ zeptal jsem se. „No protože musí chodit strašně dlouho do školy a nakonec ještě musí dělat rukama!“

Podle vyprávění pacienta sepsal a převyprávěl MUDr. Václav Franc



# Jak se zachovat, když zdravotnické zařízení napadne VIP

Jeden z francouzských králů si vybral osobního lékaře a důrazně mu sdělil, že se k němu nemůže chovat jako k obyčejnému pacientovi, ale jako ke králi. „To nepůjde, Sire,“ odpověděl lékař, „já se totiž ke každému pacientovi chovám jako ke králi.“

**T**vůrcům se často výsledky jejich aktivit vymknou z ruky a žijí dál svým vlastním životem, který se liší od toho zamýšleného. To se stalo také s pojmem VIP (plurál VIPs, dále nesklonné), který vypustil do světa začátkem 2. světové války Winston Churchill. Tehdy tak označil osoby nezbytné k vedení války a ke konečnému vítězství a tihle lidé, vskutku velmi významní, se měli těšit všemožné ochraně a péči, aby se při svém hlavním úkolu nemuseli rozptylovat.

Jak známo, po válce je každý frajtr generálem, a tak se v mírových dobách do spolku vyhrázeného králi, premiéroví, několika ministrům, pár finančníkům, zbrojařům a generálům začal cpát kdekdo. Takže k osobám nezbytným pro chod státu přidávají zástupci elit a celebrity z oblasti vědy a umění a s nimi různé pseudocelebrity lokálního, okresního či minutového formátu, dokonce oxymoronsky označené negativní celebrity (vrahové, silniční piráti, lepší lupiči), vítězové v pojídání párků a majitelé třínohých slepic. Celý ten spolek lze označit našim pubertálním úslovím: „Mají doly na povídla, tetovaného tatínka, tři dírky do nosu a navíc si myslí, že z jejich trávicího traktu vychází fialkový mejdl!“

## VIP syndrom

Již v padesátých letech minulého století si pozornější lidé všimli, že když někteří zvlášť oprsklí z této party vtrhnou do zdravotnického zařízení, začnou tam řádit jak Vizigóti na dobytém území. Začali se tím zabývat příslušní experti a došli k závěrům, které pojmenovali VIP syndromem. Podstatou je, že VIP „na daném pracovišti způsobí víavu“ – chaotickou změnu provozu s všestranným upřednostněním svých potřeb.

### Syndrom má čtyři základní rysy:

- ◆ VIP působí zastrašujícím dojmem,
- ◆ vyžaduje péči podle svých vlastních dispozic,
- ◆ vyvolá mimořádná opatření,
- ◆ zdravotníci se chtějí vyvarovat

jeho nelibosti a naopak dosáhnout nejen jeho souhlasu, ale jeho zřejmého uspokojení.

Tato snaha ve svých důsledcích vede nezdárně k suboptimální péči. Dojemnou snahu zpříjemnit jednomu VIP život na psychiatrickém oddělení prokázal lékař, který nechal současně přijmout mladšího kolegu, aby v roli nedobrovolně hospitalizovaného pacienta posloužil jako společník i svědek správné léčby.

### „Já potřebuju doktora!“

Kominík nosí štěstí, VIP problémy. Neštěstí nechodí nikdy samo, proto za VIPs chodívají průvody oficiálních i neoficiálních osob. Jejich výčet začíná tajnými agenty a bodyguardy, pokračuje přes spřátelené VIP ze sousedních zemí, sekretářky, vizážistky a končí domácími mazlíčky. Někdy přijde i kouzelník! Příšerný však je slet různých odborníků, kteří hodlají mluvit do léčení, a pokud byste doufali, že to už byl vrchol, tak několiknásobně hnusnější jsou vlezlí paparaziové.

Není divu, že pod takovým tlakem vypadne i zkušený personál z profesionální role. Existují desítky skutečných příběhů, které si co do formální stránky nezadájí s dobrými komedii, co do výsledků s tragédiemi. Jako učebnicový příklad může sloužit nejzabranější řešení v dějinách soudního lékařství: atentát na prezidenta Kennedyho. Po neúspěšném atentátu na prezidenta Reagana vtrhli na operační sál čtyři nemytí agenti FBI a rozcapovali se tam. K jistému senátorovi amerického kongresu, jehož jméno je již nezajímavé, se slétlo devět různých odborníků, kteří se navzájem popírali a potírali; kdo ale mezi nimi chyběl, byl jeho osobní lékař.

Zoufalý je autentický výkřik – ve svém zařízení hospitalizované – zakladatelky a ředitelky velké nemocnice: „Jézusmaríajóze! Tady je to samej specialista, ale já potřebuju doktora!“  
Když profesor Pafko ještě na Vinohradech operoval Václava

Havla, pronajal si televizní štáb jeden byt přes ulici, odkud pořizoval a vysílal záběry převlékajícího se prezidenta, sestřičky odcházející po službě z nemocnice byly pronásledovány až do tramvaje.

Navzdory všem tlakům je třeba si především uvědomit, že VIP pacient je z hlediska biomedicínské vybaven stejným organismem jako všichni další a není třeba uvažovat o žádných VIP postupech. Měla by mu tedy být zajištěna vysoce profesionální péče. Je nutné, aby vedoucí pracoviště vyhlásil sice středověké, ale jediné možné heslo „Cuius regio, eius religio“ a nemilosrdně potlačil všechny hereze, a to až do okamžiku, než skutečně odpovědné nadřízené orgány rozhodnou jinak.

### Do té doby:

1. **Neměňte platná pravidla** a nepřizpůsobujte je cizím požadavkům, přestože je na takové změny vyvíjen tlak. Zachovejte zaběhanou praxi. Její pozměňování zvyšuje riziko chyb.
2. **Pracujte jako tým**, ne jako náhodně sestavené sdružení silných individualit. Sebedokonalejší specialista nesmí postupovat bez ohledu na ostatní. Za komunikaci s pacientem a s jeho rodinou je odpovědný vedoucí týmu.
3. **Komunikujte, komunikujte, komunikujte!** Náročný program, bezpečnostní opatření a možná nesehranost *ad hoc* vytvořeného týmu vyžadují trvalou a intenzivní vzájemnou komunikaci.
4. **Věnujte velkou péči a pozornost komunikaci s médií.** Odolejte tlaku médií a upřednostněte etický požadavek zachování mlčenlivosti a ochrany soukromí. Jako vzorový příklad je uváděna organizace této aktivity po neúspěšném atentátu na prezidenta Reagana v roce 1981. Tehdy byl pro styk s médií vyčleněn pouze jeden lékař, který nebyl součástí léčebného týmu, ale měl s ním úzký



Ilustrační foto: Shutterstock

kontakt. Plán na komunikaci s médii sestavte co nejdříve!

5. **Nepřipusťte „ředitelský syndrom“.** Jak pacient sám, tak další osoby nebo instituce mohou naléhat na to, aby vedoucím týmu byla hierarchicky nejvýše postavená osobnost nemocnice, okresu, kraje. Je to možné připustit jen za těch okolností, že tento člověk je současně skutečně nejvýznamnějším expertem v dané problematice.
6. **Péče má probíhat na nejpříhodnějším místě.** Urgentní péče má probíhat na pracovištích k takové péči optimálně vybavených (JIP, ARO) a není možné ustupovat požadavkům na větší komfort, které by *de facto* zhoršily podminky péče. Příklad do zařízení, která jsou pro pacienta i jeho doprovod pohodlnější, má proběhnout důsledně teprve, když to dovolí pacientův zdravotní stav.
7. **Ochrňte pacienta, zajistěte mu bezpečnost.** Jestliže pacientův zdravotní stav vyžaduje péči v samém centru nemocnice (jak je uvedeno v předchozím požadavku), je nutné i na úkor provozu zajistit přiměřenou ochranu tohoto místa.
8. **Buďte opatrní při přijímání darů.** Já bych zde spíš napsal: „Nevěřte Danaům, byť i dary přinášeli, ale pak by mě zardousil had.“ Prominenti mají někdy tendenci obdarovat ošetřující personál a pak je na místě „etický kalkul“. Přijmout dar od rodiny během akutní fáze je nanejvýš riskantní, doporučuje se diplomaticky převzetí oddálit až po ukončení léčby. U cizín-

ců nutno přihlídnout ke kulturním tradicím; odmítnutí je v některých kulturách považováno za přímou urážku.

9. **Spolupracujte s osobním lékařem VIP.** Nemusí se nutně stát členem týmu, ale jako člověk, kterému VIP důvěřuje, by neměl být vynechán z konzultací.

### Nejčastější výjimky v porovnání se standardy režimu a péče

- ◆ Nutno zabránit vnášení alkoholu a drog, a to i za těch okolností, že pacient z nebezpečné Becherovky konvertoval k bezpečné slivovici. Instruovat zdravotnický personál, že je nesmí přijímat a předávat, ani pacientovi na jeho objednávku koupit.
- ◆ Pacient a rodina mohou odmítnout diskuse o léčebném plánu či o prognóze, zejména je-li nepříznivá co do života nebo úzdravy.
- ◆ Pacient může v izolovaném boxu nebo ve speciálním apartmá pocítovat sociální izolaci: informovat personál, aby projevoval empatii k jeho pocítům a toleroval méně vhodné vyjadřování.
- ◆ Ošetřující personál se má povznést nad nevhodné vyjadřování pacienta i členů jeho rodiny, nezpracovávat je osobně a emocionálně, nedat se zatáhnout in.
- ◆ Obeznamit personál s častějším výskytům narcismu u VIP pacientů, ale nepersonifikovat informaci.
- ◆ Neuropsychické varovné známky mohou být přehlédnuty při svérázném chování pacienta a při současné snaze personálu netraumatizovat ho svými dotazy; je třeba zachovat profesionální standard a ke zdravotnímu problému se chovat stejně jako u jiného pacienta.



## ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST

# Afghánci milují poezii, růže a vzájemné zabíjení

Na svou čtvrtou misi se již po druhé vydal do Afghánistánu. Chirurg Tomáš Šebek hovoří o naplňující práci pro humanitární organizaci Lékaře bez hranic.

**M**ěsto Kundúz v severním Afghánistánu je poměrně nebezpečné místo. Když jsem byl první den od bezpečnostního agenta informován o bezpečnostní situaci v části města, kde sídlí nemocnice, kolik lidí zde zemřelo za poslední tři měsíce, chtěl jsem se rovnou otočit a jet zase zpátky domů. Ale za pár dní jsem zjistil, že nemocnice je poměrně bezpečné místo.

Je zde absolutní zákaz vycházení. Do nemocnice jezdíme v kolonách aut. Žijeme celou dobu uvnitř. V Kundúzu je výhodou krásný dům pro zaměstnance nemocnice, kde má každý svůj pokoj se zázemím a s klimatizací, což je třeba oproti africkým misím velký luxus. Spolupracujeme s místními lidmi, které se snažíme zaškolit a pak jim projekt nemocnice předat.

### Nemocniční zahradník

Když si pro ilustraci představíme nemocnici Motol, která má spád půl milionu obyvatel a 1500 lékařů, nemocnice v Kundúzu má ve spádu 1,5 milionu obyvatel a 8 chirurgů. Na obrovské množství spádových pacientů má nemocnice jeden ultrazvuk a jeden rentgen s C ramenem. I na evropské poměry má nemocnice velmi dobře vybavené sály, jde o nejlépe vybavený projekt Lékařů bez hranic vůbec. Jednotka intenziv-

ní péče téměř kopíruje evropské vybavení.

V roce 2001 byl největší výcvikový tábor Tálibánu, který v severním Afghánistánu chronicky operuje, vzdálen jen 30 kilometrů od města. Stále zde zuří válka. Při mém odjezdu už Tálibán operoval přímo ve městě, v bezprostředním okolí nemocnice. Proto jsou Lékaři bez hranic neutrální a apolitictí, našimi pacienty jsou všichni – bez rozdílu, zda jde o tálibánce či Afghánce. Aby se vyhnuli útokům, jezdí Lékaři bez hranic po městě v tričkách a ve starých toyotách, a nikdo po nich nestřílí, zatímco všichni humanitární pracovníci se pohybují v neprůstředných vestách a opancérováných autech.

Jako prevenci útoků na naši nemocnici bereme také na střídačku Tálibán nebo kmenové náčelníky na návštěvu nemocnice, ukazujeme jim, jak léčíme, a přesvědčujeme je o tom, že péče je bezplatná a není důvod, aby nás zabíjeli. Při jedné takové návštěvě, kdy si náčelníci prohlédli nemocnici a byli s poskytováním našich služeb spokojeni, nás jen upozornili, abychom si do příště dali do pořádku uschlé růže na zahradě. Kdo má v Afghánistánu uschlé růže, ten podle místních není důvěryhodný. Ať tálibánec nebo Afghánec, všichni mezi prvními třemi věcmi, které mají rádi, jmenují na prvním



Jednoho dne na sálu. 95 % Afghánců jsou lidé jako my. Rádi pěstují květiny, hrabou se v hlině, chtějí svůj klid, věnují se rodině. | Foto: archiv Tomáše Šebka

místě poezii (tu milují nejvíc), pak pěstování růží a pak se rádi zabíjejí. V nemocnici tedy vznikla další funkce – zahradník.

### Prostor pro chirurgovu fantazii

V nemocnici je devadesát lůžek. Pět mužských a jedno ženské oddělení, které bývá málo využívané, protože ženy zřídka vycházejí ven. Ještě častěji než v roce 2013, kdy jsem tam byl na předchozí misi, jsem se setkával většinou se střeňnými poraněními. Bohužel je zde také velký počet odléčených dětí. Sedm z osmi lůžek na JIP je obsazeno právě jimi. Smutné je, že i do dětí se střílí a běžně tak ošetřujeme malé pacienty s průstřely hrudníku nebo hlavy. Občas se tak dostávám k postupům, které jsem do té doby jako břišní chirurg neměl příležitost provést. Stabilizaci páneve jsme prováděli v lokální anestezii pomocí dvou hřebů během pěti minut v ambulanci. Jako všeobecný chirurg se také nedostanu např. k plastické chirurgii. Dívce, která přišla o část kolenní kosti, jsem prováděl transplantaci svalu z lýtky a kůže do kolena a instaloval jsem zevní fixátor. Chlapci s ustřelenýmnosem a okem jsem prováděl transplan-

taci nosu, který jsem mu otáčel z čela, oko se zachránit nepodařilo. Je tam velký prostor pro fantazii, musíte si pomoci, jak to jen jde – například pro přemostění tepny v podkolenní jsem použil žaludeční sondu.

### Zhojení po brain out

Řada dětských pacientů má „pouze“ zlomené dlouhé kosti. Častým úrazem je také pád ze střechy, kde si hrají s draky, což je v Afghánistánu velmi rozšířená hra. Většinou spadnou na hlavu, takže léčíme i těžké úrazy hlavy, někdy způsobené i dopravní nehodou. Výkonem, k němuž bych se doma nedostal, byla například operace hlavy s naprosto bazálními nástroji, ale velmi dobrými výsledky. Chlapec Rahmudin byl léčen poté, co ho srazilo auto a způsobilo mu otevřenou zlomeninu lebeční kosti a tzv. brain out. Myslel jsem si, že to nepřžije. Pacient se i přes některé následky výborně zahojoval, za 14 dní zrehabilitoval, rozchodil se a v den propuštění začal znovu mluvit.

Mým nejmenším pacientem bylo roční dítě, které mělo po pádu z motorky krváčení do mozku, na příjmu bylo fakticky mrtvé. Konzultoval jsem možnost ope-



Rahmudin byl léčen poté, co ho srazilo auto a způsobilo mu otevřenou zlomeninu lebeční kosti a tzv. brain out. Myslel jsem si, že to nepřžije.

race s pražskými pediatry, kteří byli pro její provedení. Po operaci mělo dítě pohled stočený na stranu poranění. Po aplikaci manitolu se začalo dívat rovně a za deset dní bylo bez postižení propuštěno z nemocnice.

Činnost nemocnice, která je postavená na zelené louce a s vlastními generátory absolutně soběstačná, je po finanční i odborné stránce auditována. Ohledně péče sbíráme data, která pak pub-



Při mém odjezdu už Tálibán operoval přímo ve městě, v bezprostředním okolí nemocnice.



## ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST



Mým nejmenším pacientem bylo roční dítě, které mělo po pádu z motorky krvácení do mozku, na příjmu bylo fakticky mrtvé.



S Timorim. Ohledně péče sbíráme data, která pak publikujeme v medicínských časopisech, a to se stejnými výsledky, jakých dosahují např. v Mayo Clinic v USA.

likujeme v medicínských časopisech, a to se stejnými výsledky (za použití úplně základního vybavení), jakých dosahují např. v Mayo Clinic v USA.

### Lékařem jen s manželčím svolením

Pokud můžu porovnat s lékaři z Haity, kteří jsou zábavní a pořád se smějí, ale jejich úroveň vzdělání není úplně dobrá, afghánští lékaři jsou vážnější a extrémně vzdělaní. Vzdělání získávají v univerzitních nemocnicích v Kábulu a pak také v sousedním Tádžikistáně. Starší z nich mohli díky okupaci studovat i v Moskvě. Kromě toho mají tendenci se vzdělávat celoživotně, což českým lékařům často chybí. Po atestaci na to valná většina z nás kašle. Navíc jsou to krásní lidé, Peršané, a spolupráce s nimi je velmi podnětná. Jsou velmi pohostinní, například se s vámi ve službě podělí se o své jídlo, sdílí s vámi své názory. Při dlouhých nočních operacích se pak dozvíte, jak to funguje v afghánských rodinách, totiž že tam velí ženy. Dokonce jsem měl kolegu, který se musel každý den

ptát, jestli může jít do práce – když mu to manželka zakázala, nepřišel.

Z každého oboru je na misi přítomný jeden specialista, zbytek týmu tvoří místní. V každém projektu je také zastoupen psycholog, a to i pro členy týmu, protože občas se z té ponorky někdo skutečně zblázní. Ale hlavně je zde



Při dlouhých nočních operacích se pak dozvíte, jak to funguje v afghánských rodinách, totiž že tam velí ženy.

pro pacienty, kteří čelí náročným životním změnám. Děti přijdou o rodiče, rodiče o děti, pacienti o končetinu nebo o obě. Součástí týmu je také překladatel.

### Zhulení pacienti

Většina pacientů má bazální léčbu. Takoví pacienti by v našich podmínkách strávili na JIP třeba tři týdny, než by se dostali na standardní oddělení. Průměrná délka pobytu na zdejší JIP je 1,5 dne. Přitom se pacienti velmi dobře hojí a přežívají situace a traumata, o kterých se nám v domácích podmínkách ani nezdá. Míváme hromadné příjmy i deseti vážně zraněných, nemocnice ale zažila i hromadný příjem sedmdesáti raněných lidí, kteří leželi po zemi, všude krev, zmatek...

Podle oficiální statistiky je 15 % (nejspíš jich bude daleko víc) Afghánců závislých na opiu, takže na ně nepůsobí žádné utišující léky. Když je kvůli tomu léčba pacienta v ohrožení, necháte jej zakouřit si opium. Lze říci, že někteří pacienti jsou opravdu hodně „zhulení“.

### Prohlídka pod dekou

Expatky to mají ještě těžší než my muži, protože se musejí i v horu zahalovat do šátků. Vtipné je, že když se ženy vrací z misi a zastaví se v prvním městě, kde se šátky nemusí nosit, např. v Istanbulu, mají po sundání šátku podle svých slov pocit, jako by byly nahé.

V nemocnici v Kundúzu panuje relativní svoboda, takže tamní zaměstnanci považují ženy v pracovním kolektivu za sobě rovné. Jedna z expatek řídila místní JIP, a přestože se to v Afghánistánu běžně neděje, její mužští podřízení ji plně respektovali. Jinak



Jedna z expatek řídila místní JIP, a přestože se to v Afghánistánu běžně neděje, její místní mužští podřízení ji plně respektovali.



Na mužských odděleních pracují na pozicích sester pouze muži.

se Afghánci na ženy nekoukají, nemluví s nimi, nepodávají jim ruku. Jediné, co na veřejnosti můžete, třeba při loučení s odjíždějícími členkami mise, si s nimi plácnout, ale i tak se vás budou dívat divně.

Rozdělení v nemocnici je ale striktní – na mužských odděleních pracují na pozicích sester muži, na ženských ženy. Lékař má sice velké privilegium sáhnout na ženu, aby ji mohl vyšetřit, ale pouze tak, že vás pustí rukou pod deku. Neexistuje, abyste se podívali na centimetr čtvereční pupíku, což je v chirurgii problém. Musíte ale jejich přístupy plně respektovat. Jak moc odlišně žijí, je vidět na jejich reakcích, když se dozvídají o tom, jak žijeme v Evropě. Nejenže jim přijde absurdní situace, kdy páry mají sex před svatbou, ale letos jim naše psycholožka třeba vysvětlovala, co je to evoluce.

### Samopal od deseti let

Překvapilo mě, že zatímco pravou rukou Afghánci provádí všechno – jí, gestikulují –, levá ruka slouží výhradně k hygieně. A tak i chirurgové na sále operují pouze pravou, levou odmítali použít, což prodlužovalo operaci a vůbec to bylo velmi nešikovné.

Jinak 95 % Afghánců jsou lidé jako my. Rádi pěstují květiny, hradbou se v hlíně, chtějí svůj klid, věnují se rodině. Pouze 5 % obyvatel terorizuje zbytek. Ale třeba náš radiolog je tálibánc a nevdá to. Pokud zaměstnanec ctí zásady nemocnice, není zde ozbrojený, nevystupuje agresivně a dělá maximum pro to, aby pacientovi pomohl, pak jeho vyznání nerozhoduje. Navíc prakticky každý Afghánc má od deseti let na zádech pověšený samopal. Naštěstí všichni vědí, že do nemocnice se nesmí se zbraní, takže ji před návštěvou nemocnice odkládají už doma.

Jedním z místních zaměstnanců byl také Purdel, jehož českou přezdívku (s vynechaným u) netřeba vypisovat, který se v nemocnici stará o naši bezpečnost a každý den hlásí, jaká je ve městě bezpečnostní situace. Lékaři bez hranic mají gstupňovou škálu bezpečnosti, přičemž 1 je klidný stav. Každé ráno Purdel hlásil, že bezpečnostní stav je na stupni 1 – tedy klid. Ale pokračoval tím, že zabil 4 lidi, vybuchla policejní stanice, na kraji města stojí granátomety atd. Vždycky jsme si říkali, co pak musí být stupeň 9. Zřejmě totální vyhlazení.



## ROZHOVOR

# Má naše medicína a pacient perspektivu?

O pacientech, studentech medicíny, úspěších a limitech medicíny založené na důkazech a trochu i o duši jsme si povídali s přednostou Ústavu lékařské etiky 3. LF UK **Mgr. et Mgr. Markem Váchou, Ph.D.**

**Někdy mi připadá, když se pohybují v akademickém světě medicíny, že je tak plný doporučených postupů, výzkumných metodologií a vyšetřovacích protokolů, že jakmile do něj vstoupí nemocný člověk, tedy to živé, jako by si s ním tento svět forem ani nevěděl rady...**

Dotýkáte se problému, který je hlubší, než se na první pohled zdá. Když o tom člověk začne přemýšlet, tak se rychle poboří. Souvisí to s tím, jak definujeme člověka. Pravdou je, že v druhé polovině 20. století jsme v podstatě konstatovali, že člověk je suma orgánů, které je třeba případně opravit. Nemocníci jsme v souladu s tím začali pojmát jako továrnu na zdraví a když nějaká součástka v člověku přestala fungovat, tak jsme ji spolu s pacientem odeslali ke specialistovi. Tím ale začala znikat situace, kdy pacient přijde do nemocnice, kde své ošetřující lékař nezná, odebere se mu krev, a pokud laboratorní parametry nejsou v mantinelech, nasadí se mu léčba, která tyto parametry srovná. Subjektivní pocity pacienta nejsou měřitelné, takže na ně není brán zřetel. Pacient se stává játry nebo ledvinou. Zatímco v předchozích stoletích se vždy léčil pacient, ještě před třiceti lety byli lékaři trénováni k tomu, aby léčili nemocí. Na začátku 21. století si však začínáme uvědomovat, že toto je nějak špatně. Takže znovu ožívá instituce rodinného lékaře. Ten není specialistou, ale vnímá pacienta jako člověka žijícího v kontextu rodiny, většího celku, což tohoto lékaře zvýhodňuje oproti specialistovi, kterému se dostanou do rukou jen výsledky vyšetření. Do toho ovšem vstupují filosofové, kteří kladou otázku: „Může být vůbec člověk zdravý v rozbité rodině, rozbité společnosti a rozbité přírodě?“ A připomínají, že výraz health má stejný základ jako *whole* – celek –, nebo dokonce *holý* – svatý.

**Avšak v současnosti je ona celostní medicína, vycházející**

**cí z empirie a často i tisícileté tradice, odsouvána do pozadí a kritizována jako nevědecká. Místo toho se požaduje dodržování postupů vycházejících z medicíny založené na důkazech (EBM), která je rozštěpena do subspecializací. Takže se tento problém spíše prohlubuje...**

Ale ona je EB medicína velmi dobrá. Má však svoje limity, za které není schopná dohlédnout. Pokud totiž rozebereme člověka anatomicky a fyziologicky na součástky a těm porozumíme, ještě to neznamená, že chápeme, co je člověk. Pak se divíme, že nám pacienti utíkají za léčitelky a šamany. Ti pacienti by za nimi nechodili, kdyby byli se svými lékaři spokojeni. Takže to je dosti silný vzkaz, že přes všechny dosavadní úspěchy něco děláme špatně. A že léčba člověka potřebuje něco víc, něco z jiného vesmíru, než co nabízí systémem EBM.

**V řadě celostních systémů léčby se zdůrazňuje aspekt propojení – nejen vnitřního, ale i spojení člověka s nějakým větším celkem. Počínaje rodinou, společenstvím až přírodou nebo bohem. Tohle ovšem současná EBM nebere v potaz. Nejenže se soustředí na jednotlivé oddělené jednotky jako orgány nebo diagnózy, ale odmítá reflektovat také to, že člověk něco přesahuje.**

Jenže ona ta západní medicína v porovnání s východními přístupy v mnohém vítězí. Takové malomocenství vyléčí jednoznačně antibiotika, ne homeopatika nebo akupunktura. Západní medicína objevila účinnou léčbu na mnoho chorob. Na druhé straně, oslněna svými úspěchy by neměla odmítat východní přístupy, které propojují, které vidí spojení těla a duše. My jsme v 19. století shodili ze stolu, že existuje nějaká duše, a člověk se stal jen sumou buněk či orgánů, které je třeba opravit. Tím ovšem vznikl mrzák, protože člověk má obě složky, tělesnou i duševní, a obě je třeba brát vážně.



Foto: orko.cz

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., vystudoval molekulární biologii a teologii, doktorskou práci věnoval tématu etických dilemat v kontextu současné genetiky. Je autorem několika knih zabývajících se dialogem přírodních věd a teologie.

**V západní medicíně se o duši hovoří jen v souvislosti s duševní nemocí, částečně je snad ještě součástí psychosomatického přístupu. Jinak je zcela ignorována...**

Ale ta ignorace je pochopitelná. Vždyť 95 procent předmětů, které se vyučují na medicíně, jsou přírodovědné obory. Jsme zvyklí uvažovat v tabulkách, grafech a číslech, zajímá nás oblast, která je měřitelná. Na druhou stranu poté, co se studenti naučí anatomii, chemii a patologii a zjistí, jaké léčebné postupy mají používat, přijde na řadu lékařská etika, která najednou hovoří o svobodě. Dám vám příklad – já nakreslím, jak vypadá vzorec aminokyseliny, a řeknu vám, co to je, a ukáži vám ji na dlaní. Ale co je to lidská důstojnost? Co je to duše? To není z našeho světa, jak o ní budeme učit?

**Je to vůbec správná cesta výuky – naučit studenty spoustu teorie a až poté je pustit k pacientovi se schématem, který se budou na něm snažit uplatňovat?**

To jste mi nahrála na smeč. Protože takto se to učí všude, jen ne na naší 3. lékařské fakultě.

U nás jde student k pacientovi již v prvním ročníku a zároveň se učí teorii. Navíc jej od začátku konfrontujeme s oním celostním přístupem k pacientovi. Takže když stážíte například v porodnici, dozví se o etických problémech kolem početí, souvisejících genetických problémech a podobně. Snažíme se ho přimět, aby se na problém díval z různých stran.

**Vrátím se ještě ke sporu mezi tradiční nebo celostní medicínou a EB medicínou. Připadá mi, že se pozornost skeptiků upíná k podružnostem, jako je dokázat nebo vyvrátit, zda může homeopatický lék být účinný či zda existují meridiány v akupuntuře. Ale o tom to přece není. Pacient nechodí k homeopatovi proto, že věří v účinnou látku nebo energii obíhající v meridiánech. On tam chodí proto, že lékař na něj nemá čas, málo mu naslouchá, často jeho stesky bagatelizuje nebo zesměšňuje. Zde mají celostní lékaři navrch.**

Tohle je ale spíše sociální než lékařský problém. Žijeme ve společnosti, kde jsme děsivě sami a mnoho lidí, zejména starých, potřebuje sociální kontakt. Tito

lidé si pak chodí k lékaři ne proto, že jsou nemocní, nýbrž především proto, že si chtějí popovídat – a nemoc se již najde. A lékař supljuje funkci, kterou má zastávat tradiční tří- nebo čtyřgenerační rodina. Každý obvodák vám řekne, že za ním chodí lidé s naprostými banalitami. A protože je placený od výkonu a od bodů, je pak logicky vzteklý. Nelze se mu ani divit, že v současném systému zdravotnictví, kde je vystaven velkému a dlouhodobému stresu, vyhoří.

**Ale jak k tomu přijde pacient? Proč by měl chápat, že je lékař vyhořelý? Přichází přece oprávněně, se zdravotními problémy a očekává pomoc.**

Ano, to máte pravdu. Snažíme se našim medikům vštěpovat, že lékař je ten, kdo poskytuje služby a inkasuje za to peníze. Proto musí za každých okolností vystupovat profesionálně. Výzkumy nicméně ukazují, že studenti medicíny mají nejvyšší míru altruismu ze všech studentů vysokých škol. I když to platí ze začátku studia, na konci druhého ročníku vykazují míru altruismu nejnižší. Naštěstí to poté znovu začne stoupat. Ukazuje to ovšem na míru zátěže, které jsou medicí a mladí lékaři vystaveni.

**Máme si tedy zvyknout na arogantní vyhořelé lékaře jako normu?**

To rozhodně ne. Tento problém je řešitelný. Naše medicína je na světové úrovni, co se týče vědomostí a technologií. Naši studenti jsou vynikající v oblasti znalostí a dovedností, zaostávají však v třetím pilíři medicíny, v postojích. A všimněme si, že pokud pacienti vyjadřují svou nespokojenost s lékaři, pak se to týká ve většině případů jejich chování, arogantního přístupu a podobně, ne jejich dovedností a vědomostí. Tady máme pořád co dohánět.

**Řekla bych, že se to netýká jen českých lékařů, ale obecně lékařů postkomunistických zemí...**

To se znovu dostáváme na tenký led. Osobně si myslím, že ta doba je v nás tak hluboko zakořeněná, že minimálně moje generace musí vymřít, než se to změní. A moc rád bych se mýlil.

**Na druhé straně, někteří lidé se domnívají, že zde byly věci, které fungovaly v socialistickém zdravotnictví lépe. Třeba systém preventivní péče, byla také větší proočkovanosť...**

Já myslím, že za komunistů nic nefungovalo lépe než dnes. Ale je



## ROZHOVOR

pravda, že tato doba je více zaměřená na osobní odpovědnost člověka. A to ne každému vyhovuje. Není náhodou, že žijeme v době extremistických hnutí a sekt, které nabízejí vedení a pohodlné depopování odpovědnosti. Odpovědnost bolí. Svoboda je třeba se učit krok za krokem, je to proces. Na druhé straně ve vztahu lékař pacient se dnes odsuzuje princip paternality a zdůrazňuje se partnerství. Nemyslím si, že je to jednoznačně správné. Určité vedení pacienta lékařem má čtené výhody. A vezměte si, že za řadu věcí přebírá stále odpovědnost stát. Na jedné straně se stát tváří, že jsme-li osmnáct plus a kompetentní, můžeme rozhodovat o závažných otázkách chodu společnosti v rámci voleb nebo referend. Na druhé straně se chová velmi paternalisticky a má pragmatickou snahu ochránit občana před ním samotným, před následky jeho rozhodnutí. Viz povinné pásy v autě, zákaz kouření v restauracích, chvályhodná snaha o vytlačení tzv. hracích automatů a zákaz držení a prodeje měkkých drog. Na straně druhé když tentýž občan překročí práh nemocnice, má nejednou právo činit mnohonásobně závažnější rozhodnutí. Když jede svědek Jehovův do nemocnice na kole, policie ho může pokutovat za to, že nemá cyklistickou přilbu, ovšem již ne za to, že odmítne transfuzi krve a umře.

#### Hodně se také diskutuje o povinnosti očkování. Myslíte, že by mělo být dobrovolné?

Ne, jsem velký zastánce povinného očkování. Stejně tak si myslím, že by se mělo rodit v nemocnici. Nedávno jsem byl v Etiopii a tam probíhala kampaň nesoucí heslo: Ženy mají konečně právo rodit v nemocnici! To je přece paradox. Problém je, že ztrácíme historickou paměť. Nevidíme následky těžkých infekcí u neočkovaných, ženy si myslí, že je úžasné rodit v potoce.

#### Zastáváte zde pozici „racionálního přírodovědce“. Chtěla bych se nyní zeptat něco osobního. Jak se vám podařilo propojit vaše dvě povolání – kněžství a molekulární biologii?

Tuto otázku dostávám pravidelně při každém rozhovoru. Odpověď je vlastně triviálně jednoduchá. Když jsme hovořili o EB medicíně, dotkli jsme se toho, že tato medicína vnímá jen určitý rozměr v člověku, určitou výše celku. Umí si poradit s molekulami, orgány a léky, ale neví si rady s tím neměřitelným, s otázkou smyslu našeho přebývání zde, s lidskou psyché. Přírodní vědy umí dobře popsat jednotlivé struktury světa, ale již nemají metodologii na to, aby se zeptaly, jaký to má všechno smysl. Jakého příběhu jsem součástí? A jak to, že já, který jsem shlukem atomů a molekul, se ptám po smyslu bytí? Jak to, že toužím, miluji a trápím se? Pokud tedy učím molekulární biologii, vysvětluji studentům, co je to promotor a transkripční faktor, ale nesmím si dovolit v rámci této výuky konstatovat: Bůh je. Bůh není. Svět má smysl. Svět nemá smysl. To nejsou otázky ze světa přírodních věd. To jsou otázky filosofie, které nepatří do přednášky z molekulární genetiky.

#### Souvisí váš zájem o etiku s vaší katolickou vírou?

Etika nesusouví s vírou. Alespoň ne v tom smyslu, že bych si myslel, že někdo z nebe spustil na provázku svazek sešitů, kde by bylo napsáno, jak to „je“, a dál by se již nediskutovalo. Etika je věcí rozumu, všechno musí být zajištěno argumentačně. Mnoho lékařských etiků žije v náboženském kontextu, mnoho jiných ne a jsou zde židé i křesťané, agnostici i ateisté...

#### Pokud si ale kladete otázky o smyslu bytí, necítíte se rozpolceně, když vyučujete přírodovědní obor, který je (jak jste

#### sám uvedl) výšečí celku, a poté máte kázání, v němž je onen přesah?

Svět je jeden. Přírodovědec se zabývá tím, co lze měřit, zajímají ho dějiny světa od velkého třesku do dneška, jak vznikl vesmír, jak naše planeta a život na ní, jak naše vědomí. Umělec to nasvítí ze svého úhlu pohledu a mystik zase z toho svého. Není rozpor mezi uměním a vědou, jsou to dva směry lidského poznání. Podobně není rozpor mezi uměním a vírou, i zde malíř a mystik se v samotářích svých noci prosekávají k poznání. Podobně není rozpor mezi mystikou a vědou. Mystik nebude nikdy schopen objevit, že čtyři báze DNA jsou CACT. Vědec s mikroskopem a dalekohledem nikdy neuvidí smysl věcí, protože se „jaksi“ dívá z nesprávného místa či jak to říct.

#### Když tedy přednášíte molekulární biologii, nekladete si otázku, zda je tato metodologie pravdou? Zda jsme nevyjmuli kus z celku, který jsme označili za realitu, v níž se pohybujeme a jíž jsme uvěřili?

Tuto otázku si kladl mimo jiné fyzik Thomas Kuhn, který na dané téma v 60. letech napsal knihu „Struktura vědeckých revolucí“. Od té doby tato debata pokračuje. Základní myšlenka knihy je provokativní. Kuhn si kladl otázku, jak je možné, že Aristoteles byl tak vynikající filosof a zároveň tak mizerný přírodovědec, jak je možné, že v jednom mozku sídlila filosofická genialita a přírodovědecká naivita. Odpověď, že které dospěl, zní: Aristotelova přírodověda nebyla špatná přírodověda, byla to dobrá přírodověda, ale Aristoteles žil v jiném vesmíru. My bychom jistě řekli, že to je hloupost, neboť vesmír je přece stejný tehdy jako dnes! Kuhn přinesl jiný pohled na objektivní realitu – na zdánlivou neměnnost a stálost vesmíru, který jen

čeká na své konečné odhalení. Vyslovil domněnku, že možná vidíme jen to, co jsme připraveni vidět. Darwin při tvorbě evoluční teorie mohl vycházet z reality, kterou viděl kolem sebe na ulicích v první fázi bezuzdného kapitalismu, kde silní vítězí, slabí prohrávají. O sto let později přichází hnutí hippies s „make love, not war“, objevují se myšlenky ekologie a příroda je vnímána jako místo, kde se spolupracuje – včela přenáší pyl a dostává od vděčné květiny nektar. Dnes to vidíme zase jinak, ne tak romanticky. Otázkou ale je, co uvidíme za dalších sto let. Příroda může být jako Rorschachův test, do něhož si promítáme to, co jsme momentálně připraveni vidět. Naším studentům proto musíme stále připomínat, že to, co je učíme, není konečná pravda, ale současný stav poznání světa. Nepochybuji o tom, že tak, jak se dnes posmíváme ptolemaiovskému vidění světa, geocentrismu a třeba ještě newtonovské fyzice, budou se naši pravníci posmívat té naší „tehdejší“ biologii. Neučíme konečnou pravdu o světě, učíme stávající stav poznání. To je rozdíl.

#### Na začátku jste uvedl porovnání holy a holos. Svatý a celek. Je ještě možné lékařskou péči rozšířit, tak aby zahrnovala i duchovní rozměr člověka? V současnosti je spiritualita začleněna snad jen do oboru paliativní medicíny...

V našich končinách se obávám toho, že jakmile někdo vysloví slovo bůh nebo víra, okamžitě se v nás něco přepne na téma církevních restitucí, Bílé hory nebo potratů. Proto jsem se i trochu zdráhal použít výraz duše. Víra u nás je považována za něco, za co je třeba se stydět, s čím je třeba se schovávat. Naproti tomu v Německu, Anglii nebo USA je spiritualita daleko více součástí léčebné péče. Carl Gustav Jung

tvrdil, že člověk je nevyléčitelně náboženský a že bůh je přítomen, ať zván, či nezván. Myslím si to podobně. Věřím, že se spiritualita do českého lékařství znovu dostane, ale bude to opět trvat jednu až dvě generace.

#### Opakovaně slyším, že náboženství je třeba vymýtit co by zhoubu lidstva. Jiní navrhuji nahradit jej humanismem. Stačí nám humanismus?

Lidstvo to zkoušelo už několikrát. Vyhlásit nadvládu rozumu a shodit se stolu vše tmářské. Bylo to za Francouzské revoluce, německého nacismu, ruského stalinismu a komunistické Číny. Čtyři výboje, kdy jsme to zkusili postavit na sobě, bez Pána Boha a bez jakékoli náboženské kontaminace. Vždycky to začínalo budovatelstvími písněmi, velkými idejemi a nadšením a končilo gilotinami, gulagy, koncentračními tábory. Myšlenka, že my máme, jak to je, máme recept na štěstí a víme, co je třeba udělat, jen ty církve nám v tom brání, se zakládá na velikánském omylu. Na druhé straně, my všichni – ateisté, agnostici, věřící, humanisté – jsme na jedné lodi a všichni si neseme své pochybnosti a svá pochybení. Nikdo z nás není dokonalý. A dokonalost nelze čekat ani od žádného řádu a žádného náboženství.

#### Vyučujete lékařskou etiku. Co považujete za největší bioetickou výzvu do budoucnosti?

Myslím, že rozevíráním nůžek mezi tím, co technicky dokážeme a co si smíme dovolit morálně. Za jednu z vůbec největších výzev považuji otázky týkající se začátku lidského života, tedy neonatální bioetiku. Především co se týče vkládání genů našeho zájmu do embryí. Předpokládám, že během deseti dvaceti let budeme čelit riziku nové eugeniky.

Andrea Skálová





## KVÍZ

# 15 prvenství a objevů v medicíně

1. První historicky doložená krevní transfuze proběhla roku 1665 v britském Oxfordu. Fyziolog Richard Lower tehdy pomocí stříbrné trubičky spojil krční tepny dvou zvířat. Víte, která zvířata pro svůj pokus použil?



- a) ovce
- b) telata
- c) psy

2. Florence Nightingaleovou jistě není třeba představovat – britská sestra položila v 19. století základy moderní ošetrovatelské péče, které platí v podstatě dodnes. Definovala rovněž 5 základních elementů správné vedené ošetrovatelské péče. Dokážete je vyjmenovat?



- a) zdravé prostředí, zdravý vzduch, funkční odpady, světlo a čistota
- b) zdravé prostředí, zdravý vzduch, lidskost, světlo a čistota
- c) zdravé prostředí, zdravý rozum, funkční odpady, světlo a čistota

3. V září 1884 byla ve Vídni provedena první operace oka u pacienta v místní anestezii. Vedl ji Karl Koller, rakouský lékař, ale rodák z české Sušice, který díky této operaci zavedl používání místní anestezie do praxe. Pro znecitlivnění oka byla aplikována látka, kterou byste v lé-

kařství dnes nejspíš nehledali. Víte jaká?



- a) opium
- b) heroin
- c) kokain

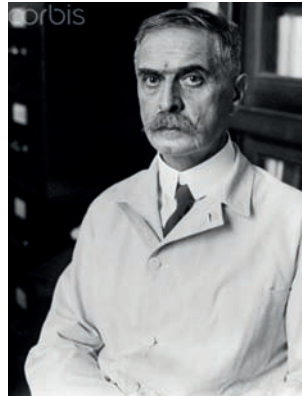
4. Německý fyzik Wilhelm Conrad Röntgen se do dějin medicíny zapsal v roce 1895, když objevil paprsky X, jež dnes nesou jeho jméno. Jeho objev způsobil v mnoha oborech přímo revoluci. Obdržel však vědec za svou práci Nobelovu cenu?



- a) ano, v roce 1901, byl dokonce mezi historicky prvními laureáty
- b) ano, v roce 1919, původně měl cenu obdržet o 2 roky dříve, kvůli 1. sv. válce došlo k posunu
- c) ne, nepomohla ani opakovaná nominace; Královská akademie věd tuto skutečnost sama označila za jeden z největších omylů

5. Český lékař Jan Janský objevil roku 1907 čtyři krevní skupiny, čímž se nesmazatelně zapsal do dějin medicíny. Jenže nebyl první, kdo s rozdělením krve na skupiny podle aglutinačních vlastností přišel. Tím byl roku 1901 vídeňský lékař a držitel Nobelovy ceny, který však rozlišil pouze tři krevní skupiny – A, B a 0 (čtvrtou ani objevit nemohl – žádný ze skupiny pacientů, jejichž

krev zkoumal, ji totiž neměl). Jak se tento významný vědec jmenoval?



- a) Alexander S. Wiener
- b) Karl Landsteiner
- c) Otto Löwi

6. Vůbec první transplantaci na světě provedl 7. prosince roku 1905 rakouský oftalmolog Eduard Konrád Zirm. Jednalo se o transplantaci oční rohovky a rozhodně není bez zajímavosti, že k této operaci došlo na území dnešní České republiky. Oční klinika které nemocnice byla svědkem tohoto přelomu?



- a) dnešní Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
- b) dnešní FN Olomouc
- c) dnešní FN U sv. Anny v Brně

7. Že je jméno kanadského vědce Fredericka Bantina spjato s objevem inzulinu, za který byl roku 1923 „odměněn“ Nobelovou cenou, ví každý. Společně s ním byl oceněn i John James Rickard Macleod, který na objevu spolupracoval. S tím však Frederick Banting nesouhlasil – Macleodovy zásluhy byly podle něj značně omezené. Cenu měl dle jeho názoru získat i někdo další. V roce 1972 to ostatně uznala i Nobelova na-

dace. Kdo byl oním „opomenutým“ vědcem?



- a) James Collip
- b) John Alexander Hopps
- c) Charles Herbert Best

8. V roce 1928 objevil Alexander Fleming šťastnou náhodou penicilin, za který v roce 1945 získal Nobelovu cenu. Látku se však dlouho nedařilo izolovat, od objevu uběhlo 12 let, než se oxfordským vědcům Ernstu Chainovi a Howardu Floreyovi izolovat penicilin podařilo. Kdy bylo antibiotikum poprvé použito u člověka?



- a) 1939
- b) 1940
- c) 1941

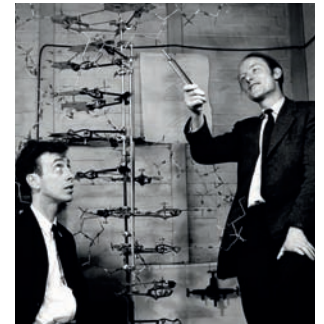
9. V roce 1947 získala Nobelovu cenu za lékařství a fyziologii



první žena v historii. Laureátkou se stala pražská rodačka, která ocenění společně se svým manželem a fyziologem Bernardem Houssayem obdržela za objev funkce hormonů předního laloku hypofýzy při metabolismu cukrů. Jak se jmenovala?

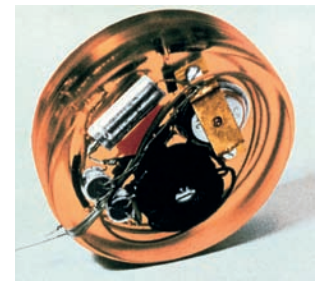
- a) Rosalyn Yalowová
- b) Gerty Theresa Coriová
- c) Gertrude Belle Elionová

10. Molekula DNA byla jako taková poprvé objevena švýcarským lékařem Friedrichem Miescherem v roce 1869. Do popsaní charakteristické struktury DNA uplynulo 84 let, během nichž se však například podařilo dokázat roli DNA v přenosu genetické informace (1943, Averyho-MacLeodův-McCartyho experiment). V roce 1953 strukturu DNA objevili v Cambridge dva mladí vědci. Kteří?



- a) James Watson a Francis Crick
- b) Erwin Chargaff a Linus Pauling
- c) Sydney Brenner a Roger D. Kornberg

11. První klinickou implantací kardiostimulátoru provedl Ake Senning ve švédském Karolinska Institutet. Navrhl jej Rune Elmqvist a příjemcem přístroje byl Arne Larson. Ačkoli kardiostimulátor selhal po 3 hodinách, další již vydržel dva dny. Ostatně Larson za svůj život vystřídal 26 různých kardiostimulátorů. Zemřel v roce 2001, v úctyhodných 86 letech

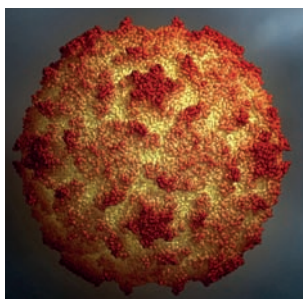




– a přežil tak Senninga i Elmqvista. Tipnete si, kdy k implantaci prvního kardiostimulátoru došlo?

- a) 1958
- b) 1961
- c) 1964

12. Československo si v roce 1960 připsalo velmi významné prvenství – jako jediná země na světě totiž vymýtilo onemocnění, jež se navzdory nejrůznějším mezinárodním snahám stále nedaří zcela eradikovat (dnes se endemicky vyskytuje ve třech zemích, v Evropě bylo vymýceno roku 2002). O jakou chorobu se jedná?



- a) pravé neštovice
- b) dětská obrna
- c) záškrť

13. Narození Louise Brownové 26. července 1978 v anglickém Oldhamu znamenalo významný přelom v boji s neplodností. Byla totiž prvním miminkem, které přišlo na svět po

umělém oplodnění. Stalo se tak díky úsilí britského fyziologa, jednoho z průkopníků reprodukční medicíny, který v roce 2010 získal Nobelovu cenu. Vzpomenete si, jak se tento významný vědec jmenoval?



- a) Patrick Steptoe
- b) Peter Brindsen
- c) Robert G. Edwards

14. Ovečku Dolly zná nejspíš každý – stala se prvním savcem naklonovaným ze somatických buněk dospělého jedince v historii. Dolly se dožila necelých 7 let a jak její „stvořitelé“ zjistili, buňky v jejím těle už dva



roky po narození vykazovaly znaky mnohem staršího zvířete. Ke konci života trpěla artritidou, jež se u takto starých ovcí běžně nevyskytuje. Přesto ovce přivedla na svět 6 zdravých jehňat. Vybavíte si, v kterém roce se Dolly narodila?

- a) 1996
- b) 1998
- c) 2000

15. Transplantace obličejů patří logicky k vůbec nejkomplikovanějším zákrokům – nejen pro lékaře, ale i pacienta, jemuž v podstatě poskytne novou identitu. První částečná transplantace obličejů byla provedena v roce 2005 ve Francii, na celkovou transplantaci obličejů svět čekal dalších 5 let. Lékaři z které země zákrok provedli?



- a) Spojené státy americké
- b) Polsko
- c) Španělsko

Květa Havlová

Správné odpovědi: 1c, 2a, 3c, 4a, 5b, 6b, 7c, 8c, 9b, 10a, 11a, 12b, 13c, 14a, 15c

## Jazykové podsvětí...

...aneb co nás pobavilo při korektuře našich novin

- okomentoval pro Zdravotnictví a medínu – *vida, jak jsme světovní...*
- čekací doby se u pacientů s národovými onemocněními pohybují okolo 3 týdnů – *i „nic než národ“ je svým způsobem diagnóza...*
- Červené víno ženám prospívá. Je zdrojem rozptýlení, napomáhá spontánnímu početí (tisková zpráva) – *díky červenému vínu už se narodilo dětí...*
- výskyt pneumonií stoupá po 65 letech – *takže většina z nás může být úplně v klidu...*
- výživová cévka se otočí o 360 stupňů Celsia – *zajímavý fyzikální úkaz...*
- děti léčené inzulínovou pumpou – *poněkud drastická terapie...*
- zjišťujeme, zda je pacient lačný – *nejspíš podle lačného pohledu...*
- lékař dosud nemusel řešit, zda se částka za jeho odpravu neodrazí na daňovém základu – *aneb daňové poradenství v praxi...*
- obchod s pesudoeferedinovými přípravky – *některá slova nám prostě dělají problémy...*
- Formulář obsahuje i vyjádření příslušných lékařských odporností – *v našem státě se jistě najde i takový formulář...*
- Pokud bude pacient umístěn na internetu, je to 3500 Kč na den. – *zajímavé novinky v podání zdravotních pojišťoven...*
- Prezidentka ČAS hovořila o potřebě motivovat sestry, aby pracovaly doma. – *neboť péče u lůžka je již překonanou záležitostí...*
- zřizovatelem je tedy současně stát a prostřednictvím Milosrdných bratří i stát – *takové vlastnictví pod obojí...*
- valorizace plateb za stání pojištěnce – *kdo sedí, žádné valorizace se nedočká...*
- výsledkem je až dramatické zlepšení kvality nemocných – *neboť s nekvalitními nemocnými si umíme poradit...*
- Endoskopické pracoviště Vítkovické nemocnice se spolu s pražským IKEM stalo jedním z dvou pracovišť v České republice, které vlastní tento unikátní optický přístroj – *jak složitě napsat, že jsou přístroje i pracoviště jen dvě...*
- Určeno pro novorozence a kojence pod 12 měsíců věku, pokud jsou jejich děti ze země s vysokou prevalencí tuberkulózy – *to nejspíš nebude příliš rozšířená vakcína...*
- Čeští a slovenští plicní lékaři se sjíždí – *chtějí řešit závažné nemoci – protože když řešit závažné nemoci, tak jen s kvalitním materiálem...*

(kha)





## Z HISTORIE

# Historie a současnost

## válečné chirurgie a ošetřovatelství – 1. díl

Historické prameny se poprvé zmiňují o chirurgické formě pomoci od období kolem roku 4600 př. n. l. Tyto zmínky pochází z babylonské, staroegyptské, indické a asyrské civilizace. V těchto dobách se léčním a chirurgií zabývali převážně kněží.

**P**řestože kněží (orientálních národů) prováděli balzamování těl, byly jejich anatomické znalosti minimální. V tomto období prováděli zákroky, jako je obřízka, stavění krvácení pomocí rozžhaveného železa, šití střev a venesekce (obnažení žíly). Jelikož neexistovala anestezie, jak ji známe dnes, používali k obluznění pacienta různých odvarů z rostlin (mandragora, mák, hašiš).

### Mezopotámie

Sumerská civilizace vytvořila klínové písmo. Archeologové našli 30 tisíc hliněných destiček s texty. Z toho přibližně 800 se jich zabývá lékařskou tematikou (jedna z desek se pokládá za první lékařský předpis). Sumerové vyvinuli různé lékařské techniky, při nichž využívali měděných nástrojů s obsidiánovou opracovanou hlavicí, které používali jako skalpely, trepany a další nástroje. Chamurapiho zákoník obsahuje různé právní předpisy (např. useknutí ruky lékaři kvůli nepovedené operaci, která vedla ke smrti). V zákoníku se také píše, že v armádách asyrských králů působili váleční chirurgové. Asyřané mrzачili své zajatce, čehož lékaři v té době využívali ke zlepšení vědomostí a znalostí pro léčbu svých pacientů. Tento fakt vyplývá z archeologických nálezů, které zahrnovaly skalpel, pilku a různé typy nožů.



Chamurapiho zákoník



Papyrus Edwina Smitha

### Starověký Egypt

První pojednání o chirurgii sepsal Imhotep kolem r. 2700 př. n. l. (lékař, válečný chirurg, architekt), byl nazýván „lékařem bohů a lidí“. Na sloupu chrámu v Memphisu byla nalezena nejstarší lékařská rytina zobrazující postup při provádění obřízky. Nálezem tzv. Ebersova papyru (podle jeho objevitele) došlo k nejvýznamnějšímu objevu, který se zabýval staroegyptskými znalostmi medicíny. Ebersův papyrus je považován za nejstarší doklad o medicíně. Papyrus je 20 metrů dlouhý a jeho vznik se datuje k roku 1550 př. n. l. Obsahuje recepty, popisy nemocí, lékopisy a kosmetická ošetření.

Dalším důležitým objevem, který zlepšil naši představu o egyptské chirurgii, byl nález papyru, v němž bylo popsáno 48 různých typů poranění zasahujících oblast hlavy a hrudníku. Nalezl jej americký egyptolog Edwin Smith roku 1862, po něm se též označuje jako papyrus Edwina Smitha. Doba vzniku textu není známa, jednalo se o pouhou kopii, která pochází ze 17. století př. n. l. Má se za to, že tato kopie je přepisem z originálu, který sepsal Imhotep. Staroegyptští chirurgové byli specialisté na válečná poranění. Dokládají to archeologické nálezy chirurgického náčiní, které používali na trepanace lebky, amputace a podvazování cév. Egyptská chirurgie se zabývala především ošetřením úrazů a fraktur kostí.

Lékaři při něm využívali šití a vypalování ran. Na rány používali obvazy namočené v medu, tuku či pryskyřici. Ve Smithově papyru se také objevuje první zmínka o rakovině a jejím léčení. Popisuje i další závažná onemocnění, s nimiž si tehdejší medicína dokázala poradit. Proti revmatismu používali Egypťané s úspěchem celer a šafrán. Štáva z granátových jablek sloužila k odstraňování střečních parazitů, zejména tasemnic. Zaživací problémy tlumily přípravky z blínu. Zranění se ošetřovala medem, pryskyřicemi a některými kovy, které mají prokazatelné antibakteriální účinky.

### Starověké Řecko

Prvotní pohled do medicíny Řecka nám nabízí Homérův epos *Ilias*, který se zmiňuje o synech Asklepiea (thesalský král, později v řecké mytologii bůh lékařství) Machaónovi a Podalieriovi. Byli to vojenští lékaři a zároveň vojevůdci Řeků obléhajících Troju. Homér přikládá velký význam roli vojenského lékaře. Především jeho vlivu na bojovou morálku útvaru.

Homér líčí: „Machaón byl zraněn trojhranným šípem na pravé lopatce a tím byla ochromena bojová morálka řeckého vojska. Ustupuje před Hektorem a na čas přerušuje boj. Král Idomeneus nařizuje zraněného lékaře ihned odvézt.“

Vědci, kteří se zabývali počtem zranění v eposu *Ilias*, jich napočítali 147 (106 zranění oštěpem, 17 ran mečem a po 12 zásazích šípem a prakem). Při vlnění šípu postupovali staří Řekové následovně: vytažení šípu, vysátí rány, následně aplikovali hojivou mast. Podle Lykurgových zákonů pocházejících z roku 750 př. n. l. je známo, že ve spartských vojscích museli být polní lékaři. Spartský vojevůdce Xenofón měl po své porážce u Babylonu při návratu vojska k Černému moři osm polních lékařů. Významnou osobností této doby byl Hippokratés. Ve své mono-



Řecké nástroje

grafii *Corpus Hippocraticum* shrnuje všechny poznatky o tehdejší medicíně. Obsahuje Hippokratovu přísahu. Lékařům Hippokratovy doby bylo doporučeno amputovat končetiny až za vzniku gangrén. Ti však tuto práci přenechávali těm, kteří ošetřovali válečná poranění. Řídili se Hippokratovou přísahou, že do těl lidských řezat nebudou. Chirurgie v této době byla považovaná za něco méněcenného. Hippokratés určil tři základní pravidla při amputacích: odstranit nemocnou tkáň, snížit invaliditu a zachránit život.

### Starověký Řím

Z nápísů na náhrobních kamelech vyplývá, že vojenští lékaři měli nízké armádní hodnosti a dostávali všechno vybavení stejné jako řadoví vojáci. Též je na nápisech i zmínka o vojenských lékařích, jejichž věk byl 72 a 85 let. Měli však oproti obvyklým vojákům výhody stejné jako lékaři civilní: nemuseli platit daně, mohli během své služby uzavřít sňatek a byli osvobozeni od jistých občanských úkonů. Jedním z cenných nálezů z roku 1925 byl tzv. Bingenský poklad, který obsahoval na sedmdesát různých nástrojů římského válečného lékaře. Mezi nalezené nástroje patří například skalpely, háky, dláta, pinzety, amputační pilky atd. Tyto nástroje byly z bronzu a železa. Římská vojska zakládala vojenské lazarety, které byly sofistikovaně propracované. Nalezli bychom tam lázně, kanalizace, latríny a velké osvětlené chodby. Jejich stavba byla závislá na římských dobovačných taženích. Měli propracovaný systém péče o zraněné vojáky. Válečných tažení se účastnili ranhojiči a lékaři. Řím-

ští velitelé si uvědomovali potřebu včasného ošetření.

Celsus (narozen počátkem 1. století) byl významná osobnost. Ač nebyl lékařem, tyto zkušenosti získal léčbou rodiny a přátel. Věnoval se teorii i praktickým dovednostem. Celsus si získal přezdívku „Cicero mezi lékaři“ díky svému psanému projevu v latině. Dochovalo se 8 knih, které popisují období medicíny od dob Trojské války. Celsiovy knihy se zabývají ochranou zdraví a stravovacími návyky, příznaky chorob, systémovými nemocemi (popisovanými od hlavy k patě), chirurgií a pojednávají o frakturách, rupturách a luxacích (zde uvádí 4 základní známky zánětu, na které si musí dát chirurg pozor: *calor, rubor, dolor a tumor*). V jedné z těchto knih se zabývá vyjímáním šípů tak, aby došlo k co nejmenší destrukci okolních tkání. Doporučuje použití speciálního nástroje, tzv. Dioklovly lízce.



Chirurgické nástroje z Říma

Galénos (narozen 129 n. l. v Pergamu) je považován za kolos římského lékařství. Zabýval se širokým spektrem medicínských problémů. Dostalo se mu možnosti studovat medicínu, kterou později využil jako lékař gladiátorů. Získal znalosti ošetření různých typů ran (bodné, řezné, trzné atd.). Vnímá důležitost čistoty rány i přesto, že si nebyl vědom bakteriální infekce. Zabýval se experimentováním v medicíně. Ve svých výzkumech se však i mýlil (např. že játra jsou východiskem žil celého organismu).

Bc. Ondřej Machala, DIS,  
Machala.O@seznam.cz

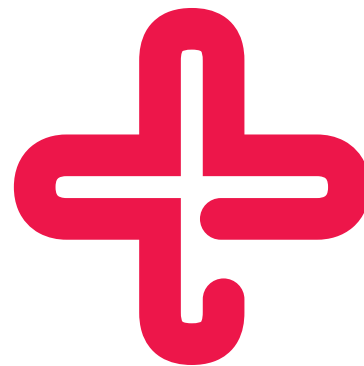
Bc. Vojtěch Karpíšek, DIS,  
vojtechkarpisek@gmail.com

1. interní klinika FN Plzeň, klinická hemodialýza,  
Zdroje: k dispozici u autorů



# Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



**38 / Bezpečnost pacienta**  
Medicínské chyby  
– ako nepoškodit pacienta

**40 / Farmakologie**  
Farmaceutická léčba  
u dětí

**46 / Multikulturní ošetrovatelství**  
Role multikulturního  
ošetrovatelství v praxi sestry



# Realizace a ukládání EKG záznamů v elektronické podobě na Pracovišti medicíny dospělého věku

Realizace EKG a pořízení jeho záznamu patří k základním vyšetřovacím metodám, kdy je pro lékaře důležité zhodnocení celkového zdravotního stavu i na základě vyhotoveného elektrokardiogramu. EKG záznam je cenným zdrojem informací o zdravotním stavu pacienta a stejně významný je i při vyhodnocení kritické situace.

**N**a pracovišti Diagnosticko-terapeutického centra (DTC) FN Brno je soustředěno několik interních ambulančních, kde je prioritou mimo jiné i vytvoření kvalitního EKG záznamu. V rámci objednávaní spotřebního materiálu jsme zjistili příliš vysoké finanční nákladnosti na EKG papír. Tato skutečnost nás přivedla k zamyšlení nad snížením finančních nákladů. Následně jsme v roce 2013 předložili Grantové komisi ve FN Brno téma projektu s názvem „Realizace a ukládání EKG záznamů v elektronické podobě na Pracovišti medicíny dospělého věku“. Grant s uvedenou tematikou nám byl přidělen pod číslem 6/12 a řešen na základě institucionální podpory MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

**V rámci grantu jsme si stanovili následující cíle:**

- Vytvořit seznam všech EKG přístrojů na PMDV ve FN Brno

a zjištění využití daných přístrojů pro ukládání EKG záznamů do centrálního úložiště.

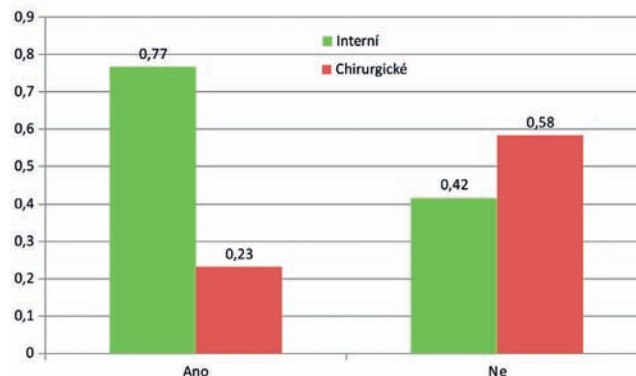
- Vyhodnotit náklady na stávající provoz EKG přístrojů.
- Ve zkušebním provozu ověřit možnost ukládání záznamů v elektronické podobě a jejich využití v praxi.
- Vyhodnotit předpokládané náklady na zavedení ukládání EKG záznamů v elektronické podobě do centrálního úložiště.
- Vypracovat časový harmonogram pro realizaci ukládání EKG záznamů v elektronické podobě.

## Realizace stanoveného projektu

Na Pracovišti medicíny dospělého věku (PMDV) je evidovaných celkem 67 EKG přístrojů. Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu EKG lze teoreticky použít 29 přístrojů pro úložiště EKG záznamů v elektronické podobě. U evidovaných přístrojů probíhá pravi-

delná bezpečnostně technická kontrola, kdy finanční zatížení na jeden přístroj činí od 1000 do 3300 Kč. Výše částky závisí na typu přístroje, firmě provádějící technickou kontrolu a smluvních podmínkách s nemocnicí. Po zpracování získaných dat proběhlo vyhodnocení ročních finančních nákladů na spotřebu termopapíru, kdy celková částka činila u interních oborů 254 757 Kč a u chirurgických oborů 38 826 Kč.

Ke splnění stanoveného cíle bylo nutné zapůjčení EKG přístroje s programovým vybavením na ukládání EKG záznamů. Pro vzdálené nahlížení a hodnocení byly nainstalovány programy na příjmové interní ambulance s nepřetržitým provozem a byl seznámen i zaškolen personál. K ověření ukládání záznamů v elektronické podobě jsme pracovali s certifikovanými prohlížeči. Během zkušebního provozu v roce 2013



Zájem o elektronické ukládání EKG záznamu ve FN Brno | Foto: archiv autorek

bylo natočeno 3179 EKG záznamů, část vyšetření byla zdokumentována i v papírové podobě. Po natočení záznamu měl lékař možnost ihned zhodnotit EKG křivku i ve vzdálené ambulanci a reagovat tak na případné změny v záznamu.

V průběhu zkušebních měsíců byly prováděny edukační pohovory a informační přednášky pro NLZP i lékaře. Následně byly vyhodnoceny dotazy a připomínky k testovacímu provozu. V letech 2013–2014 bylo na EKG přístroji Cardioline v rámci Centrálního interního příjmu natočeno 6785 pacientů a vytištěno 11 427 stran s EKG záznamem. Náklady na papír A4 byly 1371 Kč a na toner do EKG přístroje 9278 Kč. Celkové náklady při zkušebním provozu jednoho EKG přístroje dosáhly 10 649 Kč.

## Závěr

Elektrokardiogram (EKG) je jedním z nejjednodušších vyšetření v kardiologii, které však umožňuje odhalení většiny závažnějších srdečních onemocnění. Jedná se o rychlé, zcela bezbolestné vyšetření. V rámci našeho zkušebního projektu ukládání EKG záznamů do centrálního úložiště na pracovišti Centrálního interního příjmu jsme zaznamenali následující pozitiva. Řadíme mezi ně plné propojení s nemocničním informačním systémem – zamezení opakovaných EKG záznamů u pacientů v rámci PMDV. Dále využití běžných počítačů pro prohlížení pořízených záznamů, tisk na kancelářský papír a následnou

archivaci záznamu. Projektem bylo zjištěno snížení finančních nákladů na termopapír, možná spolupráce s libovolnými EKG přístroji, úspora času a včasná diagnostika. Při zkušebním provozu se vyskytla i určitá negativa, která se projevila vysokou citlivostí při samotném natáčení záznamu. Byla způsobena pohybem pacienta při vyšetření, a proto se musel vyhotovit nový záznam. Testováním bylo dále zjištěno, že pracovní režim PC není přizpůsoben podmínkám nepřetržitého provozu. Jisté problémy se vyskytly i při tisku EKG záznamu, který byl někdy nekalitní.

Na základě výzkumu jsme také zjišťovali zájem o elektronické ukládání EKG záznamu. Šetřením bylo zjištěno, že po souhlas se vyslovilo 33 (76,74 %) respondentů z interních pracovišť a z chirurgických oborů jen 10 (23,26 %). S ukládáním nesouhlasilo celkem 10 (41,67 %) dotázaných z interních oborů a 14 (58,33 %) respondentů z chirurgických oborů (viz graf). I přes určitá negativa jsme přesvědčeni o významné úspoře EKG papíru na Pracovišti medicíny dospělého věku a zamezení duplicit vyšetření.

Literatura u autorek

- Mgr. Táňa Bartošová, vrchní sestra DTC, FN Brno, [tana.bartosova@fnbrno.cz](mailto:tana.bartosova@fnbrno.cz),  
Bc. Dagmar Churá, staniční sestra DTC, FN Brno, [dagmar.chura@fnbrno.cz](mailto:dagmar.chura@fnbrno.cz),  
Simona Křížová, staniční sestra DTC, FN Brno, [simona.krizova@fnbrno.cz](mailto:simona.krizova@fnbrno.cz)  
(a kolektiv)

## Lékaři a sestry jsou partnery Doktor není vševěd

Mezi nejčastější neurologická onemocnění patří epilepsie. Její léčba je u nás na vysoké úrovni. Jedním z komplexních epileptologických center, která se zabývají komplikovanějšími případy této nemoci, je kromě pražské FN Motol a brněnské FN U sv. Anny také Nemocnice Na Homolce v Praze.

Neurochirurgové tu ročně vyšetří více než dvě tisícovky nemocných a operují asi 30 pacientů. A navíc – jako jediné centrum nejen u nás, ale i v Evropě – provádějí i léčebné zásahy do ložiska ve spánkovém laloku minimálně invazivním způsobem, tzv. stereotaktickým zákrokem z drobného návrtní lebký.



plně destruktivně přesně určené oblasti mozkové tkáně. Výsledky tohoto výkonu jsou srovnatelné s klasickou v tomto případě s minimální zátěží pro pacienta. Zárok trvá maximálně hodinu a probíhá pouze při místním znecitlivění; pacient je při vědomí, nic ho nebolí a po zhruba týdenním sledování odchází domů. Na neurologickém oddělení Nemocnice Na Homolce pracuje i MUDr. Zdeněk Vojtěch, Ph.D. (na fotografii). A právě jeho jsme

se zeptali, jak při své práci oceňuje pomoc sester. „Musím říci, že si ji nemohu vynachválit. Po studiu na střední zdravotnické škole se sestry postupně musejí naučit spoustu nových věcí. U nás – kromě toho, že chápou specifika této nemoci a pomáhají pacientům při běžných úkonech – skvěle obsluhují monitorovací jednotku a kromě EEG i samostatně zajišťují řadu dalších vyšetření a zákroků, které nám dnes při diagnostice a léčbě pacientů pomáhají. Za sebe i své kolegy je mohu pochválit i za to, že nám při nedostatku času umějí i vyhledat materiály pro přednášky a semináře i nejrůznější důležité kontakty. Žádný doktor není vševěd. Když pozorují jejich práci při společných službách, zjišťují, že často mají lepší znalosti než leckterý lékař s čerstvým diplomem.“ (Jh)



# Ošetřování klienta v terminálním stadiu s bolestí v domácí péči

Článek seznamuje s vysvětlením základních pojmů dané problematiky – domácí péče, paliativní péče a bolest. Také pojednává o postupu ošetřování nemocného s bolestí v terminálním stadiu v domácí péči.

**D**omácí péče je přirozený způsob ošetřování nemocného, protože se provádí u pacienta doma. V dnešní době dochází k masivnímu rozvoji této péče a na její rozvoj má vliv mnoho společenských faktorů. Nejčastějšími faktory jsou stoupající náklady na zdravotní péči, stárnutí obyvatelstva, rostoucí poptávka veřejnosti, rozvoj moderních technologií a změny ve zdravotnické legislativě (Jarošová, 2007). Cílem domácí péče je pomáhat nemocnému a jeho rodině zachovat tělesnou, duševní a sociální pohodu, zachovat kvalitu života, umožnit umírat v domácím prostředí, udržovat a zvyšovat kvalitu života, zajišťovat a dodržovat léčebný režim. Výhodou domácí péče je zkracování doby hospitalizace, individualizovaná péče, její komplexnost (léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační, sociální, psychoterapeutická) a dlouhodobost (Jarošová, 2007).

Mezi nejčastější symptomy pokročilých stadií onemocnění patří bolest, která slouží jako obranný mechanismus. Má hlavní vliv na aktuální prožívání a pohodlí pacienta. Dokáže ovlivnit radost ze života, náladu, motivaci nemocného, spolupráci při léčbě. Tyto faktory pak zpětně ovlivňují vnímání a prožívání bolesti. Pokud se bolest neléčí, dochází ke snížené soběstačnosti až k imobilitě, pacient trpí nechutenstvím, čímž dochází k malnutrii až kachexii. Bolest má také vliv na sociální dysfunkci a následnou izolaci (Sláma, 2007). Ošetrovatelská péče by měla být provázená láskou, ochotou a něhou. Je důležité otázku bolesti zavčas řešit a dopředu myslet na to, aby bylo zajištěno základní pokrytí bolesti. Je nutné klienta poučit, aby včas upozornil na blížící se bolest. Bolest se musí řešit včas, protože nevládnutelná bolest se léčí obtížněji a pacienta stojí hodně sil (zpracováno dle standardů Charity Opava). Při ošetřování klienta s bolestí se nesmí také zapomínat na jeho potřeby, ať už fyziologické nebo vyšší. Každé kro-

ky léčby a ošetřování musí být schváleny samotným pacientem a popřípadě jeho rodinou. Můžeme tak předejít strachu a obavám. Je důležité myslet také na omezení, která má klient kvůli bolesti. Může se jednat o zhoršený příjem tekutin a jídla, obtížné vyprazdňování, omezenou pohyblivost, narušení spánku, potíže spojené s hygienou a oblékáním, problémy spojené s údržbou domácnosti a nákupy.

## Co ukázal výzkum

Cílem výzkumné části bylo zjistit, jak je klient s bolestí v terminálním stadiu v domácí péči ošetřován a do jaké míry je s ní spokojen. Výzkum byl realizován v agentuře domácí péče Charita Opava a praktická část byla zpracována na základě kvalitativního šetření pomocí kazuistiky. Vzorek respondentů (6 žen a 6 mužů) tvořili klienti s onkologickým onemocněním v terminálním stadiu, kteří byli ošetřováni v domácí péči. Nejstarší ženě bylo 91 let a nejmladším byl 53letý muž. Průměrný věk 72,25 let.

Klient může být ošetřován v domácím prostředí tehdy, pokud je stále přítomen alespoň jeden rodinný příslušník. Klient nesmí být doma sám, protože dochází mnohdy k rychlému zhoršení stavu nemocného. V případě zhoršení stavu nemusí být nemocný hospitalizován. Akutní problémy řeší obvodní lékař nebo onkolog ve spolupráci s domácí hospicovou péčí. Klienti jako důvod, proč nechtějí být hospitalizováni, nejčastěji uváděli, že doma mají svůj klid a nemusejí se přizpůsobovat nemocničnímu prostředí. Navíc nechtějí umřít v nemocnici, protože se ve svém prostředí cítí lépe a přispívá to k jejich duševní pohodě. Dále uvedli, že rodinní příslušníci nemají možnost se o ně po zdravotní stránce postarat. Dva klienti uvedli, že chtějí čas strávit se svojí rodinou a jeden klient uvedl, že si agenturu sám nezvolil, nýbrž jeho dcera. Na práci sestry nejvíce oceňovali ochotu jim pomoci či ochotu kdykoli přijet.

Dále oceňovali vlastnosti při této práci důležité: obětavost, trpělivost, empatii, vstřícnost, spolehlivost, klid, laskavost, přátelkost. Jeden z respondentů uvedl: „Na příchod sestry se vždy těším, protože přijde s úsměvem.“ Další klient řekl: „Dokážou mě vždy potěšit a říct vlídné slovo.“ I tyto vlastnosti jsou důležité v péči o nemocného.

Nemocní nejčastěji uváděli, že nejvíce postrádají čas, který jim sestra může poskytnout. Ano, čas je pro nemocného důležitý, každý chce, aby se mu ta „jeho“ sestřička naplno věnovala. Pět klientů uvedlo spokojenost a vděčnost za všechno, co pro ně sestřička dělá.

## Zvládání bolesti je individuální

Jaký vliv má bolest na fyziologické funkce není zcela jasné. Výpovědi respondentů se navzájem liší, záleží na tom, jaký orgán či orgány jsou zasaženy. I u nemocných se stejnou diagnózou se vliv bolesti liší, protože záleží na individualitě každého člověka. Každý nemocný na svou nemoc reaguje jinak. Také záleží na nastavení kontinuálního podávání analgetik a jejich síle. Všichni klienti uvedli pozitivní efekt léčby na jednotlivé fyziologické potřeby. Mezi vyšší potřeby můžeme zahrnout potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky, uznání, úcty a potřebu seberealizace. I na tyto potřeby má bolest vliv, proto je důležitá přítomnost rodinných příslušníků a empatie zdravotnického personálu. Během výzkumu uvedli dva klienti negativní vztah se svojí rodinou. Proto zvláště v těchto situacích je důležitá empatie a podpora zdravotnického personálu. Mezi výhody domácí péče patří například i možnost si kdykoli v případě potřeby zavolat hospicovou službu. I tato možnost pomůže saturovat potřebu jistoty a bezpečí. Každý klient svou nemoc prožívá jinak. Nemůžeme se dívat na jednotlivé diagnózy, ale musíme se dívat na jednotlivého člověka. Jeden klient při stejné diagnóze popisuje bolest jako tupou a nesnesi-



Ilustrace foto: Shutterstock

telnou, druhý jako vystřelující, bodavou a nesnesitelnou.

Z výpovědí klientů můžeme usoudit, že při kontinuálním podávání analgetik je intenzita bolesti stejná, tedy měla by být. Při nízké síle analgetik vnímá bolest intenzivněji, což je signál pro zvýšení dávky. Musíme brát v úvahu, že dochází k postupné závislosti na lécích a nemocný potřebuje neustále navyšování dávky. Ve vnímání bolesti je také důležité, jaké činnosti nemocný vykonává. Při a po zvýšené zátěži může nemocný vnímat bolest intenzivněji, ale při odpočinku nemusí zaznamenat žádné výkyvy ve vnímání bolesti (záleží i na diagnóze).

Rozdíly ve výsledcích zmírnění bolesti při různých způsobech terapie můžeme zaznamenat – při kontinuálním podávání zajišťujeme „stejně“ vnímání bolesti, avšak je nutné zavčas navýšit dávku. Zkušenosti ukazují, že aplikace analgetik do epidurálního katétru je neúčinnější, pro každého. Navíc v paliativ-

ní péči se snažíme o co nejméně invazivních vstupů. Při užití analgetické náplasti je nutné pamatovat na správné nalepení, protože nesprávné přiložení může ovlivnit intenzitu vnímání bolesti.

## Závěr

Práce je sondou do života klienta s chronickou bolestí v domácím prostředí. Přináší pohled na pozitiva a negativa, která s sebou nese pobyt mimo nemocniční prostředí. Co prožívají pacienti trpící chronickou bolestí v terminálním stadiu, kteří jsou v nemocničním prostředí, je dobře známo, protože tyto pacienty denně vidáme. Jak zvládají chronickou bolest pacienti a jejich příbuzní v domácím prostředí, je téměř neznámé. Setkávají se s ní pouze sestry přicházející do domácího prostředí.

Literatura u autorky

Ludmila Laifertová,  
Chirurgická klinika, FN Ostrava,  
laifertova@seznam.cz



# Pohybová aktivita a seniori

V celom svete sa uznáva, že telesná nečinnosť je najväčším rizikovým faktorom pre udržanie zdravia a dobrej fyzickej a duševnej kondície. Platí to i pre seniorov. Vhodná pohybová aktivita vo vyššom veku má ochranný aj liečebný význam. Preventívne pôsobí proti civilizačným ochoreniam a uľahčuje proces starnutia. Pozitívne vplýva na telesný stav a pomáha pri zachovávaní sebestačnosti.

**P**ohybová aktivita predstavuje súhrn všetkých pohybov uplatnených a zameraných na dosahovanie vymedzeného cieľa, sprevádzaných zvýšeným energetickým výdajom pri participácii vnútorných a vonkajších determinantov. Za pohybovú aktivitu je možné považovať každú pohybovú činnosť, ktorá v dostatočnej miere zvyšuje požiadavky na funkčnosť organizmu a vyžaduje si energetický výdaj nad úroveň výdaja v pokoji. Pohybové aktivity prezentujú široký kontext s narastajúcim zdravotným potenciálom. Ako súčasť životného štýlu sú obohatením kvality života, prejavom kultúry človeka a kultúry spoločnosti. Rozsah a intenzita pohybu tvoria najlepší predpoklad pre zdravé starnutie. Platí to najmä pre vyššiu vekovú skupinu. Pohyb má pozitívny vplyv na dýchanie, stav svalstva a na telesnú výkonnosť. Zároveň znižuje riziko vzniku neinfekčných ochorení, depresie, či úpadku kognitívnych funkcií. Telesná aktivita starších ľudí zahŕňa najmä súčasové aktivity, chôdzu a jazdu na bicykli, domáce práce, hry a šport, tiež pohyb pri spoločenských a rodinných udalostiach. Pravidelná telesná činnosť je prínosom pre celkovú pohodu, prevenciu chorôb, príznačne vplýva na prevenciu pádov a umožňuje tvorbu nových sociálnych kontaktov. V starobe je nutné pravidelne vykonávanie telesných i duševných cvičení, ktoré ovplyvňujú biologické deje v organizme. Aktívne cvičenie posilňuje imunitný systém a pomáha v boji proti osteoporóze, znižuje patologické hodnoty cholesterolu a vysoký krvný tlak, zlepšuje štruktúru kostí, pomáha redukovat vplyv stresu, zvyšuje duševnú odolnosť a pocit sebaistoty.

## Aktívny spôsob života má pozitívne účinky

Seniori majú, vo väčšine prípadov, na cvičenie dostatok času. Na druhej strane, stoja pred viacerými

mi špecifickými prekážkami. Polovica z nich označuje únavu alebo nemožnosť vykonať daný cvik za dôvod, prečo necvičia. Vyriešiť tieto problémy pomôže zníženie intenzity cvičení a zaradenie cvikov rôzneho stupňa náročnosti. Zátáž je vhodné dávkovať podľa toho, ako sa človek práve v daný deň cíti. Riziko pretrénovania znižuje striedanie rôznych aktivít. Vykonávaním aktivít, ktoré nie sú silové, sa zapája viac svalových skupín, znižuje sa riziko vzniku úrazu a väčšinou to nie je ani také nudné ako silový tréning. Zátáž je možné znižovať napríklad aj pohybovou aktivitou vo vode. Cviky pre seniorov by mali byť ľahko pochopiteľné, aby ich neodradzovali svojou zložitosťou, či strachom z úrazu. Pri cvičení je potrebné stanoviť krátkodobé a reálne ciele a neupínať sa len na dlhodobý prínos.

Cvičenie v skupine pomôže udržať odhodlanie a pravidelnosť. Zároveň je veľmi dôležité povzbudzovanie aj podpora zo strany rodiny a priateľov. Prekonávanie návykov je u seniorov mimoriadne náročné, ale práve zvyk ich môže najlepšie udržať aktívnych. Keď sa vhodnou intenzitou nadviaže na predchádzajúce aktivity (hoci i po niekoľkoročnej prestávke), pomôže to prelomiť negatívne pôsobenie zvykov smerom k pôsobeniu pozitívnemu. Príkladom môže byť i spojenie pohybu s iným zvykom – napríklad šliapanie na rotopéde pri sledovaní nejakého televízneho programu. Aktívny spôsob života má navyše pozitívne účinky, ktoré sú porovnateľné s efektom cvičenia a jeho efekt býva dlhodobo vyrovnanejší. Včasné zaradenie cvičenia do bežného života uľahčuje jeho praktizovanie i v neskoršom veku, kedy dochádza k zhoršovaniu schopnosti učiť sa. Vyrovnat sa s rôznymi prekážkami je možné vtedy, keď ich poznáme a sme ochotní a schopní zaujať k nim reálny postoj. Telesná kondícia (zdatnosť) znamená schopnosť zvládnuť fyzické požiadavky každodenného života bez mimoriadnej únavy. V rámci ci-

vilizačného rozvoja sa kondícia ľudí v starobe zlepšuje.

## Seniorov možno rozdeliť do šiestich kategórií podľa funkčnej zdatnosti:

- elitný senior má zachovanú kondíciu na celkom vysokej úrovni, podáva výborné výkony bez ohľadu na vek,
- fit senior pracuje fyzicky, alebo sa pohybovej aktivite venuje pravidelne,
- nezávislý senior nie je od fit seniora veľmi odlišný, ale zlyháva pri zátáži,
- krehký senior má malú výkonnosť a pre zlepšenie stavu potrebuje špeciálny pohybový program, je ohrozený pádom a neschopnosťou vstať,
- závislý senior nevláda bežne denné činnosti a potrebuje pomoc rodiny, či domácu ošetrovateľskú starostlivosť,
- úplne závislý senior je pripútaný na lôžko a vyžaduje polohovanie (napr. stav po cievej mozgovej príhode), alebo trvalý dohľad (napr. diagnóza demencie).

Obmedzenie pohybovej aktivity, ktoré vedie k zníženiu výdaja energie je sprevádzané mnohými zmenami. Sú často spájané s procesmi starnutia. Zvýšením pohybovej aktivity by sa dalo očakávať spomalenie alebo dokonca odstránenie niektorých involučných zmien. Mala by sa zvýšiť sila a kardiorespiračná kondícia. Cvičením by sa zasa malo zastaviť ubúdanie aktívnej hmoty a zvyšovanie podielu tuky. Avšak doposiaľ chýba dostatok dlhodobých štúdií, ktoré by naplno potvrdili tieto tvrdenia a najmä to, aký druh pohybovej aktivity a v akej intenzite je pre seniorov najvhodnejší. Vplyv zvýšenej pohybovej aktivity na zloženie tela (podiel tukového tkaniva, svalovej hmoty a minerálov) je malý a ťažko preukázateľný, na druhej strane sa pozoruje pozitívny mnohostranný vplyv na celkový funkčný stav organizmu. Vytrvalostný tréning preukázateľne znižuje systolický tlak (i u osôb nad 70 rokov) a zvyšuje maximálnu spotrebu kyslíka. Schopnosť adaptácie svalstva nie je podľa väčšiny názorov



Ilustrační foto: Shutterstock

rov negatívne ovplyvnená vekom, a preto sa dá svalová sila zachovať a zvyšovať i vo vyššom veku. Pravidelné cvičenie môže zabrániť stratám bielkovín a spomaliť úbytok svalovej sily.

## Medzi odporúčané cvičebné aktivity pre seniorov patria:

- silový tréning (posilňovanie)
- cvičenia na zlepšenie stavu chrbtice
- cvičenie rovnováhy
- cvičenia na zlepšenie či prevenciu zdravotných ťažkostí

## Silový tréning seniorov (posilňovanie)

Svalová sila sa znižuje o 15 % každých desať rokov po 50 roku života a o 30 % každých desať rokov po 70-ke. To je výsledkom úbytku počtu svalových vlákien, ktorý je výraznejší u žien než u mužov. Silový tréning však môže tento úbytok nahradiť o 25 – 100 % vďaka svalovej hypertrofii a zapojeniu väčšieho počtu motorických jednotiek svalu (o 14 %). Sila je dôležitá v každodennom živote. Kvôli jej znižovaniu sa u seniorov často stretávame hlavne s poruchami chôdze či zhoršením chôdze do schodov. Silový tréning môže súčasne s primeranou výživou pôsobiť ako prevencia svalovej ochabnutosti u starších osôb. Zvýšenie srdcovej frekvencie a krvného tlaku pri námahe je úmerné pomeru svalovej práce k maximálnej sile, ktorú je sval schopný vyvinúť. Preto dochádza u netrénovaných k významným zmenám srdcovej frekvencie a krvného tlaku i pri bežných domácich činnostiach. U trénovaných sa naopak zvýši maximálna sila, preto vo-

či nej bežná zátáž nepredstavuje tak veľké percento svalovej práce. Zároveň pri nej nedôjde ani k takému percentuálnemu vzostupu srdcovej frekvencie a krvného tlaku.

## Cviky na zlepšenie stavu chrbtice

Seniori, rovnako ako aj iné vekové kategórie, potrebujú cviky na zlepšenie stavu chrbtice. Pomocou týchto cvičení si udržujú dobrú kondíciu i správne držanie tela. Tým sa zároveň ochránia pred problémami, ku ktorým chybné držanie tela vedie. Nemožno zabúdať ani na vyťahovacie cvičenia.

## Medzi aktivity pôsobiace na tejto úrovni patria napríklad:

- rehabilitačné a zdravotné cviky – sú typicky zamerané na problémy tejto oblasti,
- joga – hlavne tradičná joga, nie powerjoga,
- vhodné varianty bojových umení – napríklad tai-chi alebo či-kung.

## Cvičenie rovnováhy

Cvičenie rovnováhy pomáha znižovať riziko pádov aj zlomení, zlepšujú udržanie kondície i sebestačnosti. Rozvoj rovnováhy a koordinácie nemusí byť samostatným cvičením, môže sa včleniť i do iných typov pohybových aktivít. Ale určite sa na ne nesmie zabúdať. Tak ako aj pri iných typoch cvičení, i tu je potrebné zvyšovať náročnosť len veľmi pomaly, nezačínať hneď so zložitými technikami. Pri precvičovaní rovnováhy môžu byť využité rôzne vhodné pomôcky.



## Cvičenia na zlepšenie či prevenciu zdravotných ťažkostí

S pribúdajúcim vekom sa častejšie objavujú rôzne zdravotné problémy. Proti mnohým z nich sa dá cielene pôsobiť prostredníctvom vhodného cvičenia či pohybovej aktivity:

- srdcovo-cievne ťažkosti – aeróbne aktivity upravujú krvný tlak, znižujú riziko ischemickej choroby srdca aj srdcového zlyhania,
- ťažkosti s močením – cviky na posilnenie panvového dna môžu odstrániť 100 % funkčných ťažkostí,
- zhoršujúci sa zrak – očné cviky, znižujú riziko sivého zákalu, degenerácie, zeleného zákalu a syndrómu suchého oka,
- diabetes mellitus 2. typu – aeróbne aktivity i posilňovanie zlepšujú kontrolu hladiny krvného cukru,
- obezita – aeróbne aktivity i posilňovanie, cvičenia pomáhajú spaľovať viac kalórií a udržiavať optimálnu hmotnosť,
- osteoporóza – aeróbne aktivity i posilňovanie zabraňujú ubúdaniu kostnej hmoty a pomáhajú jej novému budovaniu,
- ťažkosti pohybového ústrojenstva – cviky na chrbticu zlepšujú pohyblivosť, znižujú bolesťivosť,
- žilové problémy dolných končatín – varianty cvikov v ľahu na chrbte s pohybmi prstov a v priehlavkoch,
- neuro-psychické zdravie – pozitívne je hlavne zapojenie sa do spoločenského diania, z cvičení potom napríklad pravidelné obmeny zostáv o nové prvky.

Predtým, ako sa starší človek začne venovať pravidelnej telesnej aktivite, je nevyhnutné oboznámiť ho s niektorými **bezpečnostnými opatreniami**:

- používanie správnej obuvi s nepivou podrážkou,
- vyhýbanie sa hladkým povrchom,
- cvičenie a prechádzky len na bezpečných a dobre osvetlených miestach,
- sledovanie nepriaznivých príznakov pri cvičení, ako sú závraty, dýchavica alebo nepravidelnosť srdcovej činnosti,
- postupné zvyšovanie záťaže pri cvičení, aby mal organizmus dostatok času na adaptáciu.

Niektorí lekári odporúčajú záťažový stresový test na stanovenie typu a intenzity cvičebného programu, ktorý je najvhodnejší pre danú osobu. Počas tohto testu sa pacientovi v čase vykonávania telesnej aktivity kontinuálne monitoruje krvný tlak a rytmus srdca. So stúpajúcim vekom stúpa aj počet úrazov seniorov s vážnymi dôsledkami. Pády a úrazy

sú výsledkom pôsobenia endogénnych (poúrazové stavy, slabosť, závraty, ortostatická hypotenzia) a exogénnych faktorov (zlé osvetlenie priestorov, šmyklavé podlahy a neupravené koberce, nevhodný nábytok a zariadenie).

### Prekážky na ceste k primeranej fyzickej aktivite seniorov uľahčíte dodržiavaním nasledujúcich pravidiel:

- pomalší účinok cvičení – je potrebné začať s cvikmi ľahkými, náročnosť zvyšovať postupne, dodávať guráž,
- prístup – uvedomiť si pozitívny prínos cvičení, nájsť príťažlivý typ aktivity,
- nepohodlie – striedať intenzitu a rozsah cvičení, cvičiť viackrát denne, vyvarovať sa preťaženiu,
- telesné postihnutie – voliť vhodne upravené cvičenie, zväziť cvičenie pod vedením osobného cvičiteľa či fyzioterapeuta,
- poruchy rovnováhy – používať vhodné pomôcky, ktoré zvýšia bezpečnosť i rozsah cvičení,
- voliť cvičenia primeranej náročnosti,
- strach z úrazu – začať s tréningom rovnováhy a silovým tréningom,
- používať vhodné pomôcky a pomoc ďalšej osoby,
- neponáhľať sa pri cvičení,
- sila zvyku – začleniť cvičenia do pravidelného denného cyklu,
- očakávania – uvedomiť si mieru ovplyvnenia poznatkami a inými ľuďmi z okolia,
- trvalá záťaž – miera chôdze, starostlivosť o domácnosť a ďalšie jednoduché aktivity sú súčasťou aktívneho životného štýlu,
- zlé počasie – cvičiť doma, využívať kluby pre seniorov a iné možnosti dostupné v blízkosti okolia,
- úbytok mentálnych schopností – cvičenia pevne začleniť do denného programu, držať sa jednoduchých cvikov,
- choroba, vyčerpanie – používať takú škálu cvičení, v ktorej sú na výber cviky rôzneho stupňa náročnosti,
- chronické ochorenie – začiatok každej pohybovej aktivity konzultovať s lekárom, nikdy ne cvičiť, ak nie je zdravotný stav stabilizovaný, ak sa objavili nové symptómy, alebo ak to lekár neodporúča.

Literatúra u autoriek

PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D.,  
PhDr. Janka Stanínková, Ph.D.,  
Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníckych  
odborov PU v Prešove,  
iveta.ondriova@unipo.sk

## ODBORNÍCI MOHOU VYBÍRAŤ NEJ... ZDRAVOTNÍ SESTRU MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE

Ocenit zdravotníky a zvýšiť prestíž jejich povolání, to je cílem prvního ročníku ankety Moravskoslezská sestra 2015, která byla vyhlášena. Anketa se koná pod záštitou moravskoslezského hejtmána Miroslava Nováka, ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka a odbornou záštitou prezidentky České asociace sester Martiny Šochmanové.

Nominovat favority na nej... zdravotní sestru Moravskoslezského kraje v pěti kategoriích může až do 18. září odborná veřejnost.

„Zdravotníci v kraji je na velmi vysoké úrovni, a to nejen zásluhou lékařů ale také dalších zdravotnických pracovníků, ať už jde o všeobecné sestry, porodní asistentky, dětské sestry či sestry domácí péče. Projekt Moravskoslezská sestra 2015 chce upozornit na jejich nelehkou práci, významné poslání a potřebu těchto profesí, kterou si mnohdy neuvědomujeme, dokud ji sami nepotřebujeme,“ uvedl moravskoslezský hejtmán Miroslav Novák.

**Moravskoslezská SESTRA 2015**

**Přihlas svého kandidáta!**

Svou sestru můžete nominovat do těchto kategorií:

1. ambulantní sestra
2. sestra u lůžka  
(zahrnuje následnou, ošetrovateľskou, paliatívnu a hospicovú péču)
3. sestra domácí péče
4. porodní asistentka
5. ocenění za dlouhodobý přínos v ošetrovateľské péči

**Uzávěrka podání přihlášky je 18. 9. 2015.**

Přihlášku a podmínky ankety naleznete na:  
**sestra.kr-moravskoslezsky.cz**  
Anketa je určena pouze pro odbornou veřejnost.

Akce se koná pod záštitou ministra zdravotnictví,  
hejtmána Moravskoslezského kraje a prezidentky České asociace sester

Generální partner: Perfect Distribution  
Oficiální partner: BEZNOSKA, KENATEX



# Špecifiká starostlivosti u pacienta s dg. Morbus Parkinson

Parkinsonova choroba (PCH) je progresívne neurodegeneratívne ochorenie. Dochádza pri ňom k predčasnemu a nadmernému odumieraniu nervových buniek v niektorých častiach nervového systému, predovšetkým v hlbokých štruktúrach mozgu, ktoré sa nazývajú bazálne gangliá. Odumierajú predovšetkým nervové bunky vytvárajúce dopamín, nedostatok ktorého je zodpovedný za hlavné klinické príznaky PCH.

**B**azálne gangliá a dopamín sa významnou mierou podieľajú na regulácii pohybu. Parkinsonova choroba sa preto prejavuje hlavne pohybovými poruchami. Postihuje najviac staršiu generáciu a vyskytuje sa prevažne vo veku nad 50 rokov. Jej výskyt so stúpajúcim vekom tiež stúpa. Odhaduje sa, že na 100 000 obyvateľov pripadá asi 150 parkinsonikov.

## Pohľad do histórie

Prvýkrát ochorenie popísal v roku 1817 londýnsky praktický lekár James Parkinson (1755 – 1824), vo svojej práci o „traslavej obrne“, kde presne charakterizoval jej príznaky a podľa neho bola choroba tiež pomenovaná. Muž, ktorého meno nesie, však počas svojho života slávny nebol. V archívoch sa nezachovala jediná jeho podobiza. Už v starých indických eposoch (asi 2 500 rokov p. n. l.) i v spisoch Hippokrata, Galena, DaVinciho a iných klasikov starovekej a stredovekej medicíny sú popísané niektoré príznaky, charakteristické pre Parkinsonovu chorobu. V roku 1867 Charcot a Ordenstein začali liečiť toto ochorenie extraktom z ľuľkovca zlomocného. Lewy v roku 1913 popísal v mozgoch pacientov, ktorí zomreli na PCH, mikroskopické častice, ktoré dostali podľa neho pomenovanie Lewyho telieska. V roku 1961 sa Birkmayer a Barbeau ako prví pokúsili využiť v liečbe PCH chemickú látku L-Dopa, ktorá bola prvýkrát nasynetizovaná Funkom už v roku

1911 a ktorá je dodnes „zlatým štandardom“ v liečbe PCH. Od roku 1997 je 11. apríl stanovený ako svetový deň Parkinsonovej choroby. Vedci na celom svete napíšu o PCH každý mesiac desiatky článkov. Hľadajú jej príčiny, snažia sa zlepšiť liečbu, rozmýšľajú, ako by sa jej dalo predísť. Do lúštenia tejto záhady sa zapojil aj kalifornský guvernér Schwarzenegger, ktorý podporil založenie najväčšieho registra parkinsonikov na svete.

## Prejavy a štádia ochorenia

Prejavy a priebeh PCH sa môžu výrazne líšiť od pacienta k pacientovi a menia sa aj u toho istého pacienta s postupnou progresiou ochorenia. Základnými príznakmi ochorenia sú:

- tras (tremor),
- svalová stuhnutosť (rigidita),
- spomalenie pohybov (bradykinéza),
- porucha rovnováhy a postoja (posturálna instabilita).

V úvodných štádiách ochorenia nemusia byť prítomné všetky tieto príznaky, a naopak neskôr v priebehu ochorenia sa môžu pridať ďalšie ťažkosti.

Prodomálne (predchorobné) štádium je charakterizované štruktúrnymi zmenami v mozgu, bez zjavnej symptomatológie. Môže sa vyskytnúť napr. porucha čuchu, poruchy spánku, zápcha a depresia.

Počiatkové štádium – charakterizované poruchou pohyblivosti (tras, stuhnutosť, znížená pohyblivosť, poruchy postoja), ale aj nemotorickými príznakmi ne-

spavosť, zápcha, depresia a úzkosť). Dochádza k úbytku 30 – 50 % pigmentovaných dopamínergických neurónov.

Pokročilé štádium – charakterizované skracovaním účinnosti liečebnej dávky, fluktuáciami – náhlymi zmenami pohyblivosti z dobrého stavu do stavu stuhnutosti a dyskinézami – mimovoľnými pohybmi. U pacientov môže dôjsť tiež k rozvoju demencie.

Počiatkové príznaky PCH choroby nastupujú veľmi pomaly. Preto často ujdú pozornosti pacienta aj jeho okolia. V tomto štádiu zväčša dochádza k spomaleniu pohybov, k pocitu zvýšenej únavnosti, pocitu celkovej stuhnutosti, môže sa objaviť tras, ktorý sa prejavuje v pokoji a pri pohybe mizne. Mení sa aj rukopis, písmenka sú nepravidelné, malé, písmo je neohrabané. Objavuje sa nešikovnosť pri sadaní a vstávaní zo stoličky, chôdza začína byť neprirodzená, šúchavá, spomalená. Mení sa aj reč, je pomalšia, monotónna, v rečovom prejave sa môžu objaviť zárezy. V počiatkovom štádiu ochorenia je odpoveď na liečbu zvyčajne dobrá – pomocou primeranej liečby tak možno ťažkosti pacienta výrazne zredukovať.

S postupnou progresiou ochorenia sa počiatkové príznaky napriek liečbe zväzňujú a objavujú sa nové ťažkosti. Efekt liekov sa postupne skracať, preto je potrebné skracať aj intervaly medzi jednotlivými dávkami. Spomalenie po-

hybov a zlú pohyblivosť môžu prechodne na niekoľko minút vystríedať vôľou neovládateľné pohyby. Môžu sa ďalej objaviť poruchy spánku, poruchy psychiky, zmätenosť, halucinácie, depresívne stavy.

Starostlivosť o pacientov s PCH sa neobmedzuje len na lekársku a zdravotnícku pomoc. Významnú úlohu zohrávajú životní partneri, deti, priatelia. Každodenná starostlivosť o blízku osobu postihnutú závažným ochorením znamená pre nich veľkú zodpovednosť. Tlak tejto zodpovednosti môže u nich vyvolávať pocit únavy, hnevu, vyčerpanie, depresiu. Aby sa mohli efektívne starať o blízku osobu, musia venovať dostatočnú pozornosť aj sebe. Mnohými spôsobmi môže pomôcť aj opatrovateľ.

## Liečba

V súčasnosti neexistuje liečba, ktorá by spoľahlivo dokázala zamedziť alebo spomaliť nadmerný úbytok nervových buniek. Aktuálna liečba je založená na podávaní liekov, na rehabilitácii, telesnom cvičení a poučení pacienta a jeho rodiny o vhodných režimových opatreniach.

Neexistuje ani nijaký liečebný postup, ktorým by bolo možné ochorenie vyliečiť alebo natrvalo zastaviť, ale jednotlivé príznaky choroby sa dajú efektívne a dlhodobo potláčať. Substitučná liečba spočíva v náhrade dopamínu podobne pôsobiacimi látkami. Liečba kompenzačná znižuje jeho odbúranie a zvyšuje dostupnosť alebo zmiernuje následky jeho nedostatku či nadbytku iných neuromediátorov.

Základným a najúčinniejším liekom pre PCH je L-dopa (levodopa), ktorá sa pomocou enzýmov premieňa v mozgu na chýbajúci dopamín. Aj keď má v liečbe PCH významné miesto, jej podávanie naráža na niektoré problémy. Medzi včasné vedľajšie účinky patrí kolísanie krvného tlaku, nevoľnosť, vracanie a pod., čo môže spôsobiť, že pa-

cienti na začiatku liečenia udávajú zlú toleranciu liečby a často sú potom neefektívne liečení pre „neznášanlivosť“ či dokonca pre domnelú „neúčinnosť“ L-dopy. Pre zamedzenie uvedených príznakov sa odporúča začínať liečbu čo najnižšími efektívnymi dávkami vhodného preparátu rozdelenými do viacerých pravidelných dávok, príp. pridať do liečby prípravok potláčajúci uvedené príznaky.

Najúspešnejšia je taká terapia, v ktorej sa kombinuje farmakologická liečba s postupmi nefarmakologickými, predovšetkým ide o rehabilitácie, cvičenia a pohybové aktivity, režimové opatrenia, psychoterapie, ale aj rôzne formy spoločenskej podpory chorých. Konkrétna stratégia liečby by mala byť čo najlepšie prispôbená individuálnym okolnostiam.

Parkinsonova choroba prináša pacientom v priebehu svojho rozvoja množstvo problémov a obmedzení. Miera ťažkosti nemusí byť vždy odrazom jednotlivých príznakov, závisí od odhodlania a vôle pacienta, jeho povahy a od spôsobu prijatia choroby. Naučiť sa s ochorením žiť a bojovať proti telesným a duševným ťažkostiam je rovnako dôležité ako ostatná liečba. Neoddeliteľnou súčasťou je fakt, že obmedzený je nielen pacient, ale aj jeho blízki, ktorí s ním žijú.

Niekoľko rád pre všetkých, ktorí sa starajú o pacienta s PCH

- Zabezpečiť pre blízku osobu pravidelnú lekársku a rehabilitačnú starostlivosť, pre pacienta je veľmi dôležitý pravidelný pohyb, chôdza, plávanie.
- Zabezpečiť vyváženú diétu.
- Zabezpečiť príjem tekutín a dostatočný prísun vitamínov pri problémoch s prehltnutím.
- Podávať mäkkú stravu, upravenú na malé kúsky alebo mixovanú.
- Upraviť domáce prostredie odstránením zbytočných prekážok, úpravou nábytku, posteľe, záchoda či kúpeľne.

## Najznámejšie osobnosti, ktorým bola diagnostikovaná PCH

Pápež Ján Pavol II. (1920–2005); Muhammad Ali (1942), americký boxer; Michael J. Fox (1961), herec; Katharine Hepburn (1907–2003), americká herečka; Salvador Dalí (1904–1989),

španielsky surrealistický maliar; Harry Truman (1884–1972), 33. americký prezident; Mao Tse Tung (1893–1976), komunistický vodca Číny; Douglas McArthur (1880–1964),

americký generál; Ozzy Osbourne (1948), rockový spevák; Jimmy Knepper (1927–2003), jazzový hudobník či Estelle Getty (1923), americká herečka.



- Umiestniť v byte rôzne držadlá.
- Odstrániť z prostredia nebezpečné predmety.
- Podporovať sebestačnosť pacienta.
- Pomáhať len v prípade jasnej neschopnosti výkonu pacienta, neponáhľať sa.
- Rešpektovať potrebu väčšieho množstva času na jednotlivé úkony.
- Prispôbiť denný režim možnostiam pacienta.

- Nevyraďovať pacienta i seba zo spoločenského života.

### Režimová opatrenia

Veľmi dôležité je dobré osvetlenie izieb, chodieb, predsieni, WC. Najmä v noci vzniká mnoho pádov spôsobených zlým svetlom a nedostatočným priestorom na chôdzu. Je nevyhnutné dbať na stále a bezpečné uloženie vecí bežnej dennej potreby (čaj, káva, cukor, chlieb atď.)

na ľahko dostupných miestach. Elektrické prístroje treba nainštalovať na miesta, kde im nehrozí poliatie. Rovnaký pozor treba dávať na manipuláciu s horúcou vodou. Pozornosť treba venovať výberu vhodného oblečenia – nahradiť malé gombíky zipsom, nosiť tričká s dlhým rukávom namiesto košiel. Topánky by mali byť na pevných nešmyklavých podrážkach a bez šnúrok.

Užívanie liekov: tu je dôležité radiť sa pokynmi lekára, týkajúcich sa časovania jednotlivých dávok liekov počas dňa. Akúkoľvek zmenu treba vždy prebrať s lekárom. Levodopa sa nevstrebáva do tráviaceho systému, ak sa súčasne podáva s potravou obsahujúcou väčšie množstvo bielkoviny. Plný žalúdok ovplyvňuje zhoršené vstrebávanie L-dopy. Preto je nevyhnutné užiť dávku L-dopy vždy asi 45 minút pred jed-

lom, ješ radšej menšie množstvo jedla viackrát denne. Ak sa liek obsahujúci L-dopu nalačno zle znáša, vhodné je zajesť ho len piškótou alebo niekoľkými sústaťmi chleba, nie však jogurtom, ktorý obsahuje mnoho bielkovín.

Etela Simonová, dipl.s.,  
neurologické oddelenie,  
NsP sv. Barbory, Rožňava,  
Svet Zdraví,  
simonova.etela@sny.sk

# Možnosti psychosociálnej podpory zdravotníkov Systém psychosociálnej intervenčnej služby – SPIS

Profesi zdravotníka provádza veľká fyzická, psychická, emocionálna a sociálna záťaž. Záťaž môže byť dlhodobá – téměř každodenná prítomnosť smrti, časový stres, veľká zodpovednosť, možnosť pochybení, veľký počet pacientov. Môže sa prihodit i kritická udalosť – napadenie zdravotníka, profesná pochybenia, smrť kolegy, dlhodobé pracovné potíže, tragické úmrtia v rodine.

### Jak na tyto situace reagujeme?

Selhávajú bežné adaptačné mechanizmy, máme pocit ztráty vlivu a moci. Môže dojsť až k akútnej stresovej reakcii. Ta se promítne do oblastí somatické (únava, nevoľnosť, vysoký krvný tlak, pocit na omdlenie, zvracanie, potíže s viditeľným), kognitívnej (obviňovanie niekoho, problémy s pamätou, zhoršené sústredenie, nerozhodnosť, nočné múry, neodbytné predstavy, zvýšená bdelosť), emočnej (úzkosť, vina, žal, strach, nejistota, depresie, agitovanosť, vznětlivosť, hnev, panika, pocit zahľtenia) a projeví se i v chováni (podezřivavosť, stáhnutí se do sebe, zmeny v řečových projevoch, emocionálna výbuchy, nespecifické telesné obtíže).

### Co to dělá s naší psychikou, pracovním elánem?

Některí zátež nevydrží a odejdou, někteří zůstanou a pracují pod tlakem svých emocí – zvyšuje se tím jejich chybovosť. Někteří zůstanou, ale „vyhoří“. Někteří nemohou veľkou zátež zpracovať, môže se z ní stát „noční můra“, která jim brání v normálnym fungovaní.

Ani jedna ze zmienených variant neprispíva ke zlepšení pečie o pacienta. Naopak. Unavený, vyhořelý, nemotivovaný zdravotník nemůže moc kvalitně pracovat, nemá na to energii a stává se svým pacientům spíše nebezpečným. Neustálé zapracovávanie nových pracovníkov je také neekonomické.

### Jak se naučit situaci zvládat?

Preventívne je dôležitá pečie o seba. Každý z nás má svoje činnosti pro odreačovanie, ktoré ho teší a „dobíjejí“. Jsou to například různé koničky, záliby, fyzický pohyb, pečie o mezilidské vzťahy, pečie o vyvážený zdravotní styl. Pokud míra dlouhodobé záteže nebo kri-

tická udalosť přesáhne naše běžné zvládací mechanismy, můžeme využít i Systém psychosociální intervenční služby (SPIS). SPIS je založen především na peer podpoře. Peer je vyzkolený kolega-zdravotník, který zná problematiku naší profese, sám prožívá podobné situace jako my. Peer absolvoval certifikovaný kurz v NCO NZO v Brně, který je veden odborníky na duševní zdraví. Budoucí peeri se učí metody podpory zdravotníků při vyrovnávání se s následky prožitých, profesně náročných situací. Učí se naslouchat i poskytnout první psychickou pomoc. Peer je diskretní, zachovává mlčenlivost, sdílí a podporuje. Nekritizuje, nehodnotí ani nevnučuje. Ze setkání se nevzdá žádné záznamy, služba zůstává anonymní. Peera si můžete vybrat. SPIS v České republice funguje od roku 2005 a je určen pro všechny zdravotnické pracovníky i mana-

gement. Nabízí psychosociální podporu zdravotníkům z oblasti urgentní (záchranné služby) i nemocniční péče. Vede k pochopení a přijetí reakce na náročnou situaci, přispívá k normalizaci stresové reakce – říká, že moje reakce odpovídají tomu, co se stalo, co se děje. Seznamuje s vhodnými způsoby zvládnání stresu a psychické záteže. Přináší také setkání a sdílení, čímž umožňuje rychlejší zpracování a uzavření nadlimitní situace, jíž zdravotník prošel. SPIS nabízí podporu individuální i skupinovou, podporu po náročných situacích, ale i po dlouhodobé záteži. V týmech pracují také odborníci na duševní zdraví – kliničtí psychologové se znalostí metod jak s nadlimitní záteží zacházet. Podobný systém používají i Hasičský záchranný sbor a Policie ČR. Velmi podobný systém je dlouhodobě budován i v zahraničí. Chrání tím vyzkolené, kvalitní pracov-



ilustrace foto: Shutterstock

ní síly, které se po „očistění“ od záteže mohou vrátit zpět do pracovního procesu. SPIS je vnímán i jako pečie o zaměstnance v rámci akreditačního procesu organizace. Nabytím účinnosti zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, je povinností organizace tuto službu pro zaměstnance (a v případě mimořádné události i pro jiné zdravotníky, například z příjmových oddělení nemocnic) zajistit.

Více informací naleznete na: [www.spiscr.info](http://www.spiscr.info)

Miloslava Prouzová,  
Oblastní nemocnice Náchod, a. s.,  
[prouzova.miloslava@nemocnicenachod.cz](mailto:prouzova.miloslava@nemocnicenachod.cz)

Inzerce M151000536



POZVÁNKA  
NA KONGRES

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR Vás zve na:

## VII. výroční kongres poskytovatelů sociálních služeb

Tábor, 8.–9. října 2015

Hotel Palcát, 9. května 2471/2 • Centrum Univerzita Tábor, Vančurova 2904

### 1. den

Společný program v kongresovém sále

### 2. den

Odborné sekce:  
Ekonomicko-provozní sekce  
Zdravotní sekce  
Sociální sekce

### Workshopy:

- Problematické situace při poskytování služeb v azylových domech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež
- Poskytování sociálních služeb cizím státním příslušníkům

### SPOLEČENSKÝ GALAVEČER V KONGRESOVÉM SÁLE HOTELU PALCÁT

- Moderátor: Aleš Cibulka
- Předávání certifikátů Značka kvality v sociálních službách
- Ocenění za mimořádný přínos sociálním službám
- Raut
- Hudební vystoupení: Big Papa, Láďa Kerndl
- Vyhlášení výsledků soutěže Zlaté listy

Přihlásit se můžete na webu Asociace v menu Konference & Kongresy & Semináře: <http://www.apsscr.cz/konference-a-kongresy-a-seminare/planovane-konference-a-kongresy>



# Medicínske chyby – ako nepoškodiť pacienta

Zdravotnícke povolanie patrí z hľadiska odbornej prípravy a profesionálneho výkonu medzi náročné povolania. Od zdravotníckych pracovníkov sa očakáva, že zvládnu odbornú činnosť, prácu s modernou technikou, fyzickú záťaž svojej práce, že budú vedieť viesť pacienta a ovplyvniť jeho prežívanie a jednanie správnym smerom, že budú schopní vyrovnáť sa s pracovnými a rodinnými problémami, ktoré život prináša.

## Lege a non lege artis

Zdravotnícki pracovníci sú tiež len ľudia, a tak ako v každej profesii, aj medzi nimi sa môžu vyskytnúť jedinci, ktorí sa môžu správať nezodpovedne, či dokonca ich pôsobenie môže byť škodlivé a môže zanechať negatívne dôsledky na pacientovi. K chybám a omylom môže dôjsť na každom stupni liečebnej starostlivosti, vyskytujú sa v rôznych formách a vo všetkých vekových kategóriách. Chyby môžu mať charakter jednorazového manuálneho zlyhania, ale môžu byť aj výsledkom nesprávneho diagnostického alebo terapeutického postupu.

**Chyba** - *non lege artis* postup, znamená zásadnú odchýlku od uvedených všeobecne prijatých postupov.

**Omyl** - čiastočne nesprávna interpretácia diagnostických príznakov a ďalších komplementárnych údajov, môže byť zdrojom pochybností, ale nie zásadného významu.

**Štandardné terapeutické postupy** - súbor odborných *lege artis* postupov, optimálnych v určitom období. Štandardy starostlivosti sú dôležité, pretože sa dajú použiť na presné určenie povinnosti, ktorú pacientovi poskytujeme a stanovujú, či táto povinnosť bola porušená. Obsah postupov, ktoré sú *lege artis*, v súlade so súčasným stavom lekárskej vedy, je daný rozsahom výučby na katedrách ošetrovateľstva, na lekárske fakultách a v postgraduálnom vzdelávaní.

Medicínsky omyl v priebehu liečebného procesu môže spôsobiť lekár, sestra, farmaceut, pacient, ale aj spolupacient. Každý spôsob poškodenia má svoj odborný termín. Mareš (2002) uvádza tieto termíny:

- Iatrogénia - znamená lekárom vyvolané poškodenie.
- Egrotogénia - je poškodenie pacientom, a to tým, že pacient informuje spolupacienta neúplne, nepresne. Často ho môže vystrašiť alebo dokonca šokovať, a to nie vždy v rámci žartovania, ale z vlastnej nevedomosti.
- Sororigénia - poškodenie pacienta sestrou.



ilustrační foto: Shutterstock

- *Malpractice* - termín, ktorý sa v odbornej terminológii používa vo dvoch významoch: a) striktné právnikom ako zanedbanie povinnej starostlivosti pri výkone povolania, b) voľnejšom ako lajďácke vykonávanie určitej činnosti, ktoré vedie k poškodeniu pacienta.

- Nedbalosť - riskovanie, nedodržanie postupu *lege artis*, voľba iných postupov alebo voľba takých, ktoré nespádajú do kompetencie.
- Iatraliptagénia - poškodenie pacienta liečiteľom.

## Druhy iatrogénie

Iatrogéniu možno rozdeliť do nasledujúcich oblastí.

### 1. Podľa charakteru:

- Somatická iatropatogénia - poškodenie pacienta liekmi, liečbou, nesprávne zrealizovaným výkonom, nesprávnym postupom v liečbe.
- Psychická iatropatogénia - poškodenie pacienta nevhodným oznámením, nesprávnou informáciou, neoverenými a nepodloženými závermi o chorobe.
- Sociálna iatropatogénia - je prenesením rozhodovacej povinnosti na profesionálneho odborníka, bez toho, aby mal pacient možnosť čokoľvek za-

bezpečiť pre zlepšenie svojho zdravotného stavu.

### 2. Podľa miery zavinenia:

- poškodenie, za ktoré zdravotnícky pracovník nenesie priamu zodpovednosť,
- poškodenie, za ktoré zdravotnícky pracovník nesie priamu zodpovednosť.

### 3. Podľa rozsahu zasiahnutej populácie

### 4. Podľa toho, kto poškodenie vykonal

### 5. Podľa príčiny

### 6. Podľa typu činnosti a situácií, v ktorých sa poškodenie pacientov vyskytuje

**Iatrogéniu možno chápať z interakčného hľadiska ako jav vyvolaný vzájomným pôsobením troch faktorov:**

- Situačné vplyvy** - nesprávne realizovaná zdravotnícka osвета,
  - etiologická iatropatogénia - viazaná na preceňovanie vplyvov dedičných faktorov,
  - diagnostická iatropatogénia - vyslovenie unáhlejnej diagnózy bez dostatku dôkazov,
  - laboratórna iatropatogénia - spojená s nevhodným vysvetlením získaných vyšetrení,
  - prognostická iatropatogénia - spojená s príliš pesimistickou prognózou,

- terapeutická iatropatogénia - smerujúca k hanlivým výkonom o predchádzajúcej liečbe,
- administratívna iatropatogénia - vychádza z podrobnej zdravotníckej dokumentácie, ktorú má pacient k dispozícii,
- pedagogická iatropatogénia - viaže sa na nevhodný výrok zdravotníka.

**2. Osobnosť zdravotníka** - môže byť impulzom k iatropatogénii pri jeho nadmernom autoritatívnom prístupe k výkonu profesie. Pacient sa na zdravotníka neobracia s ochorením ako s niečím, čo možno liečiť a ošetrovať bez vzťahu k jeho osobnosti, ale v určitej životnej kríze. Čím viac je pacient presvedčený o vážnosti svojho ochorenia, tým komplikovanejší je jeho vzťah k zdravotníckym pracovníkom. Vzťahy medzi zdravotníkmi a pacientom by mali byť založené na vzájomnej dôvere a rešpekte, t. z. že zdravotníci budú uznávať osobnosť chorého človeka vo všetkých jeho oblastiach. Chorý človek má právo na informácie, ktoré sa týkajú jeho osoby a ochorenia. Vzťah pacienta k lekárovi je zložitý. Pacient sa pozerá na lekára s dôverou, aj s nedôverou. Prečo? Na jednej strane verí, že

mu lekár pomôže, ale na druhej strane vzniká u pacienta strach, že nie je zasvätený do všetkého, na čo lekár myslí a čo koná.

### Pacient vníma lekára ako:

- zdroj bezpečia, vníma ho ako odborníka, ktorý rieši jeho problémy,
- človeka, ku ktorému má dôveru, pretože vie, že mu chce pomôcť,
- autoritu, ktorú poslúcha a rešpektuje vo viere skorého uzdravenia,
- človeka, ku ktorému si vytvára citovú väzbu,
- odborníka, ktorý je schopný jeho chorobu diagnostikovať a liečiť.

Postavenie sestry je vo vzťahu k pacientovi zložitejšie, pretože pacient vníma sestru ako súčasť celého zdravotníckeho tímu, t. j. v úzkej spolupráci s lekárom, ale tiež samostatne. Sestra musí v pacientovi budiť dôveru vo svoje odborné vedomosti, prejať vysokú dávku trpezlivosti, je zasvätená do problémov a starostí pacienta, do jeho nálad ale i osobnostných zvláštností. Má možnosť poznať pacienta po psychickej stránke lepšie než lekár, pretože trávi s pacientom omnoho viac času. Sestra by mala poznať a chápať aj osobné problémy pacienta a pri ich riešení postupovať spolu s lekárom.

**3. Osobnosť pacienta** - chorý človek sa ocitá v dôležitej situácii nielen v dôsledku vlastnej choroby, ale aj vplyvom psychických a sociálnych faktorov, ktoré z ochorenia vyplývajú. Táto situácia potom môže spätne pôsobiť na vlastnosti pacienta, na jeho správanie, konanie a priebeh ochorenia. Zdravotnícki pracovníci sa zameriavajú na diagnostiku a liečbu ochorenia pacienta a väčšinou sa nezaobierajú do hĺbky jeho individuálnych problémov. Priebeh ochorenia je často ovplyvnený psychickým stavom pacienta, jeho náladou, obavami, neznalosťou priebehu choroby, jeho osobnostnými charakteristikami, pôsobením rodiny, pracovníka a v neposlednom rade tiež pôsobením zdravotníckych pracovníkov a spolupacientov. Preto každý pacient prežíva svoje ochorenie odlišne, podľa individuálnych rysov svojej osobnosti a tiež podľa sociálnej situácie, v ktorej sa nachádza. Aby sme pacienta liečili a ošetrovali správne, musíme ho vidieť ako celého človeka, t. j. ako bio - psy-



cho – sociálnu jednotu a nielen ako diagnózu.

### Tímová zodpovednosť v rámci zdravotnej starostlivosti

Pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je charakteristická tímová spolupráca. Za poskytovanie zdravotnej starostlivosti teda zodpovedá celý rad osôb, pričom každá z nich zase zodpovedá za svoju čiastkovú činnosť, ktorú pri poskytovaní starostlivosti vykonáva. Najmenší tím tvorí lekár a sestra. V tomto tíme sa úlohy delia podľa odbornej kvalifikácie. Sestra samostatne zodpovedá za tie výkony, na ktoré je oprávnená a vyškolená. Tieto výkony stanovuje vyhláška ministerstva zdravotníctva č. 528/2004 Z. z. Lekár zodpovedá za svoje úkony a za riadenie práce sestry. V prípade tolerovania nedostatkov vo výkone úkonov sestry xnesie lekár spolu zodpovednosť. Lekár však nikdy nemôže zodpovedať za také pochybenia sestry, ktorým nemohol zabrániť.

### Ako nepoškodiť pacienta na operačnej sále

Pracujeme na operačnej sále, ktorá je špecifickým pracoviskom. V intraoperačnom období zodpovednosť za ošetrovanie pacienta preberá anesteziologická a operačná sestra. Jednou zo zásad poskytovania starostlivosti na operačnej sále je tímová práca, ktorá zabezpečuje pacientovi komplexnú starostlivosť. Každý z členov tímu má svoje presne určené a konkrétne úlohy, ktoré zodpovedajú jeho odbornému vzdelaniu a tým vytvárajú podmienky pre úspešný priebeh operačného výkonu. V operačnom tíme nesie najväčšiu zodpovednosť operatér. Zodpovedá v prvom rade za správnu indikáciu operácie, za voľbu vhodnej operačnej taktiky a techniky, za riadenie činnosti asistentov a pomocného personálu. Každý z členov operačného tímu zodpovedá za všetky ním vykonávané činnosti. Inštrumentárka zodpovedá za prípravu nástrojov a kontrolu ňou poskytovaného materiálu. Osobitné postavenie má v operačnom tíme anesteziológ. Zodpovedá za predoperačnú prípravu pacienta, spôsob a prevedenie anestézie, jej priebeh a pooperačnú starostlivosť o životné funkcie pacienta. Chybami pri chirurgickej liečbe sú: podcenenie prodrómov, neindikovanie operácie, jej neskoré indikovanie, chyby operačnej techniky a taktiky, nepripravenosť na komplikácie, nedostatok nástrojov, prístrojov, atď.

Na operačnej sále môžu vzniknúť samozrejme aj určité situácie vedúce k poškodeniu pacienta. Nazveme ich potenciálne, pretože každý operačný výkon musí byť zrealizovaný úspešne, bez komplikácií a bez poškodenia pacienta. Medzi najčastejšie potenciálne riziká spojené s operačným výkonom patria:

- pád pacienta na operačnej sále,
  - zámena pacienta,
  - zámena strany (miesta) výkonu,
  - poškodenie pacienta prístrojom,
  - poškodenie nesprávnym polohovaním na operačnom stole,
  - ponechanie materiálu v operačnej rane.
- Poškodením pacienta sa zaoberá aj NANDA – International Taxonómia II, ktorá predložila ošetrovateľskú diagnózu, ktorú uvádza a rozpracovávame.

### Riziko perioperačného poranenia (00087) v súvislosti s (so):

- vysokým tlakom
- obezitou
- zmeneným vnímaním
- neoverením si totožnosti pacienta
- nesprávne uloženým podložným neutrálnej elektródou
- nesprávnym zabezpečením polohy na operačnom stole
- nedôkladným prerátaním materiálu
- pretrvávajúcím účinkom anestézie
- chýbaním reflexov
- zavedenými intravenóznymi vstupmi

### Príklady potenciálnych sester-ských diagnóz:

1. Riziko perioperačného poranenia (00087) v súvislosti so zmeneným vnímaním, prejavujúce sa pádom.
2. Riziko perioperačného poranenia (00087) v súvislosti s neoverením si totožnosti pacienta a identifikačných údajov, prejavujúce sa zámennou pacienta.
3. Riziko perioperačného poranenia (00087) v súvislosti s nesprávnym zabezpečením polohy na operačnom stole, prejavujúce sa poškodením nervu.
4. Riziko perioperačného poranenia (00087) v súvislosti s nesprávne uloženou neutrálnou elektródou, prejavujúce sa popálením kože pacienta.
5. Riziko perioperačného poranenia (00087) v súvislosti s nedôkladným prerátaním materiálu pred uzatvorením hrudnej (brušnej) dutiny,

prejavujúce sa ponechaním materiálu v operačnej rane.

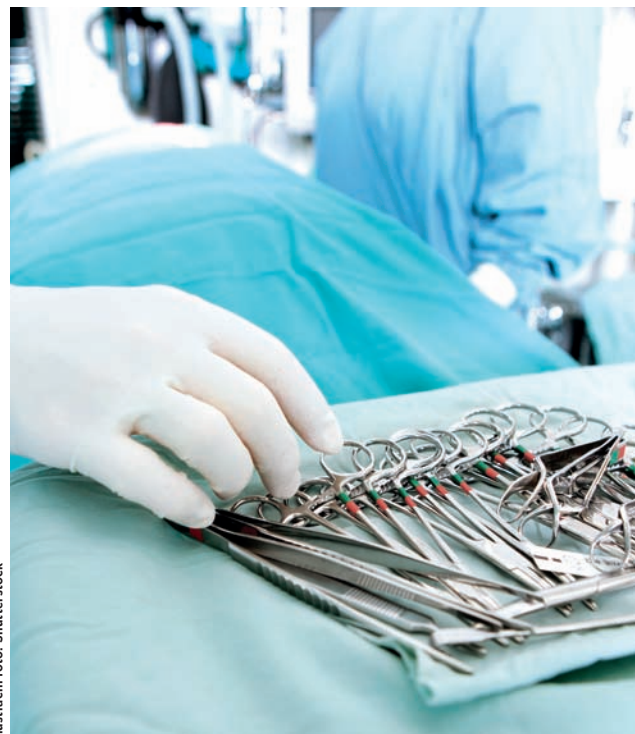
6. Riziko perioperačného poranenia (00087) v súvislosti so zavedenými intravenóznymi vstupmi, prejavujúce sa infekciou.
  7. Riziko perioperačného poranenia (00087) v súvislosti s chýbaním reflexov po extubácii, prejavujúce sa narušením spontánneho dýchania.
- Cieľ:** Pacient neutrpí poranenia v súvislosti s operačným výkonom.

### Výsledné kritériá:

- Pacient verbalizuje súhlas s operačným výkonom.
- Pacient má podpísaný súhlas s anestéziou a operačným výkonom.
- Pacient má skompletizované všetky vyšetrenia na operačný výkon.
- Pacient má správne zabezpečené intravenózne vstupy k operačnému výkonu.
- Pacient má podanú farmakoterapiu podľa indikácie lekára.
- Pacient je správne polohovaný k výkonu podľa požiadaviek operátora.
- Pacient má sledované vitálne funkcie a stav vedomia počas operačného výkonu.
- Pacient aktívne spolupracuje so zdravotníckym personálom na operačnej sále.

### Plán ošetrovateľských intervencií:

1. Overiť si totožnosť pacienta.
2. Preštudovať anamnézu pacienta (vek, hmotnosť, výška, nutričný stav, fyzické obmedzenia).
3. Posúdiť individuálnu odpoveď pacienta na premedikáciu.
4. Zhodnotiť bezpečnosť prostredia okolo premedikovaného pacienta.
5. Skontrolovať prostredie operačnej sály – skontrolovať funkčnosť prístrojovej techniky a zodpovedať za jej rozmiestnenie.
6. Ovládať manipuláciu s operačným stolom a so špeciálnou technikou na operačnej sále a zabezpečiť ich stálu dostupnosť.
7. Zabezpečiť bezpečné uloženie a presun pacienta na operačný stôl dostatočným množstvom personálu.
8. Overiť alergickú anamnézu pacienta.
9. Skontrolovať u pacienta protetiké pomôcky.
10. Podložiť správne podloženie pre elektrokoaguláciu.
11. Zistiť predpokladanú dĺžku operačného výkonu.



Ilustrácia Foto: Shutterstock

12. Zabezpečiť správnu polohu pacienta na operačnom stole:
  - uložiť pacienta do základnej polohy (v ľahu na chrbte, DK uložené paralelne),
  - umiestniť bezpečnostný popruh na DK tak, aby zabránil tlaku na končatiny,
  - chrániť telo pred kontaktom s kovovými časťami operačného stola,
  - podložiť všetky miesta neurovaskulárnych tlakových bodov pacienta (paže, členky, prsia, kolená),
  - udržiavať polohu pacienta v rámci limitu rozsahu pohyblivosti kĺbov,
  - upraviť polohu končatín tak, aby ich bolo možné pravidelne kontrolovať, zvlášť pri pohybe časťami operačného stola,
  - kontrolovať pravidelne pulz na periférii, farbu a teplotu kože,
  - polohovať pacienta do špeciálnej polohy podľa druhu výkonu a požiadaviek operátora.
13. Sledovať priebeh operačného výkonu a požiadavky operátora.
14. Monitorovať kontinuálne vitálne funkcie pacienta.
15. Realizovať číselnú kontrolu rúšok, nástrojov na začiatku a na konci operačného výkonu v spolupráci s lekárom.
16. Zabezpečiť správne označenie a odoslanie biologického materiálu odoslaného z operačnej sály do rôznych laboratórií.
17. Chrániť po extubácii dýchacie cesty a uľahčiť respiračné úsilie.

18. Informovať pacienta a sestry o možných prechodných zmenách a reakciách po operácii (bolesť v krížoch, miestna necitlivosť, začervenanie, otláčenie kože), ktoré by mali do 24 hodín ustúpiť.

### Záver

Škála negatívneho pôsobenia na pacienta je široká. Pozornosť najmä laickej verejnosti pútajú predovšetkým prípady hrubého zanedbania povinností, ktoré našťastie nie sú časté. Stále sa vedú diskusie o tom, ako realizovať vysoko kvalitnú starostlivosť s minimálnym poškodením. S prudkým rozvojom medicíny, lekárskej etiky a ošetrovateľstva sa otázka poškodzovania pacienta študuje a posudzuje v širších súvislostiach, a to odbornou spoločnosťou International Society for the Prevention of Iatrogenic Complications. Táto spoločnosť chápe iatrogéniu a sororigéniu ako zlyhanie ľudského faktora (nepozornosť, zväčšené pracovné zaťaženie, neskúsený personál, nedostatok personálu, časté výmeny personálu, zastupovanie, náhle situácie, nepokrytie 24 hod. službou). Hoci medicínske omyly sú súčasťou každodennej medicínskej praxe a budú sa vyskytovať vždy, naše snahy musia smerovať k znižovaniu ich výskytu.

Literatúra u autorky

PhDr. Hilda Balková, PhD., ÚOS,  
MUDr. Ernest Marton, KCCH,  
Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava



# Farmakoterapeutická léčba bolesti u dětí

Bolest je pro dítě vždy skličující, neboť si nedokáže vysvětlit její příčinu. První zásadou léčby je pokud možno bolesti předcházet. Terapii bolesti by měla vždy doprovázet i kauzální léčba. Při výběru vhodného léčiva je potřeba se řídit obecnými pravidly a zvláštnostmi farmakokinetiky a farmakodynamiky u dětí. Od 15 let věku lze z hlediska farmakologie a klinického účinku léčiv organismus považovat za dospělé.

**V**olba analgetik závisí jednak na intenzitě bolesti, jednak na odlišnosti akutní a chronické bolesti. V případě akutní bolesti je zavedenou praxí postupné snižování dávky analgetika (*step down* přístup), naopak u bolestí chronických se postupuje od nižších dávek k vyšším, případně ke kombinacím analgetik (*step up*). Takzvaná „průlomová bolest“ je stav, kdy bolest „prolomí“ účinek analgezie, v takovou chvíli je třeba zvýšit dávku léku. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučila používání analgetického žebříčku, podle kterého se analgetika dělí do tří skupin podle síly účinku na slabá (neopioidní analgetika), středně silná (slabé opioidy) a silná (silné opioidy).

## Nesteroidní antiflogistika (neopioidní analgetika)

Nesteroidní antiflogistika mají především protizánětlivý účinek, analgetický účinek je ve srovnání s opioidními analgetiky nižší. Jsou zpravidla indikována k léčbě akutní bolesti, např. bolesti hlavy, migrén, bolesti zad, zubů, svalů, při revmatických nebo menstruačních bolestech. Jejich výhodami jsou relativně dlouhodobý účinek a nízký výskyt nežádoucích účinků. Nevývolávají depresi dechu a je u nich nízké riziko vzniku tolerance a návyku.

Neopioidní analgetika určená pro děti jsou dostupná v různých léčivých formách, například různé typy tablet, prášky rozpustné ve vodě, sirupy, čípky, injekční formy. Perorální formy mají upravenou chuť a vylepšené farmakokinetické vlastnosti – absorpce léčiv není závislá na podávání jídla.

## Analgetika – antipyretika

**Paracetamol** má zásadní postavení v léčbě dětí od nejútlejšího věku, přičemž analgetické dávky se v závislosti na věku výrazně liší. Při správném dávkování má minimum nežádoucích účinků (kožní reakce, bronchospasmus, ojediněle poruchy krvetvorby), avšak při předávkování může dojít k závažnému poškození jater až k úmrtí (jako antidotum se podává acetylcystein, i. v., nebo methionin, p. o.). Výhodou

paracetamolu je absence účinku na krevní srážlivost, gastrointestinální sliznice a zvýšení krvácivosti. Užívá se při prořezávání zoubků, bolestech zad, hlavy, při migréně, neuralgii, bolestivě menstruační nebo při bolestech svalů a kloubů při virózách. Na trhu je také řada kombinovaných přípravků (např. s kofeinem, s kyselinou acetylsalicylovou, propyfenazonem), které ale mají omezené použití u dětí do 12 (až 15) let a jejich nejčastějšími indikacemi jsou kromě výše zmíněných také pooperační a revmatické bolesti. V praxi je paracetamol podáván také střídavě s ibuprofenem.

**Metamizol** kromě výrazného antiflogistického, analgetického a antipyretického účinku působí také jako spasmolytikum a urikosurikum.

**Propyfenazon** se používá v léčbě migrén, bolestí hlavy, zubů, bolestí z nachlazení, menstruačních bolestí nebo pooperační bolesti u dětí od 15 let.

**Kyselina acetylsalicylová (ASA)** má v závislosti na velikosti dávky různé účinky – v nejnižší dávce jsou antikoagulační, ve vyšší dávce antipyretické a analgetické a nejvyšších dávek je potřeba k dosažení antiflogistického účinku. Vzhledem k riziku rozvoje Reyeova syndromu (encefalopatie a hepatopatie způsobené salicyláty v léčbě horečky a respiračních viróz, vysoká úmrtnost) je doporučeno ASA nepoužívat v léčbě dětí mladších 15 let a má být nahrazována paracetamolem a ibuprofenem. U starších je možné použití k úlevě od mírné až středně silné bolesti. Je kontraindikována u pacientů s poruchami koagulace a sklony ke krvácivosti.

**Ibuprofen** a **diklofenak** mají vyšší analgetický účinek než paracetamol, také se dobře uplatňují v kombinaci s opioidy. U těchto léčiv je potřeba brát v úvahu efekt stropu, pokud jsou podávána v monoterapii. Nežádoucí účinky se mohou projevit jako podráždění žaludeční sliznice nebo krvácení ze sliznic trávicího traktu, mají i vliv na shlukování trombocytů. Mohou být použity pouze u pacientů bez rizikových faktorů, a to ke krátkodobé léčbě.

## Nesteroidní analgetika – antirevmatika

**Naproxen** je vhodný k léčbě chronické bolesti. V monoterapii i v kombinaci je účinný v léčbě mírných až středně silných bolestí pohybového aparátu, u zánětů, při renální nebo žlučnickové kolice. Působí také antipyreticky. Vyznačuje se dlouhým biologickým poločasem, proto postačuje dávkování jednou denně. Kontraindikací je věk pod 12 let, krvácení a ulcerace v trávicím ústrojí, poruchy funkce ledvin a relativně také bronchiální astma.

**Indometacin** je pro časté nežádoucí účinky používán dost omezeně u akutních stavů (např. silné menstruační bolesti). Je kontraindikován u dětí s tělesnou hmotností nižší než 50 kg.

**Nimesulid** se vyznačuje rychlým nástupem účinku. Používá se v léčbě bolesti hlavy a akutních bolestí zad v monoterapii nebo v kombinaci s opioidy, např. u nádorové bolesti. Z důvodu prokázaného zvýšeného výskytu nežádoucích účinků na kardiovaskulární systém je ale indikován pouze v nezbytných případech u dětí od 12 let. **Meloxicam** je díky dlouhému biologickému poločasem podáván pouze jednou denně. Jeho použití je kontraindikováno u dětí mladších 15 let.

## Spasmoanalgetika

Spasmoanalgetika využívají kombinace analgetik/antipyretik se spasmolytiky. Mírní spastické bolesti hladkého svalstva, např. u silných menstruačních bolestí. Například v přípravku Algifen je to **metamizol** (analgetikum), **pitofenon** a **fempiverin** (spasmolytika).

## Opioidní analgetika (anodyna)

Opioidní analgetika jsou používána v léčbě středně silné až silné bolesti, například pooperační, u traumat nebo nádorových onemocnění. Jsou to jednak přirozené deriváty morfinu, jednak syntetické látky, které mají podobný účinek jako morfin, jenž spočívá ve vazbě na specifické receptory ( $\mu$ ,  $\delta$  a  $\kappa$ -receptory) a napodobení účinků endorfinů. V pediatrii jsou nejčastěji užívány **morfin**, **fentanyl**, **tramadol** a **kodein**.

Podávání opioidů může provázet vznik tolerance na léčivo a fyzická nebo psychická závislost. K toleranci, tedy potřebě postupného zvyšování dávek pro dosažení stejného analgetického účinku, dochází za jeden až tři týdny. Fyzická závislost se může začít projevovat už po týdnu pravidelného podávání. Po náhlém vysazení léku, asi za 24 hodin, se dostaví abstinenční příznaky – tachykardie, slinění, zívání, zvýšený krevní tlak, neklid a nespavost. Vznik psychické závislosti u dětí s opioidy řádně indikovanými proti bolesti je velmi vzácný. Po první dávce opioidů se až u 40 % pacientů objeví nauzea a zvracení, které však s podáním dalších dávek odezní. Zvýšení tónu hladkého svalstva GIT a snížení motility vede k zácpě. Kontrakci svěrače močového měchýře způsobují anodyna u nepohyblivých pacientů retenci moči. Lokální uvolnění histaminu z mastocytů způsobuje snížený krevní tlak, kopřivku v místě vpichu a bronchokonstrikci. Psychotropní účinky a vyvolání euforie závisí na typu analgetika, velikosti dávky a cestě podání. Drážděním parasymptotiku je vyvoláno zúžení zornic, které je klasickým příznakem závislosti nebo intoxikace. Následkem snížení citlivosti dechového centra na  $CO_2$  dochází k depresi dechu, která je také příznakem intoxikace. Upravuje se antagonistací – podáním naloxonu.

Opioidy jsou nejčastěji podávány intravenózně, dobře se vstřebávají i po subkutánním nebo intramuskulárním podání. Na trhu jsou i neinvasivní léčivé formy – různé typy tablet, nosní kapky, lížátka, bukalní filmy, některé přípravky jsou podávány ve formě transdermálních náplastí (fentanyl) nebo perorálních roztoků (individuálně připravovaných). Zejména u dětí trpících chronickou bolestí se osvědčila technika pacientem kontrolované analgezie (*patient controlled analgesia*, PCA). Pacient je vybaven speciální pumpou, která zajišťuje kontinuální podání bazální dávky analgetika, v případě bolesti si pak pacient stisknutím knoflíku zajistí podání bolusu, přičemž možnost předávkování je vyloučena technickým zablokováním pumpy. Tato metoda se úspěš-

ně používá již u dětí předškolního věku. Navíc bylo zjištěno, že pokud mohou spolurozhodovat, mají děti často nižší spotřebu analgetik. Ze **slabých opioidů** se v terapii bolesti u dětí používá zejména **tramadol** a **kodein**, a to v kombinaci s paracetamolem. Uplatňují se v léčbě chronické nenádorové bolesti, tramadol bývá indikován i u pooperační bolesti. Zejména při rychlejších, i. v. podání vyvolává nevolnost a zvracení. V monoterapii mají slabý účinek. Kodein má významný účinek na potlačení kašlacího reflexu (antitusický efekt) a způsobuje depresi dechu. Proto v červnu 2013 Evropská léková agentura vydala doporučení omezit používání přípravků s kodeinem u dětí.

**Silné opioidy** jako **morfin**, **fentanyl**, **sufentanil**, **buprenorfin**, **oxycodon** a další jsou podávány pacientům s akutní silnou bolestí, např. pooperační, a u chronické nádorové bolesti. U dětí se v léčbě nádorové bolesti používá **morfin** i. v. nebo ve formě tablet s prodlouženým uvolňováním. Kromě úlevy od bolesti také zmírňuje úzkost a přináší euforii, vedle toho má však řadu nežádoucích účinků (viz výše). Aby se předešlo nevolnosti a zvracení, je vhodné podat zároveň antiemetika. Dávkování morfinu je striktně individuální. **Nalbufin** pro parenterální podání je u dětí používán zejména u pooperační bolesti nebo k analgeziaci při převazech.

**Fentanyl** je po i. v. podání 50–100krát účinnější než morfin. V léčbě chronické, nádorové bolesti je používán v podobě náplasti, přičemž začíná působit po 16 hodinách od nalepení náplasti a účinek trvá ještě 24 hodin po odlepení. Dětem je podáván také ve formě lízátek.

**Sufentanil**, další syntetický derivát, má zhruba 7–10krát silnější analgetické účinky než fentanyl. Účinkuje rychle a kratší dobu než fentanyl a působí také jako hypnotikum. Zejména při náhodném předávkování opioidy a navození silného útluhu dechu je podán intravenózně **naloxon**. Působí velmi rychle, ale kratší dobu než ostatní opioidy. Opakované podání je možné za 30–60 minut. Předepisování opioidních analgetik se řídí zákonem o omamných látkách. Jejich podání v případě středně silných a silných bolestí je namísto a není správné se tímto léčivům vyhýbat ani u dětí, ať už v krátkodobé nebo dlouhodobé léčbě.

## Další farmakologické metody analgetizace

Preemptivní analgezie, tedy podání analgetika před plánova-



ným bolestivým zákrokem, např. stomatologickým ošetřením, kromě „zpříjemnění“ zákroku také zvyšuje práh bolesti a snižuje nutnou dávku analgetik po zákroku. Osvědčilo se také místní znečistlivění s použitím lokálních anestetik ve formě transdermální gelové náplasti nebo krému (kombinace lidokainu a prilocainu, přípravek EMLA). Lze je použít už od novorozeneckého věku, např. před očkováním, nastřelováním náušnic nebo zavedením infuze. Účinek se dostavuje 60-90 minut po aplikaci a trvá 2-5 hodin. Dalšími způsoby analgetizace jsou cílená injekční infiltrace bolestivého místa a spinální analgezie. V pooperační péči se čím dál častěji používají také svodná a regionální analgezie, epidurální analgezie a blokáda periferních nervů. O použití těchto metod rozhoduje anesteziolog. V léčbě chronické bolesti se k analgetikům přidávají adjuvantní analgetika (koanalgetika). Nejčastěji jsou to antidepressiva, zejména inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) a také inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

(SSRI a SNRI), tedy látky bez přímého analgetického účinku. Dalšími adjuvantními léky jsou např. spasmolytika, antihistaminika nebo kortikosteroidy.

### Závěr

Léčba bolesti musí být koncipována komplexně. Nejenže je třeba omezit nebo raději zcela odstranit bolestivý vjem a dále vyřešit příčinu, ale především k dítěti i jeho doprovodu přistupovat empaticky – citlivý kontakt s dítětem trpícím bolestí ovlivní jeho prožívání bolesti a celé nepříjemné situace bolest vyvolávající či jinak doprovázející. Nelze opomenout ani dostatečně edukovaného rodiče, u něhož se informovanost projeví v klidnějším a erudovanějším chování k dítěti, což má vedle „tisíci pilulky“ pro dítě obrovský význam.

### Literatura u autorek

PhDr. Martina Muknsnábllová, odborná učitelka,  
VOŠZ Mills Čelákovice, VOŠZ SRMR Praha,  
m.muknsnablova@worldonline.cz,  
Vladimíra Sochová, studentka,  
VOŠZ Mills Čelákovice,  
vladka.sochova@gmail.com

# Zkušenosti z Londýna

V lednovém vydání ZaM jsme přiblížili stáž studentů královéhradecké zdravotnické školy v Lipsku, která byla realizována v rámci projektu Leonardo da Vinci. Tentokrát se s vámi chceme podělit o zkušenosti ze stáže v Londýně.

V květnu letošního roku se vybraná skupina žákyň a žáků Vyšší odborné školy zdravotnické a Střední zdravotnické školy v Hradci Králové zúčastnila odborné stáže v sociálním zařízení pro seniory v Londýně. Tentokrát škola získala grant v rámci projektu Erasmus. Hlavními cíli projektu byly nové zkušenosti při práci v zahraničí, procvičování komunikace v anglickém jazyce, posílení orientace v cizím prostředí a v neposlední řadě podpora motivace k odbornému vzdělávání.

V tomto projektu byla před stáží nutná odborná příprava zájemců v anglickém jazyce zaměřená na komunikaci se seniory, na poskytování ošetrovatelské péče a smyslovou aktivizaci především u klientů s demencí. Škola předložila pro sociálního partnera v Londýně pracovní jednotku ECVET, která se skládala z osnov teoretické

a praktické přípravy žáků, přehledu znalostí a dovedností a připravila požadavky na samotnou stáž. Tato odborná příprava byla ukončena zkouškou.

Po absolvování stáže v sociálních zařízeních pro seniory, například Nursing Homes MD Homes, Seymour House, Ogilvy Court nebo Franklin House, partnerská organizace v Londýně vyhodnotila stážisty a vystavila certifikáty.

Přidanou hodnotou byly zkušenosti s prací v mezinárodním týmu v odlišných podmínkách, setkání s kulturami, tradicemi a náboženstvím jiných národů. To vše pomůže účastníkům projektu zvýšit šance při uplatnění na trhu práce nejen v České republice, ale i ve státech EU.

Milena Marešová,  
odborná učitelka VOŠZ a SZŠ Hradec Králové,  
milena.mares@seznam.cz



Ošetrovatelský tým zařízení pro seniory | Foto: archiv školy

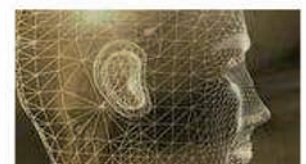
**RADIX**  
zdravotnická technika



## má konečně celé portfolio



**STORZ**  
KARL STORZ — ENDOSKOPE





# Nový pohled na proces nutriční péče se zaměřením na nutriční diagnózy

Výživa je jednou ze základních fyziologických potřeb člověka. Její nenaplnění může mít závažné důsledky, které nepochybně ovlivňují kvalitu života.

V některých zdravotnických oborech, např. ošetrovatelství, je již několik let definován standardizovaný postup péče zahrnující ošetrovatelské diagnózy. V oboru nutriční terapie doposud standardizovaný postup nutriční péče s jednotnou terminologií neexistuje. Vzorem pro terminologicky standardizovanou nutriční péči může být model „Proces nutriční péče“ (Nutrition care process) vytvořený v roce 2003 americkou asociací Academy of Nutrition and Dietetics (dříve American Dietetic Association, ADA). Cílem vzniku tohoto modelu a jeho zavedení do praxe je zvýšení efektivity, důslednosti a kvality poskytované nutriční péče a zároveň zvýšení postavení profese nutričního terapeuta v rámci celého zdravotnického týmu. Model poskytuje mezinárodní standardizovanou terminologii včetně terminologie nutričních diagnóz. Nejenom USA, ale už i některé evropské země standardizovaný systém přijaly a v Evropě se intenzivně diskutuje o jeho dalším rozšiřování.

## Proces nutriční péče

Proces nutriční péče lze obecně definovat jako systematický proces, který popisuje postup při poskytování nutriční péče. Jedná se o proces na sebe navazujících kroků, které při správném a důkladném provedení vedou ke zlepšení důslednosti a kvality poskytované nutriční péče a také k možnosti vhodně naplánovat průběh léčby. Tento proces je děj cyklický, stále se opakující a také dynamický, reaguje tedy na změny vzniklé v průběhu jeho realizace. Proces nutriční péče zahrnuje čtyři kroky – nutriční hodnocení, stanovení nutriční diagnózy, stanovení nutriční intervence, nutriční monitoring a evaluace. Pro poskytnutí kvalitní nutriční péče nelze žádný krok vynechat a zároveň všechny kroky musí být provedeny pečlivě.

● **Cílem nutričního hodnocení** je získat, ověřit a správně interpretovat informace o pacientovi/klientovi, které jsou nezbytné pro rozpoznání problémů souvisej-

cích s výživou, rozpoznání jejich příčin a závažnosti. Informace lze získat osobním rozhovorem s pacientem/klientem, ošetřovatelem nebo rodinným příslušníkem, pozorováním, antropometrickým měřením, studováním lékařských zpráv či zdravotnické dokumentace. Veškeré metody získávání informací pomáhají odpovědět na otázky: „Kdo je můj klient/pacient? Existuje u něho nějaký nutriční problém?“ Důsledně provedené nutriční hodnocení (viz tab. 1) je nezbytným předpokladem pro správné zvolení nutriční péči.

● **Nutriční diagnózu** lze definovat jako jasné, stručné a jed-

noznačné stanovení nutričního problému, který lze zcela vyřešit nebo alespoň zlepšit. Nutriční diagnóza musí zároveň spadat do kompetence nutričního terapeuta. Vyslovená nutriční diagnóza zahrnuje příčinu problému (je-li známa) a symptomy. Proto je vhodné ji formulovat pomocí tzv. PES tvrzení (viz tab. 2). V mezinárodní terminologii existuje seznam standardizovaných nutričních diagnóz. Každá diagnóza má svůj vlastní kód, podobně jako mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) nebo ošetrovatelské diagnózy. Každému termínu nutriční diagnózy přísluší referenč-

Tab. 1 Nutriční hodnocení

<b>A) Informace o pacientovi/klientovi</b>
osobní anamnéza, nynější onemocnění, anamnéza rodinná, farmakologická, gynekologická, sociální a pracovní, alergie, abúzus
<b>B) Nutriční anamnéza</b>
stravovací zvyklosti současné a dřívější, příjem stravy a jednotlivých živin, příjem tekutin včetně alkoholu, potravinové alergie a intolerance, užívání léčiv a doplňků stravy, znalosti a přesvědčení o výživě, postoje a chování, faktory ovlivňující přístup k potravinám, fyzická aktivita a tělesné funkce...
<b>C) Antropometrie</b>
výška/délka, tělesná hmotnost aktuální a obvyklá, BMI, ukazatelé růstu pomocí percentilových grafů, obvod paže, obvod pasu, otoky, tělesné složení...
<b>D) Biochemie, zdravotní a zátěžové testy</b>
acidobazická rovnováha, elektrolyty, profil glykemický, endokrinní, zánětlivý, lipidový, bílkovinný, močový, profil vitaminů, minerálních látek a stopových prvků, krevní obraz, hodnocení nutriční anemie, metabolický profil, krevní tlak...
<b>E) Problémy související s výživou</b>
stav chrupu, zrak, chuť, čich, apetit, dyspeptické potíže, průjem, zácpa, nauzea, zvracení, poruchy polykání, suchost v ústech, pocit sytosti/plnosti, bolesti břicha, nadýmání, flatulence, meteorismus, tělesné postižení...
<b>F) Stanovení nutričních potřeb</b>
potřeba energie, bílkovin, sacharidů, tuků, vlákniny, tekutin...

Tab. 2 PES tvrzení nutriční diagnózy

P	Problém	stanovená nutriční diagnóza
E	Etiologie	definuje hlavní a relevantní příčinu a určuje, kam bude zaměřena nutriční intervence; uvádí se slovy „způsobený...“
S	Symptomy	označuje popis projevů a určuje, na které příznaky se zaměří monitoring a evaluace během intervence; uvádí se slovy „jak vyplývá z...“
„Nadměrný energetický příjem ( <i>problém</i> ) způsobený pravidelnou konzumací velkých porcí tučných pokrmů ( <i>etiologie</i> ), jak vyplývá ze záznamu stravy a nárůstu tělesné hmotnosti 6 kg za posledních 18 měsíců ( <i>příznaky</i> ).“		
„Nesoustředěnost při jídle ( <i>problém</i> ) způsobená vykonáváním jiné činnosti během jídla, např. sledování televize ( <i>etiologie</i> ), jak vyplývá z rozboru jídelního prostředí klienta ( <i>příznak</i> ).“		

Tab. 3 Ukázka terminologie nutričních diagnóz

<b>1. doména: nutriční příjem (<i>intake</i>)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>energetická rovnováha (např. zvýšený energetický výdej, nedostatečný energetický příjem)</li> <li>skutečný nebo odhadovaný příjem stravy nebo nutriční podpory (př. nedostatečný příjem per os, nedostatečný přívod z parenterální výživy)</li> <li>příjem tekutin (např. nedostatečný/nadměrný příjem tekutin)</li> <li>příjem bioaktivních látek (např. nadměrný příjem alkoholu, nadměrný příjem potravinových doplňků)</li> <li>příjem živin (např. nerovnováha v příjmu živin, nadměrný příjem tuků, ne zcela optimální složení přijímaných tuků, nedostatečný příjem vápníku, vitamínu B<sub>12</sub>)</li> </ul>
<b>2. doména: klinická oblast (<i>clinical</i>)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>funkční diagnostika (např. potíže při polykání, kousání)</li> <li>biochemická diagnostika (např. porucha schopnosti využít živin, interakce stravy a užívání léčiv)</li> <li>hmotnost (např. podváha, nechtěný váhový úbytek, obezita, opožděný růst)</li> </ul>
<b>3. doména: chování a prostředí (<i>behavioral-environmental</i>)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>znalosti a postoje (např. nedostatek znalostí v oblasti potravin a výživy, nepřipravenost ke změně životního stylu, narušené stravovací zvyklosti, nežádoucí výběr potravin)</li> <li>fyzická aktivita a tělesné funkce (např. absence tělesné aktivity, nadměrná tělesná aktivita, nízká kvalita života, neschopnost zajistit si základní potřeby, snížená schopnost samostatné přípravy pokrmů)</li> <li>bezpečnost a dostupnost potravin (např. příjem nebezpečných potravin, omezená dostupnost potravin)</li> </ul>

ní list zahrnující definici nutričního problému, možnou příčinu a hlavní příznaky nebo symptomy, jimiž se projevuje. Nutriční diagnózy jsou rozděleny do tří kategorií (tzv. domén), ve kterých se ještě dále třídí (viz tab. 3).

● **Otázka „Co pro pacienta/klienta můžu udělat?“** je námětem pro stanovení nutriční intervence, která by ideálně měla být „ušitá pacientovi na míru“, s cílem vyřešit nebo zlepšit identifikovaný nutriční problém. **Nutriční intervence** vždy vychází z nutriční diagnózy a její etiologie. Součástí této fáze procesu nutriční péče je také stanovení cíle, kterého má být intervencí dosaženo. Příkladem nutriční intervence dle terminologie je např. úprava rozložení stravy v průběhu dne, snížení příjmu energie, zvýšení množství vápníku ve stravě, edukace o zásadách správné výživy, úprava jídelního prostředí, úprava konzistence podávaného pokrmu, změna rychlosti podávání umělé výživy, zavedení doplňkové výživy, spolupráce s jinými zdravotnickými obory, navýšení pohybové aktivity, snížení tělesné hmotnosti apod.

● **Zda a do jaké míry byly realizované intervence efektivní, ukazují nutriční monitoring a eva-**

**luace.** Jejich náplní je sledování symptomů (příznaků) nutričního problému a opětovné provedení nutričního hodnocení. Je vhodné stanovit kritéria hodnocení a indikátory, podle kterých je změna vyhodnocena. Hodnocení nutriční péče může být průběžné nebo závěrečné.

## Závěr

Uvedené kroky procesu nutriční péče jsou nezbytným předpokladem pro kvalitně poskytovanou péči o pacienta/klienta nejen ve zdravotnických zařízeních, ale také v rámci soukromého výživového poradenství nebo obecně všude tam, kde je potřeba se výživou zabývat. Standardizovaný postup péče s jednotnou terminologií pomáhá nutričnímu terapeutovi správně zhodnotit stav pacienta/klienta, identifikovat jeho zásadní výživový problém, správně nastavit léčbu/terapii a zhodnotit dosažené výsledky. V České republice je přijetí standardizované nutriční terminologie prozatím huďbou budoucnosti, avšak možným námětem k zamyšlení se nad otázkou „Kam kráčíš, nutriční terapeute?“ Zmiňovaný model je prozatím vhodně využít alespoň pro účely vzdělávání studentů oboru „nutriční terapeut“.



# Ukázka procesu nutriční péče v podobě kazuistiky

A) Informace o pacientovi/klientovi				
<b>Osobní údaje:</b> muž, 55 let Pacient přichází do nutriční poradny za účelem snížení tělesné hmotnosti. <b>Nynější onemocnění:</b> nově zjištěný diabetes mellitus 2. typu <b>Další onemocnění:</b> obezita, hypertenze <b>Rodinná anamnéza:</b> otec zemřel na IM, matka zdráva, děti s normální tělesnou hmotností <b>Farmakologická anamnéza:</b> Lisinopril <b>Sociální a pracovní anamnéza:</b> žije s manželkou a dvěma dětmi na vesnici v rodinném domě, pracuje jako IT programátor <b>Alergie:</b> neguje <b>Abúzus:</b> nekouří a nikdy nekouřil, alkohol pouze příležitostně				
B) Nutriční anamnéza				
<b>Stravovací zvyklosti</b> Pacient jí obvykle 3–4krát denně, vynechává snídaně a svačiny. Po probuzení vypije pouze čaj slazený medem (v 6:15). První jídlo má až v práci – obvykle kolem 9. hod. bílý chléb s uzeninou, paštikou, tvrdým sýrem nebo rybi konzervou, bez ovoce nebo zeleniny. Obědvá ve 12:00 v závodní jídelně – sní vše, někdy by si i přidal. Po příchodu domů (15:30) jí bílé pečivo s uzeninou nebo sýrem. Poté pravidelně pije černou kávu a 4krát týdně má nějakou sladkost. Večeři mívá teplou i studenou – často smažená vejce, topinky. Před spánkem vypije 200 ml mléka, sní kousek tvrdého sýra (50 g) nebo ochucený smetanový jogurt. Zeleninu a ovoce jí málo, někdy za celý den vůbec. Pečivo vybírá bílé. V jídlu není vybíravý, sní vše, ale v oblíbě má tučné živočišné potraviny. Udává, že hodně solí a má rád slané pokrmy. Někdy přisoluje, aniž by pokrm nejdříve ochutnal. Nikdy se nepokusil snížit tělesnou hmotnost.				
<b>Příjem stravy a jednotlivých živin, příjem tekutin včetně alkoholu</b> Ze 7denního záznamu stravy vyplývá:				
Energie (kJ)	Sacharidy (g)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Vláknina (g)
12 330	345 g (48 % CEP*)	78 (10 % CEP*)	135 (41 % CEP*)	14
*celkový energetický příjem				
Příjem tekutin (obvyklý): 300 ml slazený čaj, 2x 200 ml černá káva s cukrem, 1500 ml slazená minerálka nebo voda se sirupem, obyčejnou kohoutkovou vodu nepije vůbec – nechutná mu.				
<b>Potravinové alergie a intolerance</b> neguje				
<b>Užívání léčiv a doplňků stravy</b> Lisinopril (antihypertenzivum) – NÚ: průjem, zvracení, bolest břicha, porucha trávení a funkce ledvin Doplňky stravy neužívá.				
<b>Znalosti a přesvědčení o výživě</b> Znalosti o zásadách správného stravování a výběru potravin jsou nízké. Neorientuje se v nutričním složení potravin, nerozlišuje tučné a méně tučné potraviny.				
<b>Postoje a chování</b> Nikdy o výživě a jejím dopadu na zdraví nepřemýšlel a vždy jedl to, co mu nejvíce chutnalo.				
<b>Faktory ovlivňující přístup k potravinám</b> bez obtíží				
<b>Fyzická aktivita a tělesné funkce</b> V zaměstnání většinou sedavá činnost, do práce jezdí na kole (asi 5 minut), žádný sport neprovozuje, odpoledne pracuje na zahradě.				
C) Antropometrie				
Výška: 178 cm Aktuální tělesná hmotnost: 105 kg BMI: 33,1 kg/m <sup>2</sup> (obezita 1. stupně) Obvyklá tělesná hmotnost: 105 kg již po dobu 10 let Obvod pasu: 132 cm (↑)				
D) Biochemie, zdravotní a zátěžové testy				
Glykemie nalačno: 7,8 mmol/l (↑) Krevní tlak: 140/95 mmHg (↑)				
E) Problémy související s výživou				
žádné				
F) Stanovení nutričních potřeb				
<b>Potřeba energie:</b> 9556 kJ (vypočteno dle HB rovnice s použitím faktoru fyzické aktivity pro nízkou fyzickou aktivitu) <b>Potřeba makroživin:</b> Sacharidy: 55 % CEP – 310 g Bílkoviny: 15 % CEP – 84 g (0,8 g /kg tělesné hmotnosti) Tuky: 30 % CEP – 75 g				

DIAGNÓZA (možnost jedné i více diagnóz, zde pro ukázkou podrobně rozvedeny pouze některé z možných diagnóz)		
Problém (dle standardizované terminologie)	Etiologie	Symptomy
<b>1. Obezita</b>	způsobená nadměrným energetickým příjmem a nedostatkem pohybové aktivity	<b>jak vyplývá</b> z pacientova BMI 33,1 (obezita) a ze záznamu stravy a pohybové aktivity
<b>2. Nadměrný energetický příjem</b>	způsobený nadměrnou konzumací tučných potravin a slazených nápojů	<b>jak vyplývá</b> ze záznamu stravy
<b>3. Nedostatek vlákniny</b>	způsobený špatnou skladbou stravy s výběrem potravin chudých na vlákninu	<b>jak vyplývá</b> ze záznamu stravy
<b>Další možné nutriční diagnózy</b> – nerovnováha v příjmu živin – nadměrný příjem tuků – ne zcela optimální složení tuků – nadměrný příjem cholesterolu – nadměrný příjem jednoduchých sacharidů – nadměrný příjem soli – nedostatek znalostí v oblasti potravin a výživy – nedostatečná pohybová aktivita		
<b>INTERVENCE</b> (možnost jednoho i více cílů)	<b>MONITORING / EVALUACE</b> (možnost jednoho i více kritérií/indikátorů)	
Intervence (dle standardizované terminologie)	Kritéria	Indikátor
<b>1., 2. Nutriční edukace s cílem úpravy (snížení) energetického příjmu</b>  <b>Cíl:</b> Pacient rozumí potravinové pyramidě a zásadám správného stravování a je schopen se podle nich řídit. Pacient vybírá nízk energetické varianty potravin, vyřazuje tučné potraviny a slazené nápoje.	snížený příjem energie a tuků (do 30 % CEP) pomalý úbytek tělesné hmotnosti (0,5 kg/týden)	záznam stravy tělesná hmotnost obvod pasu
<b>3. Úprava (zvýšení) příjmu vlákniny</b>  <b>Cíl:</b> Pacient zná potraviny bohaté na vlákninu a denně je zařazuje do stravy.	zvýšený příjem vlákniny (25-30 g/den)	záznam stravy



# Využití mobilní mediastinoskopie v Úrazové nemocnici Brno

Mediastinoskopie (MSK) je diagnostickou i léčebnou – teranostickou – procedurou. Úrazová nemocnice Brno jako první v České republice získala mediastinoskop navržený Linderem a Hürtgenem. Prezentace zazněla na kongresu Letovice Care 2015.

**M**ediastinoskop zvětšuje manipulační prostor v mezihrudí tím, že se ramena přístroje mohou oddálit do tvaru V a podélně rovnoběžně (viz obr. 1 a 2). K rozevíracímu mediastinoskopu náleží příslušenství – fixátor přístroje na operač-

ní stůl průběžně nastavovatelný během výkonu (viz obr. 3), vlastní mediastinoskop s kamerou, světlovodivým kabelem a optikou přístroje (viz obr. 4), koagulace s odsáváním (viz obr. 5), kombinovaná jednotka, zdroj světla a monitor sdružený s hardware a software pro aktuální sledování operačního pole i záznam operace (viz obr. 6), světlovodivé kabely a kabeláž napojení do elektrické sítě. Seřazená je přenosná, její hmotnost je 12 kg.

## Cílem praktické využití v terénu

Zamýšleli jsme se nad technickými a biologickými předpoklady možnosti jeho použití v kterékoliv jiné nemocnici. V souladu s vyhláškou č. 306/2012 Sb. jsme připravili Kufř S – na sterilní pomůcky (výška/V 60 – šířka/Š 50 – hloubka/H 30 cm) použitelný jako transportní obal. Vnitřní obal soustavy tvoří tři igelitové ochranné vaky se zapínáním 30 x 60 cm. Dále jsme použili Kufř N – na nesterilní pomůcky s rozměry V50/Š 40/H 20 cm (viz obr. 8). K tomu přistupuje zajištění nástrojů a přístrojů k operaci na cílovém operačním sále: základní nástrojové síto a sada struma, hrudní sada a hrudní rozvěrač, sternotom, stoleček pro monitor, sálový vaříč a ohřívací nádoba, mulový materiál

(velké a malé preparační tampony a longety), kompatibilní zdroj elektrokoagulace (např. ERBE ICC 300) s nožním spínačem a sterilizovatelným kabelem, rukojetí a koagulační čepkou; dvě odsávačky (např. Dominant 50) a proplachové zařízení – např. Olympus Sverige pump (nebo jiné přístroje tohoto typu s náležitými technickými parametry). V případě více operací je nutno zajistit dekontaminaci a tepelnou i che-



Foto: Bx archiv nemocnice



1.



2.

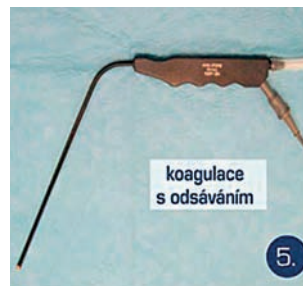


flexibilní fixátor

3.



4.



5.



6.

kombinovaná jednotka



8.

mickou sterilizací nástrojů párami formaldehydu. Hlavním cílem práce bylo praktické vyřešení transportability technologie v konkrétních podmínkách, kterou jsme shledali technicky hladce uskutečnitelnou. Za důležitý přínos této snahy pokládáme též důkladné obeznámení se s parametry a technickým vybavením MSK setu z organizačních aspektů. V neposlední řa-

dě to bylo překvapivě zjištěno, že i na obsahu tak klasického řešení, jako je „salus aegroti suprema lex“, je stále co zlepšovat.

## Co ukázal experiment

Navržený způsob umožňuje ulehčit naléhavou diagnostiku nebo rozšířit minimálně invazivní léčbu u složitých nálezů rozvyšetovaných nemocných v zařízeních se širokým specializovaným zázemím bez zatížení pacienta transportem a pěstováním nitroborové a mezioborové solidarity přispět k praktické zkušenosti s nejnovější technologií bez ekonomického zatížení spolupracujících nemocnic.

Hana Rutarová a kolektiv oddělení operačních sálů Úrazové nemocnice Brno, rutarka@seznam.cz



# Historie zdravotnických záchranných služeb

Článek nás seznamuje s historií vzniku zdravotnické záchranné služby ve světě i v ČR a dále se snaží nastínit organizační schéma zdravotnických záchranných služeb v současnosti.

**P**okud nebudeme ve výčtu historie počítat zmínku v Novém zákoně, kdy o muže poraženého v boji pečoval Samaritán, můžeme se přesunout do období středověku, kdy maltézští rytíři pomáhali zraněným druhům, čímž položili základní kámen k vytvoření sboru maltézských rytířů a později činnosti St. John Ambulance. Další zmínky nalezneme v 15. století, v období vlády španělské královny Isabely. Velmi dobře propracovaná španělská Armáda přitahovala řadu dobrovolníků a někteří z nich vytvořili první vojenské ambulance (r. 1487), i když je péče zraněným vojákům v tomto období poskytována až po ukončení bitvy. Právě vojenská tažení a válečné střety mají vždy určitý podíl na rozvoji zdravotnických oborů. Nejnak tomu bylo i v 18. století, kdy byli zranění vojáci odnášeni z bitev na příkaz francouzského chirurga Jeana Dominique Larreyho, který žil v letech 1766–1842.

## Sanitní vůz tažený mulou

Právě Larrey zavedl poskytování první pomoci v blízkosti bojiště v tzv. *ambulance volante* („létajících ambulancích“, dnes bychom řekli „mobilních ambulancích“). Až následně byli vojáci odvázeni do stálých lazaretů. Právě díky této myšlence je dnes Larrey považován za zakladatele urgentní medicíny, neboť myšlenku mobilních ambulancí přes značný odpor prosadil. Povšiml si, že zraněný voják, který je ošetřen na místě, má daleko větší šanci na přežití, protože se mu prvotního ošetření dostane co nejdříve. S tímto mužem přišlo do „přednemocniční péče“ mnoho novinů – nosítka pro transport raněných, krytí ran čistými obvazy či zástava krvácení. Právě u posledně jmenovaného úkonu Larrey zjistil, že velká ztráta krve je velmi špatné znamení, a aby k němu nedocházelo, navrhl sanitní vůz tažený mulou či koněm, který by raněné vojáky odvázel ještě v průběhu boje z bitevního pole, kde byli předtím základně ošetřeni. Následně péče by se zraněnému dostalo v mobilním lazaretu poblíž bojiště, který francouzský

chirurg rovněž navrhl, čímž docílil revolučního pojetí v organizaci polní lékařské služby. Právem je válečná chirurgie rozdělována na období před Larreyem a po něm. Pokud si uvědomíme, jak revoluční byly všechny Larreyho myšlenky, pocítíme k němu stejný obdiv jako mnoho vojáků a politiků jeho doby. Jean Larrey byl první, kdo nedělal žádné rozdíly mezi vlastním a nepřátelským vojákem. Uvědomme si i další fakt, že Červený kříž, který se rovněž podílel na poskytování první pomoci, byl založen až v roce 1863, tedy více než 20 let po Larreyho smrti.

Vývoj záchranných služeb ve světě se odvíjel od situace v daném regionu. Například v USA byl značný rozvoj první pomoci spojen s konflikty v Koreji a ve Vietnamu, tedy v 50. a 60. letech minulého století. Ovšem i zde se poskytovaná péče velmi lišila. Někde byli pověřeni poskytováním první pomoci dobře proškolení paramedici či studenti medicíny, jinde tuto činnost vykonávaly pohřební vozy, které šlo velmi jednoduše přestavět na vozy sanitní. Zásadnější rozvoj v oblasti přednemocniční péče se uskutečnil až na přelomu 60. a 70. let, kdy funkce paramediků, tedy speciálně proškolených záchranářů, získala své místo mezi zdravotnickým personálem, i když v současné době jsou vesměs součástí hasičských sborů.

## Společnost pro záchranu zdanlivě mrtvých

Vraťme se zpět na území Čech. První společnost, která zde poskytovala první pomoc, byla založena v roce 1798 Adalbertem Vincencem Zardou, doktorem „filosofie a lékařského umění“. Spolek dostal název „Humanitní společnost pro záchranu zdanlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších“ a jeho činnost byla hlavně spojena s územím Prahy. O necelých 60 let později, přesně 8. prosince 1857, vzniká další společnost, a to „Pražský dobrovolný sbor ochranný“, ve kterém se angažovalo 36 dobrovolníků, z toho 3 lékaři. Tímto aktem, o který se zasloužil baron Paumann, tehdejší ře-

ditel c. k. policie pražské, byl položen základní kámen k nejstarší záchranné službě ve střední Evropě. Tento sbor v roce 1890 zřídil „záchrannou stanicí“. Až do roku 1900 byl financován pouze z darů a členských příspěvků, posléze jej financoval Zemský výbor království českého spolu s Českou spořitelnou a některými dalšími bankovními domy.

Pokud se podíváme na „vozový park“ té doby, hlavní slovo měly dvoukoláky, různé povozy či kočáry a pochopitelně i obyčejná nosítka. Až v roce 1910 Městská pojišťovna darovala sboru první vůz značky Laurin a Klement. Na další rozvoj hlavně vlivem poválečné chudoby nebyl dostatek finančních prostředků a určitou stabilitu získal sbor až v roce 1924, kdy se dohodl s městem Praha na obecní službě a byl uznán za sbor polouřadní.

Po vzoru „Pražského dobrovolného sboru ochranného“ vznikaly na území republiky další obdobné spolky (například v Rumburku) a do prvotní péče o obyvatele se posléze zapojoval i Československý Červený kříž (ČSČK), i když spíše než o rychlé ošetření se jednalo o rychlý transport k ošetření. Spolek s názvem „Sdružení záchranné samaritánské služby“ se v roce 1919 přejmenoval na „Samaritánský odbor Čs. Červeného kříže“. Jeho činnost však byla druhou světovou válkou ukončena, mnoho členů bylo uvězněno či popraveno a činnost ČSČK přešla do ilegálního hnutí. Po roce 1945 dochází k obnově ČSČK, ale zásadní význam z hlediska rozvoje záchranné služby neměl. I nadále je upřednostňován rychlý transport před poskytnutím první pomoci.

## Lékařská služba první pomoci

V roce 1952 dochází k přechodu a sjednocení zdravotních služeb pod okresní či krajské ústavy národního zdraví a ČSČK je nucen předat veškeré vybavení včetně záchranných vozidel a stanic první pomoci, čímž je jeho role v přednemocniční péči prakticky u konce. Zajišťování této péče převzaly ve velkých městech vznikající nemocnice a na vesnicích a menších městech se o předne-



Autorka na návštěvě u paramediků v Miami na Floridě | Foto: archiv autorky

mocniční péči v době mimo ordinálních hodin praktických lékařů postarala nově vzniklá tzv. lékařská služba první pomoci (LSPP).

Vývoj v období 70. let minulého století označujeme jako novodobou historii záchranných služeb u nás. V roce 1974 začala vznikat, podle Metodického opatření MZ, které bylo mimochodem velmi pokrokové a moderní, síť zdravotnických záchranných služeb (ZZS). Prvotní zaměstnanci těchto služeb tvořili řidiči dopravní služby a sestra s lékařem, určený rozpisem ve službách vesměs z chirurgických oddělení nemocnic. Posléze se provozování záchranných služeb přesunulo na oddělení ARO, jak postupně docházelo ke značnému rozvoji tohoto oboru.

Pokud bychom měli jmenovat takto nově vzniklé ZZS, jmenujme např. ZZS Plzeň (1974), ZZS Příbram a Klatovy (1976), ZZS Karlovy Vary a Pardubice (1977), ZZS Valašské Meziříčí (1978), ZZS Zlín a Uherské Hradiště (1979), ZZS Hradec Králové (1980).

## Péče do 15 minut

Od 1. 1. 1993 zasáhla do vývoje ZZS vyhláška MZ ČSFR a následně dochází k osamostatňování záchranných služeb a jejich včleňování ze systému nemocnic. Velmi významné bylo ustanovení o dostupnosti přednemocniční neodkladné péče do 15 minut. Vzniká deset územních středisek záchranné služby s posádkami RLP a LSPP. Postupně dochází k budování dalších výjezdových skupin RLP pod záštitou okresních středisek záchranných služeb.

Dalším průlomovým datem v organizaci záchranných služeb je 1. leden 2003, kdy dochází

ke vzniku čtrnácti krajských územních středisek záchranné služby, resp. třinácti + ZZS hlavního města Prahy, jež je zřizována městem Prahou. Přesně o rok později přecházejí veškerá okresní střediska pod přímé vedení krajských územních středisek. Tato střediska jsou zřizována krajskými úřady, které zodpovídají za poskytování přednemocniční péče na území svého kraje.

Tento model organizace ZZS přetrvává do dnešních dnů a v podstatě se jedná o model totožný s ostatními záchrannými službami ve střední Evropě. To znamená, že ZZS je organizována jako lékařská záchranná služba, byť počet výjezdů posádek RZP (tedy bez lékaře) v průměru o více než 20 % přesahuje počet výjezdů posádek s lékaři (dle oblasti, např. Praha 85 % RZP). S výhledem do budoucnosti si troufáme předpovědět, že bude modelem i v ČR. I když jsme říkali, že tento model je rozšířen téměř po celé střední Evropě, ve světovém měřítku je spíše ojedinělý. Ve většině systémů vyspělých zemí je přednemocniční neodkladná péče zajišťována posádkami záchranářů, resp. paramediků bez lékařského vzdělání, kteří jsou vycvičeni na poskytnutí veškerých úkonů zachraňujících život, ale bez provádění dalších odborných úkonů, které se dějí až na příjímácních odděleních nemocnic – tzv. *emergency*. Tento systém je funkční jak v USA, tak ve Velké Británii či například v Holandsku.

Literatura u autorky

Mgr. Bára Kvapilová,  
ZZS ZK výjezdové stanoviště  
Rožnov pod Radhoštěm,  
ybaray@gmail.com



# Role multikulturního ošetřovatelství v praxi sestry

Nechci ve svém článku psát definice multikulturního ošetřovatelství, kulturního šoku a bolesti. Chtěla bych se však se čtenáři podělit o své poznatky a zkušenosti z praxe.

**M**yslím, že v dnešní době je velmi důležité o tomto tématu přemýšlet, mít alespoň základní vědomosti o nejrozšířenějších náboženstvích a zajímat se o původ našeho pacienta. Pro někoho to může být obtížné, lidé mají předsudky, jiné hodnoty, hůře se jim navazují vztahy s lidmi jiného původu. Velkou bariérou bývá i jazyk, přítom naučit se pár základních slov není tak těžké. Každá sestra by se o to měla trochu zajímat, pokud chce, aby byl její pacient jiné národnosti a s odlišným náboženstvím přijat i se svou vírou a zvyky a aby se v nemocničním zařízení cítil lépe.

Za svou jedenáctiletou praxi u lůžka nemám moc zkušeností s pacienty jiného původu, ale i to málo mi stačilo k pochopení a utvoření si názoru. Vzorem mi byla moje babička, která byla rovněž sestrou. Vždycky mi vyprávěla o své práci, což ovlivnilo moje rozhodnutí pro toto povolání. Čtyři roky na zdravotní škole považují za nejlepší léta ve svém životě. První zkušenost jsem získala v rámci praxe ve FN Motol, kam jsme mimo jiné chodili na dětskou chirurgickou JIP. Ležel tam osmiletý buddhistický chlapec. Byl po operaci tlustého střeva, měl prozatímní vývod, vysoké teploty, byl napojený na monitor, ale světlá chvilka jeho nekonečných dnů na lůžku byla, když se mohl posadit na zem na posvátný kobereček a pomodlit se. Vzhledem k jeho stavu to bylo velmi obtížné, ale vždy mu to personál umožnil. V životě nezapomenu na ty jeho rozzářené oči.

## Specifika islámu

Jedním z nerozšířenějších náboženství ve světě je islám. Muslimové se často modlí, jako boha vyznávají Alláha a jejich posvátnou knihou je Korán. Nejedí vepřové maso, málo sladkého a s léčbou užívají med. Hodně skrývají bolest, věří, že uzdravení najdou v Koránu. Hygiena je pro ně velmi důležitá, několikrát denně se myjí, nepoužívají toaletní papír

a vyprazdňování je pro ně tabu. Muslimské ženy může vyšetřovat pouze žena lékařka, jinak u toho musí být přítomný manžel. Islám připouští chirurgické výkony a souhlasí s pitvou, transplantace jsou zakázané.

## Další náboženství

Velmi rozšířený je také hinduismus. Jedná se o tradiční indický filosofický a náboženský koncept, který je nejvíce zastoupený v Indii. Hinduisté jsou vegetariáni, neuznávají medicínu, protože věří, že budou zdraví, když se budou koupat v řece Ganze, která očisťuje tělo i ducha. Sypou do ní popel svých zemřelých.

Dále zmiňme buddhismus, který je nejvíce zastoupený v Indii, Japonsku a v jižní části Asie. Buddhisté jsou vegetariáni, mají zvýšenou odolnost vůči bolesti a věří, že smrtí se přerhají pouze vazby, ale duše žije dál.

Judaismus se vyskytuje hlavně v Izraeli, USA a Evropě. Jeho příslušníci se několikrát denně modlí. Řídí se mimo jiné názorem, že by se v době šabat pacienti neměli léčit ani vyšetřovat. Jedí pouze košer potraviny a oddělují mléko od masa. Židé neuznávají pitvy, mrtvé pohřbívají pouze do země, zpopelnění je nepřipustné. Ráda bych se zmínila ještě o svědcích Jehovových. Vznik jejich náboženství se traduje v USA. Postupně se rozrostlo skoro do celého světa s propagandou armageddonské bitvy, která má nahradit současný svět. U nás byli jehovisté do konce 80. let minulého století odmítáni a obviňováni ze šikany. Neslaví žádné svátky a zásadně odmítají transfuzi i krevní deriváty. Přijímají ovšem náhražky krve, moderní alternativní postupy na ředění krve, hormony podporující zrychlenou přirozenou krvetvorbu, hemodialýzu a jiné lékařské postupy, kterým se říká bezkrevní medicína.

## Pár slov o zkušenosti s romskou populací

Již skoro pět let pracuji v Ústavu hematologie a krevní transfu-

ze v Praze. Léčí se zde pacienti s onemocněním krve a poruchou krvetvorby, kam bohužel patří i leukemie. Boj s touto nemocí je vyčerpávající po psychické i fyzické stránce, proto u nás obvykle pacienti leží dlouhou dobu. Jsme velmi dobrý tým a pro své pacienty se snažíme dělat maximum. Právě na tomto pracovišti jsem načerpala nejvíce zkušeností. Často se zde setkávám také s romskými pacienty. Pro Romy je nejdůležitější rodina a děti. Neuznávají dětské domovy a domovy důchodců. Při nemoci člena rodiny má hlavní slovo nejstarší žena. Nezvládají bolest a strach z nemoci, ale jen do ustoupení prvních příznaků. V léčbě bývají nestálí, netrpěliví, mají slabou vůli, ale jsou i tací, kteří léčbu dodržují, a dokonce dochází pravidelně k lékařům. Z naší strany je nutná velká dávka tolerance a empatie. Vzhledem k chorobě mají naši pacienti sníženou imunitu a zvýšenou náchylnost k infekcím. Na pokojích, chodbách a před pokoji máme dezinfekce na ruce, nainstalovány ultrafiltry, ve sprchách nemáme sprchové hlavice, aby se v nich neukládaly bakterie, naši pacienti jsou poučeni o stravování v době chemoterapie, po chemoterapii, v době průběhu transplantace i po ní. Jsou poučeni jak pečovat o kůži, DŮ a je zde spousta dalších opatření, kterými je chráníme. Tohle všechno je potřeba romskému pacientovi vysvětlit tak, abychom měli jistotu, že nás pochopil. A jak jsem již psala, nemají rádi bolest, při sternální punkci je třeba je držet za ruku, lumbální punkce někdy nedopadne vůbec... Jakmile promluvíme o dimisi, hned bývají bez potíží. Jejich velmi rozvětvená rodina jezdívá za pacienty každý den. Nikdy nenechat svého blízkého na holičkách je u této národnosti normální.

## Bez tlumočnicka by to nešlo

Zajímavou pacientkou byla mladá italská dívka. Pocházela z malé vesnice, takže příjezd do Prahy byl pro ni úplnou



Ilustrační foto: Shutterstock

neznámou. Její bratr žije v Čechách, v našem ústavu byl indikován k transplantaci kostní dřevě a ona měla být jeho dárce. Moje staniční mi dala pacientku na starost. Byla jsem trochu nervózní, italsky neumím ani slovo, ale snažili jsme se udělat maximum. Dokonce jsem se naučila pár slov italsky, ale nakonec to nebylo třeba. Slečna měla s sebou doprovod, který uměl česky i italsky a vše nám překládal, za což jsem byla vděčná. Nedokážu si představit, jak bychom jí bez znalosti jazyka vysvětlili celý proces dárce, který ji čekal.

## Svědék Jehovův rozhoduje o svém osudu sám

Mojí nejcitlivější zkušeností byl pacient, který byl svědek Jehovův. Na hematologii velmi těžká záležitost. Byl k nám přijat s leukemií, okolo jeho hospitalizace a léčby se vznášel velký otazník. My jako sestřičky jsme byly dost v rozpacích a všechny jsme se musely snažit pochopit a vyrovnat se s tím, že vše, co se bude dít, je jen a jen rozhodnutí našeho pacienta. Byl podrobně seznámen s diagnózou, s průběhem léčby, s případnými komplikacemi a všemi riziky. Přesto chtěl léčbu podstoupit. Vše bylo právně ošetřeno, souhlas s hospitalizací, s vyšetřeními i odbě-

ry. U našich pacientů se dělají odběry krve každé ráno. Svědci Jehovovi berou odběr krve jako sání duše, proto měl odběry jen jednou týdně a do speciálních malých zkumavek. Pokud odběry prokázaly, že je mu třeba podat transfuzi, musel podepsat prohlášení, že ví, že transfuze je nutná, ale že ji odmítá. Myslím, že je to zkouška pro každého profesionála – vědět, že váš pacient krev potřebuje a že se mu díky transfuzi uleví, a přesto mu ji nemůžete podat. I když sestra a lékař přisahají, že se o pacienta budou starat, jak nejlépe umí a jak to má být, toto je pravidlo, které se musí tolerovat. Jak dny léčby plynuly, stále více jsme chápalí, že jsou rozhodnutí, která musí učinit jen on sám.

Všechny tyto zkušenosti mě vedou k zamyšlení nad multikulturním ošetřovatelstvím, ale nejen při péči o pacienta jiné národnosti, kultury či náboženství, ale i při péči o našeho českého pacienta, protože i ten má své potřeby a rituály. Pokud se aspoň pokusíme naplnit potřeby pacientů, docílíme toho, že budou spolupracovat a pomůžou nám.

Zuzana Zapletalová,  
Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha,  
zuzik.sestricka@seznam.cz



## Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v aktuálním čísle časopisu Zdravotnictví a medicína pokračujeme v onkologickém tématu, kterému je věnována podstatná část medicínské sekce. Tentokrát jsme se zaměřili na problematiku karcinomu ovaria, kterou se podrobně zabývá profesor Jindřich Fínek, a na aktuální situaci v prevenci a léčbě kolorektálního

karcinomu, o níž referuje MUDr. Jiří Tomášek. O komplexních onkologických centrech, problematice Národního onkologického registru a dalších souvisejících otázkách onkologie jsme si povídali v rozhovoru s profesorkou Jitkou Abrahámovou. Přinášíme také aktualitu z několika kongresů, významnou událostí byl pře-

devším Mezinárodní kongres ORL-HNS, zaměřený na problematiku otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, který proběhl v červnu v Praze. Také divize Medical Services Mladé fronty si uvědomuje význam vzdělávání odborníků ve zdravotnictví. Máme za sebou již několik úspěšných vzdělávacích seminářů, které probíhají v rámci Postgraduální akademie – společného projektu České lé-

kašské komory a časopisu Postgraduální medicína. Ty z vás, kteří jste zatím neměli možnost se účastnit, a samozřejmě i ty, kteří již s námi některý seminář absolvovali, zve na další odborné akce, jež budou probíhat na podzim. Podrobnosti a přihlášky naleznete na stránkách České lékařské komory.

MUDr. Andrea Skálová

# Současná léčba ovariálního karcinomu

Karcinom vaječníků představuje gynekologickou malignitu s nejhorší prognózou. Dochází-li u nádorů děložního hrdla ke snižování incidence a u nádorů děložního těla k jejímu zvyšování, pak incidence epitelových nádorů vaječníků je v posledních 20 letech stabilní, ale toto onemocnění má stále špatnou prognózu.

V prvním a druhém stadiu onemocnění (tedy časné) je diagnostikováno pouhých 25 % nemocných. Zbýlých 75–80 % nemocných je diagnostikováno v pokročilém stadiu onemocnění, ve třetím a čtvrtém. V roce 2012 onemocnělo zhoubným novotvarem vaječníků 1032 žen a 683 na toto onemocnění zemřelo (viz obr. 1).

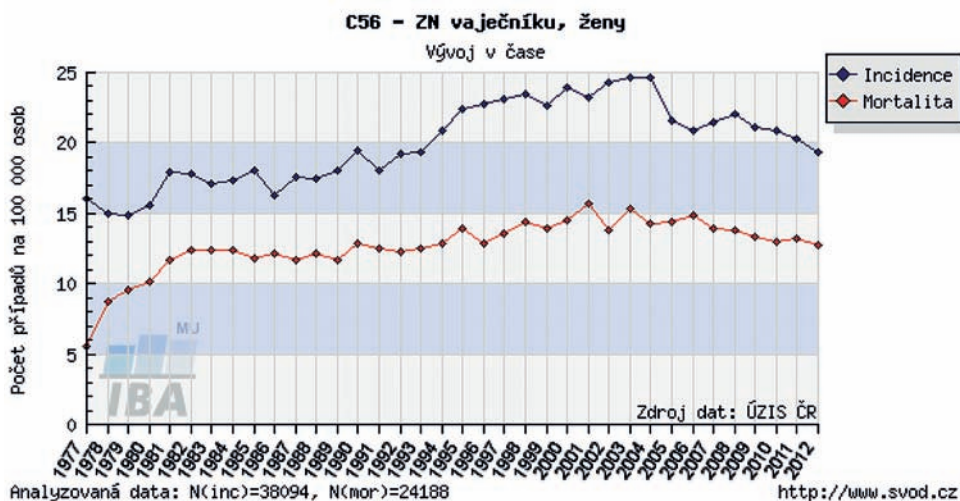
## Diagnostika ovariálních nádorů

Bohužel dosud neexistuje spolehlivá screeningová metoda zjištění ovariálních nádorů. Jsou-li nádory asymptomatické, jsou nacházeny při sonografickém vyšetření jako pánevní expanze, zvětšení ovarii. Bohužel běžná frekvence gynekologických vyšetření je pro včasnou

diagnostiku rychle progredujícího ovariálního onemocnění nedostatečná a většinou se diagnostikují až pokročilá onemocnění. Vyšetření onkogenních markerů CA 125, HE 4, ROMA I a ROMA II pomáhá v diferenciální diagnostice, jako rutinní vyšetření při gynekologických prohlídkách se však nehodí. Fyziologické hodnoty se dle laboratoře pohybují kolem 28–30, hodnoty do 100 bývají většinou způsobeny jiným onemocněním – endometriózou. Naopak tisícové hodnoty jsou jasně průkazné, ale signalizují přítomnost již pokročilého onemocnění.

## Prognostické faktory

Za nejdůležitější prognostický faktor u ovariálního karcinomu jednoznačně považujeme stadium onemocnění a přítomnost či nepřítomnost pooperačního nádorového rezidua. U časných stadií má negativní prognostický vliv přítomnost ascitu či pozitivní peritoneální laváž. Mezi významné prognostické faktory musíme



Obr. 1 Vývoj incidence ovariálního karcinomu, IBA 2015



## ONKOLOGIE

počítat i výkonnostní stav nemocné, věk, přítomnost ascitu, histologický typ onemocnění. Z hlediska histologického typu nádoru mají nejhorší prognózu dediferencované karcinomy – pak *clear cell*, serózní karcinom – endometroidní karcinom, smíšený karcinom a mucinózní karcinom, nejlepší prognózu má pak smíšený typ.

### Léčba

Základem kurativní terapie ovariálního karcinomu je chirurgický výkon, který má kromě léčebného i zásadní diagnostický a stagingový význam. Za radikální výkon se z hlediska obou přístupů považuje explorace dutiny břišní, laváž z pánve, parakolických prostorů a subdiaphragmatické oblasti, odběr peritoneální tekutiny, exstirpace adhezí a suspektních ložisek, odběr biopsií peritonea, bilaterální adnexektomie, extrafasádní hysterektomie, omentektomie, apendektomie, paraaortální systematická lymfadenektomie, pánevní systematická lymfadenektomie.

U pokročilých stadií onemocnění je to pak cytoredukční operace, intervalová operace, *second look* operace. Operace zlepšuje signifikantně prognózu nemocných s pokročilým onemocněním pouze v případě, že je u nemocných dosaženo kompletní cytoredukce (Desktop – Ovar studie).

Přibližně u 60–70 % nemocných dochází k recidivě či perzistenci choroby. Jediným objektivním faktorem, který predikuje výsledek vyšších linií léčby, je čas od ukončení primární léčby do recidivy či další progresse onemocnění (*treatment free interval*, TFI). Pokud je doložena objektivní léčebná odpověď a TFI je delší 6 měsíců, hovoříme o chemorezistentním onemocnění, v jiných případech se jedná o chemorezistentní onemocnění. Pokud dojde k progresi onemocnění během léčby, jedná se o platinu refrakterní onemocnění. Pokud dojde k relapsu mezi 6. a 12. měsícem, hovoříme o parciálně senzitivním onemocnění.

**Léčebné schéma karboplatina, paclitaxel + bevacizumab**  
Nové postavení bevacizumabu v léčbě ovariálního karcinomu potvrdily dvě klinické studie, a to GOG-0218 a ICON 7. Ve studii GOG-0218 bylo ve třech ramenech léčeno 1873 pacientek. Byly to nemocné s histologicky verifikovaným epitelovým nádorem vaječnicků, peritonea nebo vejcovodů, s maximální cytoredukcí: stádium III s optimální cytoredukcí (makroskopické residuum  $\leq 1$  cm) nebo suboptimální cytoredukcí ( $> 1$  cm), nebo stádium IV, bez předchozí chemoterapie, 1–12 týdnů po úvodní operaci, výkonnostního stavu GOG PS 0–2, bez anamnézy významných cévních příhod a bez známek střevní obstrukce, která by vyžadovala parenterální podporu.

Studie GOG-0218 byla tříramenná, ve všech ramenech byly nemocné léčeny standardní chemoterapií paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> spolu s karboplatinou AUC 6 šesti cykly, v rameni prvním bez bevacizumabu, v rameni druhém s bevacizumabem po dobu chemoterapie v dávce 15 mg/kg a 3 týdny, v rameni třetím pak s bevacizumabem 15 mg/kg a 3 týdny po maximální dobu 15 měsíců, nedošlo-li v průběhu léčby k progresi či významné toxicitě.

Hlavním cílem studie bylo porovnání času do progresse onemocnění, za progresi byl považován i vzestup hladin CA-125. PFS se v rameni s 15měsíčním bevacizumabem prodloužil z 12 měsíců u pouhé chemoterapie na 18 měsíců u kombinace s bevacizumabem ( $p = 0,0001$ , HR 0,645; CI 95% 0,551–0,756). Prodloužení přežití bez progresse bylo zaznamenáno ve všech podskupinách pacientů (stádium onemocnění, výkonnostní stav, věk nemocných) léčených kombinací a následnou pokračovací terapií bevacizumabem do celkové maximální doby 15 měsíců.

**Studie ICON 7**  
Do studie ICON 7 byly zařazeny nemocné s histologicky verifikovaným epitelovým nádorem vaječnicků, peritonea nebo vejcovodů, výkonnostního stavu ECOG PS 0–2. Byla u nich provedena operace se snahou o maximální cytoredukcí a nebyla plánována další chirurgická cytoredukcí před progresí nemoci (viz obr. 2).

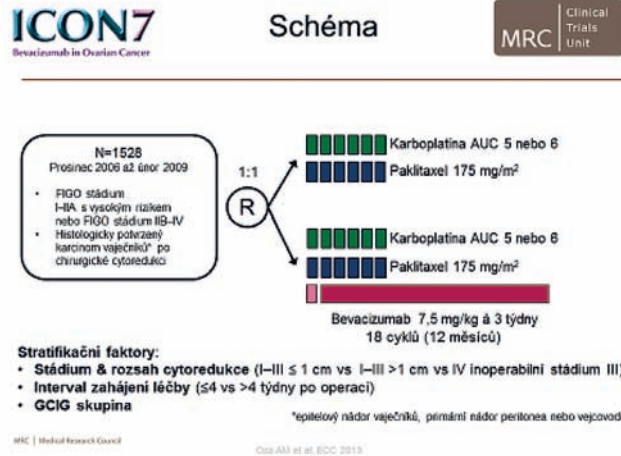
Pacientky ve studii měly FIGO stádium onemocnění I–IIA s vysokým rizikem, *grade 3* nádoru nebo světlobuněčná histologie (10 %), IIB–IV – všechny stupně a histologické podtypy, nemocné s inoperabilním stádiem III/IV mohly být zařazeny po provedené biopsii pouze v případě, že nebyla plánována další operace. Jednalo se tedy o nemocné časného i pokročilého stadia.

Hlavním cílem dvouramenné studie bylo porovnání prodloužení času do progresse onemocnění, ta byla definována jako klinická, radiologická či symptomatologická progresse. Sám vzestup markeru CA 125 nebyl považován za známku progresse. Celkem bylo ve studii léčeno v obou ramenech 1528 nemocných, které byly randomizovány 1 : 1. V prvním rameni byly nemocné léčeny 6 cykly standardní chemoterapie karboplatina AUC 5 nebo 6 a paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup>, ve druhém rameni byl přidán bevacizumab od zahájení léčby v dávce 7,5 mg/kg a 3 týdny po dobu 12 měsíců.

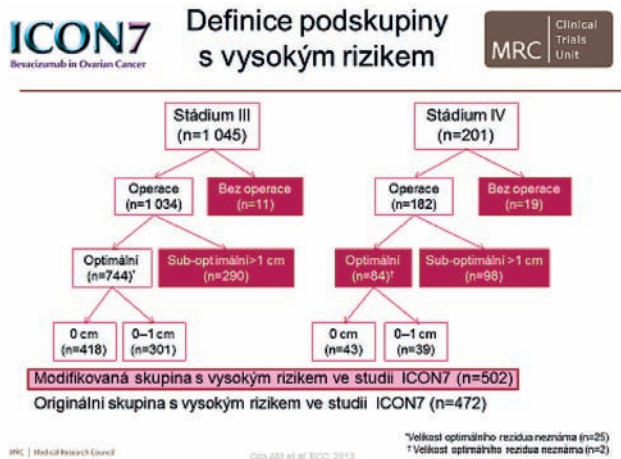
U nemocných ve studii byla vydefinována skupina s vysokým rizikem relapsu. Jedná se o nemocné stadia III neoperované či po suboptimální resekci, nemocné stadia IV bez operace či operované, ovšem jak s optimální, tak suboptimální resekci.

U nemocných ve studii byla vydefinována skupina s vysokým rizikem relapsu. Jedná se o nemocné stadia III neoperované či po suboptimální resekci, nemocné stadia IV bez operace či operované, ovšem jak s optimální, tak suboptimální resekci.

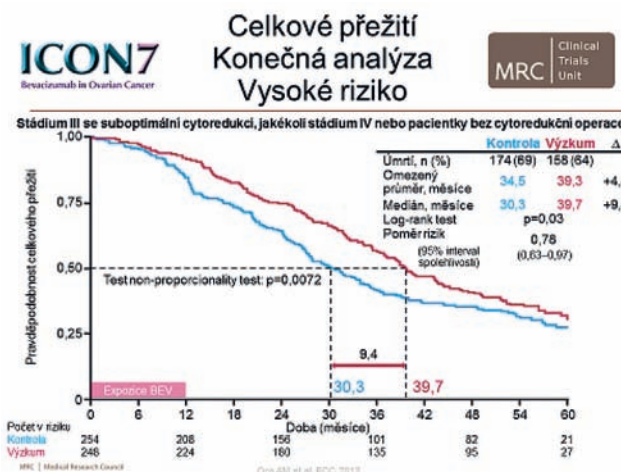
U nemocných ve studii byla vydefinována skupina s vysokým rizikem relapsu. Jedná se o nemocné stadia III neoperované či po suboptimální resekci, nemocné stadia IV bez operace či operované, ovšem jak s optimální, tak suboptimální resekci.



Obr. 2 Schéma studie ICON 7



Obr. 3 Definice vysoce rizikové skupiny nemocných



Obr. 4 Prodloužení celkového přežití

### Přínos pro nemocné s vysokým rizikem

U nemocných s vysokým rizikem se PFI prodloužil z mediánu 10,5 měsíce u pacientek léčených pouze chemoterapií na 16 měsíců u kombinací léčby ( $p < 0,001$ ; HR 0,68; IS 95% 0,55–0,85). Celkové přežití se u stejné vysoce rizikové skupiny prodloužilo z mediánu 30,3 měsíce u pouhé cytostatické léčby na medián 39,7 měsíce u kombinace s bevacizumabem ( $p = 0,03$ ; HR 0,78; IS 95% 0,63–0,97).

Kombinace chemoterapie s bevacizumabem tak prodloužuje medián přežití o 9,4 měsíce ve vysoce rizikové skupině.

### Nový standard léčby

Kombinace standardní chemoterapie šesti cyklů paclitaxel a karboplatina s bevacizumabem v dávce 7,5 mg/kg a 3 týdny po dobu maximálně 12 měsíců představuje významný pokrok v boji s pokročilým ovariálním karcinomem a představuje u vysoce rizikových nemocných nový standard v léčbě tohoto onemocnění. Kombinace chemoterapie s bevacizumabem je od 1. 8. 2014 hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění v rámci centrové léčby.

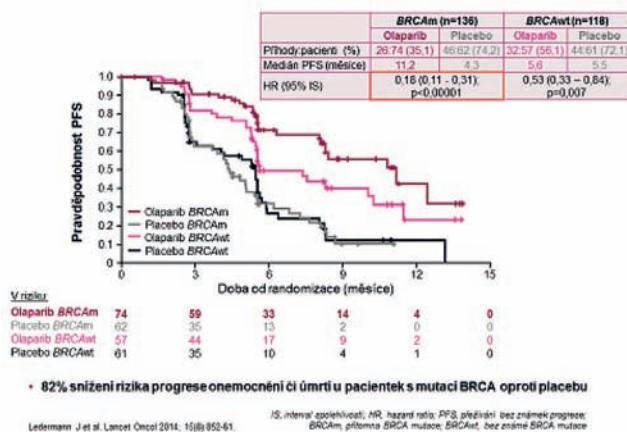
Další nadějnou molekulou v léčbě ovariálního karcinomu je olaparib (Lynparza). Jedná se o PARP inhibitor, tedy blokátor proteinu PARP-1 – poly (ADP-ribose) polymerázy. Tento enzym hraje významnou roli při opravě poškozené DNA. Výzkum prokázal efektivitu olaparibu u nemocných s mutací BRCA genu. Tato mutace postihuje 5 % nemocných s nádory prsu a 10 % nemocných s karcinomem prostaty, střeva a plic.

Ve studii fáze II (studie 19), prezentované v roce 2012 J. Ledermannem, si dali investigátoři za úkol zhodnotit účinnost a bezpečnost olaparibu podávaného perorálně v udržovací léčbě u pacientů s *high grade* serózním epitelálním karcinomem vaječnicku, citlivým na léčbu platinou. Vstupními kritérii byly: *high grade* serózní epitelální karcinom vaječnicku citlivý na léčbu platinou, 2 předchozí režimy chemoterapie založené na platině, poslední chemoterapie byla založená na platině a došlo při ní k odpovědi, a stabilizovaný marker CA-125 při vstupu do studie.

Nemocné, celkem jich bylo ve studii 265, byly randomizovány



## Studie 19: PFS dle přítomnosti mutace BRCA



Obr. 5 Prodloužení času do progresse u BRCAm

do ramene s olaparibem 400 mg *per os* 2x denně a placebem. Léčba probíhala do progresse onemocnění. Udržovací léčba olaparibem ve srovnání s placebem vedla k největšímu klinickému benefitu u pacientek s mutací BRCA k prodloužení času do progresse – PFS: 11,2 vs. 4,3 měs.; HR = 0,18; 95% IS: 0,11–0,31; p < 0,00001. U celkového přežití OS (58% zralost) 34,9 vs. 31,9 měs.; HR = 0,73; 95% IS: 0,45–1,17; p = 0,19 (došlo ke *cross-over* na PARP inhibitor z placeba). Studie fáze III dále probíhají.

Podle SPC je přípravek olaparib indikován v monoterapii k udržovací léčbě dospělých pacientek

s relabujícím high grade serózním epitelálním karcinomem vaječníku, vejcovodu, nebo primárně peritoneálním s mutací BRCA (zárodečnou a/nebo somatickou) citlivým na léčbu platinou, u nichž došlo k relapsu a které odpovídají (úplně nebo částečně) na chemoterapii založenou na platině. V prosinci 2014 schválila EMA (European Medicines Agency) olaparib pro použití v evropských zemích, kde bude tento lék nyní posouzen lokálními regulačními autoritami.

Karcinom vaječníku představuje jednoznačně gynekologickou malignitu s nejhorší prognózou.

Za posledních 20 let však došlo k velmi malému pokroku v prodloužení přežívání nemocných. Ač pozorujeme v poslední době snížení incidence tohoto nádorového onemocnění, proporcionální snížení mortality, nejsou výsledky léčby tohoto nádoru uspokojivé. Dvě nové molekuly v léčbě pokročilého nastupují cestu individualizace terapie ovarálního karcinomu, jsou prvním a významným stupněm na schodišti zlepšování výsledků pomocí cílené biologické protinádorové léčby.

prof. MUDr. Jindřich Finek, Ph.D.,  
Onkologická a radioterapeutická  
klinika LF UK a FN Plzeň

# Kolorektální karcinom

## – screening a novinky v léčbě

Termín kolorektální karcinom (KRK) zahrnuje jednak nádory v tlustém střevě – tračníku, jednak nádory v rektu – konečníku. Nádory obou lokalit se liší svými projevy, způsobem léčby a mírně i prognózou. Při stejném klinickém stadiu je lokalizace v rektu prognosticky horší než v tlustém střevě. Nádory v anu mají zcela jiný charakter, jinou etiologii a zásadně odlišný způsob léčby (většina je léčitelná ozářením s chemoterapií bez nutnosti operace).

Česká republika se drží celosvětově na jednom z předních míst ve výskytu kolorektálního karcinomu. V roce 2011 byla incidence KRK v ČR 77,83/100 000 obyvatel a mortalita 37,7/100 000 obyvatel. Pro srovnání s jinými státy máme informace o incidenci z databáze GLOBOCAN z roku 2008. V přepočtu na 100 000 osob je incidence v Itálii 86,9, v Německu 85,6, v Maďarsku 81, v Japonsku 79,9, v Dánsku 77,8, v Belgii 77,5, v České republice to bylo 75,3. Na Slovensku je incidence nižší – 67,6. Časná stadia KRK jsou vyléčitelná jednoduchými výkony chirurgicky nebo endoskopicky, v případě pokročilého onemocnění má v rámci multimodální terapie nezastupitelné místo protinádorová chemoterapie a léčba biologická. V případě karcinomu konečníku je důležitou léčebnou modalitou radioterapie.

### Screeningový program KRK

Screeningový program kolorektálního karcinomu je zaměřený na diagnostiku velmi časných

onemocnění a přednádorových změn v oblasti tlustého střeva a konečníku. Pod pojmem *screening* rozumíme pravidelné preventivní vyšetření obyvatel z dané cílové skupiny, u nichž nepozorujeme žádné příznaky daného onemocnění a kteří ani nemají zvýšené riziko pro jeho vznik. Zásadní podmínkou pro úspěšnost screeningového programu, tedy snížení incidence a mortality, je dostatečná účast. Proto byl v roce 2014 odstartován projekt adresného zvaní. Národní program screeningu kolorektálního karcinomu byl v ČR zahájen v roce 2000 testováním stolice na okultní krvácení. Velmi drobné nádory střeva v časném stadiu a stejně tak polypy, z kterých může nádor vzniknout, jsou často provázány drobným krvácením, které nemusí být zrakem na stolici vůbec patrné. V rámci screeningu je snaha prokázat toto malé množství krve ve stolici a pozitivní nález je signálem k provedení kolonoskopie. Od roku 2009 se do praxe dostaly imunochemické testy přítomnosti krve ve stolici. Počátkem roku 2009 do-

šlo k zásadní změně zavedením možnosti primární screeningové kolonoskopie. Test na okultní krvácení vydává praktický lékař nebo gynekolog. Imunochemické testy jsou na trhu kvalitativní (používá se většina lékařů) a kvantitativní. Metody kvantitativní imunochemické detekce krve ve stolici (*fecal immunochemical test*, FIT) by ale měly být upřednostněny. Kvantitativní FIT umožňují porovnávat výsledky v evropském měřítku, je možné ověřovat externí kontrolou kvalitu analýzy a testy nevyžadují dietní omezení v době odběru.

V rámci screeningu kolorektálního karcinomu je jedincům ve věku od 50 do 54 let nabídnut 1x ročně test na okultní krvácení. V případě pozitivního testu je indikována kolonoskopie. V 55 letech máme nově možnost volby, a to buď opakovaně vyšetřovat test na okultní krvácení 1x za 2 roky (dvouetapový program), nebo přímo zvolit kolonoskopii (jednoetapový program). Základní výsledky programu screeningu kolorektálního karcinomu jsou uvedeny v tabulce. Při negativním



Ilustrační foto: Shutterstock

kolonoskopickém nálezu je další preventivní vyšetření hrazené zdravotní pojišťovnou za 10 let. Pokud se naleznou a odstraní polypy (prekancerózy), je pacient podle nálezu dispenzarizován. Zvýšené riziko rekurence je při nálezu pokročilého adenomu nebo více než 3 adenomů nebo věku nad 60 let.

V ČR je do screeningu zapojeno přibližně 170 center pro screeningovou kolonoskopii, která musejí splnit určitá kritéria a jejichž kvalita je průběžně kontrolována. Jejich seznam je uveden na webových stránkách [www.kolorektum.cz](http://www.kolorektum.cz). Výsledky kolonoskopii se zadávají do registru Ná-

rodního programu screeningu, který spravuje Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity. Podle Evropských doporučení se sleduje například pokrytí screeningovým vyšetřením, podíl pozitivních testů na okultní krvácení, záchyt adenomů (*adenoma detection rate*, ADR) a podíl provedení totální kolonoskopie (*cecal intubation rate*), stadiu nádorů diagnostikovaných ve screeningu, míra komplikací, časový interval mezi pozitivním výsledkem ze stolice a kolonoskopií. Jedno z doporučení týkající se ADR například stanoví, že při screeningové kolonoskopii by se mělo detekovat



## ONKOLOGIE

Časový vývoj počtu vyšetřených osob a zachycených kolorektálních neoplazií v programu screeningu kolorektálního karcinomu.

Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Screening TOKS</b>								
Počet osob vyšetřených TOKS	272 658	320 317	352 595	411 831	520 064	524 551	551 883	ND
Počet osob s výsledkem TOKS+	9 709	10 555	14 628	20 564	31 736	35 067	38 309	ND
Pozitivita TOKS	3,6 %	3,3 %	4,1 %	5,0 %	6,1 %	6,7 %	6,9 %	ND
Počet osob vyšetřených kolonoskopií	5334	5679	7458	11 711	18 327	20 132	21 137	21 837
Nález adenomových polypů	1578	1635	2367	3781	6234	7134	7802	8660
Podíl při kolonoskopiích	29,6 %	28,8 %	31,7 %	32,3 %	34,0 %	35,4 %	36,9 %	39,7 %
Nález	335	337	446	599	828	733	778	803
Podíl při kolonoskopiích	6,3 %	5,9 %	6,0 %	5,1 %	4,5 %	3,6 %	3,7 %	3,7 %
<b>Screening primární screeningovou kolonoskopií</b>								
Počet osob vyšetřených kolonoskopií				1362	4400	4576	4495	4933
Nález adenomových polypů				345	1076	1162	1145	1348
Podíl při kolonoskopiích				25,3 %	24,5 %	25,4 %	25,5 %	27,3 %
Nález karcinomu				24	43	42	35	48
Podíl při kolonoskopiích				1,8 %	1,0 %	0,9 %	0,8 %	1,0 %

Zdroj dat: Registr screeningu kolorektálního karcinomu, IBA MU, Národní referenční centrum  
ND: data prozatím nejsou k dispozici

25 % adenomů u mužů a 15 % u žen nad 50 let.

V čem se často chybuje? Do screeningu jsou často zahrnováni symptomatictí pacienti, kteří mají například váhový úbytek, anemii nebo pacient sám viděl krev ve stolici. Často jsou odesláni ke screeningové kolonoskopii pacienti s výskytem kolorektálního karcinomu v přímé linii. Tito pacienti mají být vyšetřováni intenzivněji podle jiných doporučení. Někteří mají opakovaně vyšetřený test na okultní krvácení a pro pozitivitu jsou odesíláni ke kolonoskopii, která je opakovaně negativní. Někteří pacienti nedodrží přípravu na vyšetření, čímž snižují přesnost endoskopie. Dalším problémem je, že někdy pacient přinese k objednáni na kolonoskopii zvací dopis, ale nepřinese žádanou od praktického lékaře nebo gynekologa.

### Novinky v cílené léčbě metastatického KRK

Zásadní protinádorový účinek u pacientů s metastatickým kolorektálním karcinodem (mKRK) má i v současné době paliativní chemoterapie, její účinek zvyšuje léčba cílená. Různé typy cílené léčby ovlivňují několik mechanismů růstu nádorové tkáně. Chemoterapie je založena na oxaliplatině (režimy FOLFOLFOX, XELOX) nebo na irinotekanu (režim FOLFIRI), součástí

kombinací je 5-fluorouracil nebo perorální kapecitabin.

K tomu, aby mohl nádor růst, musí být schopen indukovat růst krevních cév, které zajistí zásobení kyslíkem a živinami. Hypoxie v nádoru vede k tvorbě proangiogenních růstových faktorů, které vedou k tvorbě abnormálního cévního řečiště v nádorové tkáni. Hlavním proangiogenním růstovým faktorem je vaskulární endotelální růstový faktor VEGF. Mezi cílené antiangiogenní léky patří bevacizumab, aflibercept a nově také ramucirumab.

### Bevacizumab, aflibercept, ramucirumab

Bevacizumab je monoklonální protilátka proti VEGF-A. Je to cílený lék používaný v léčbě mKRK v běžné praxi nejčastěji je indikován v první linii léčby. Lze jej kombinovat se všemi obvyklými režimy protinádorové chemoterapie na bázi fluoropyrimidinů. Lze jej podat také v druhé linii léčby. Na základě výsledků studie TML je možné bevacizumab ponechat v léčbě i po první progresi a změnit pouze chemoterapii.

Aflibercept je cílený lék, který váže nejen VEGF-A, ale také další ligandy (angiogenní faktory), jež mohou aktivovat receptor pro VEGF a tím spouštět proces novotvorby cév v nádoru.

Aflibercept je určen pro podání v druhé linii léčby v kombinaci s chemoterapeutickým režimem FOLFIRI.

Nově byla publikována data studie RAISE, která testovala použití ramucirumabu ve stejné indikaci, tedy v kombinaci s chemoterapií FOLFIRI ve druhé linii léčby mKRK. Stejně jako v případě bevacizumabu ve studii TML a afliberceptu ve studii VELOUR, tak i ve studii RAISE vedlo přidání ramucirumabu k chemoterapii k prodloužení celkového přežití proti léčbě chemoterapií samotnou. Ramucirumab má v EU a tedy i v ČR zatím indikaci jen pro léčbu metastatického karcinomu žaludku, rozšíření indikace na kolorektální karcinom lze ale očekávat. Zatím nemáme žádný molekulární prediktivní faktor, na jehož základě by šlo určit pacienty, kteří budou mít z těchto antiangiogenních léků největší prospěch.

### Cetuximab, panitumumab

Druhou zásadní skupinou cílené léčby jsou inhibitory receptoru pro epidermální růstový faktor (EGFR) cetuximab a panitumumab. V první a druhé linii jsou podávány v kombinaci s chemoterapií, kdy podstatně zvyšují její účinek, v pozdějších liniích jsou indikovány v monoterapii. Na rozdíl od antiangiogenních léků lze vhodně paci-

enty pro léčbu inhibitory EGFR vybrat pomocí molekulárního prediktivního markeru, kterým je mutační stav onkogenu RAS. Tyto onkogeny kódují informaci pro protein, který v nádorové buňce funguje jako jakýsi vypínač v signální dráze, která je normálně spouštěna aktivací receptoru EGFR. Aktivace dráhy podporuje nádorový růst. V případě mutace onkogenu RAS je dráha trvale aktivována a inhibitory EGFR nefungují. Průkaz aktivací mutace RAS předem ukazuje rezistenci k inhibitorům EGFR. Vyskytuje se přibližně v 50 % kolorektálních karcinomů. Inhibitory EGFR mohou být indikovány jen u pacientů bez této aktivací mutace. Mutační stav onkogenu RAS se stanovuje z nádorové tkáně (primární nádor nebo metastáza) v akreditovaných referenčních laboratořích. Vyšetření by mělo být provedeno u každého pacienta s metastatickým kolorektálním karcinodem hned na počátku léčby, výsledek umožní plánovat strategii systémové léčby ve více liniích.

### Mutace RAS - studie

U pacientů s mutací onkogenu RAS jsou možnosti cílené léčby omezené. V první a druhé linii lze použít jen antiangiogenní léky bevacizumab a aflibercept (ten jen v druhé linii). U pacientů bez mutace onkogenu RAS máme možností více. Lze použít jak léky antiangiogenní, tak inhibitory EGFR. Volbu optimální kombinace pro první linii řešily velké randomizované studie III. fáze CALGB 80405 a FIRE-3, brát v úvahu je nutné také výsledky studie II. fáze PEAK.

Randomizovaná studie III. fáze CALGB 80405 proběhla v USA a výsledky byly prezentovány na kongresu ASCO 2014. V této akademické studii byla hodnocena účinnost přidání bevacizumabu nebo cetuximabu k chemoterapii, kterou zvolil lékař (FOLFIRI nebo FOLFOX). Do studie bylo zařazeno celkem 1137 pacientů s wt-KRAS (kodon 12 a 13). Primárním cílem studie bylo celkové přežití a to bylo obdobné v obou ramenech. Nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl ani v přežití bez progresu, a to ani po rozšířené molekulární analýze s hodnocením celé rodiny onkogenu RAS. Přežití pacientů v obou ramenech se pohybovalo kolem 30 měsíců. Byla zaznamenána vyšší četnost léčebných odpovědí v rameni s cetuximabem. To je důležité v situaci, kdy potřebujeme dosáhnout zmenše-

ní metastáz, aby bylo možné dosáhnout resektability, nebo pokud rozsah nemoci pacienta akutně ohrožuje.

Klinická studie III. fáze FIRE-3 byla zaměřena na 1. linii léčby mKRK wt-KRAS, testován byl účinek cetuximabu v kombinaci s FOLFIRI proti srovnávacímu ramenu FOLFIRI s bevacizumabem, zařazeno do ní bylo 592 pacientů. Primárním cílem studie byla léčebná odpověď (ORR), která byla podle hodnocení investigátorů v obou ramenech obdobná, při následně doplněném nezávislém hodnocení byla vyšší léčebná odpověď prokázána v ramenu s cetuximabem. U pacientů bez mutace onkogenu RAS bylo v obou ramenech dosaženo obdobných výsledků v hodnocení léčebné odpovědi podle RECIST kritérií, přežití bez progresu, ale celkové přežití bylo ale signifikantně delší v rameni s cetuximabem.

Je patrné, že výsledky studii CALGB 80405 a FIRE-3 nemají právě v parametru celkového přežití závěry stejné. V současné době probíhají další analýzy, které by měly tyto rozdíly vysvětlit. Teorií, které vysvětlují rozdíly, je více, je uvažována hloubka léčebné odpovědi a rychlost dosažení regrese metastáz, která je u inhibitorů EGFR vyšší, zásadní význam má ale také druhá a další linie léčby. Významným faktorem při volbě léčby v první linii je tolerance léčby a profil nežádoucích účinků jak chemoterapie, tak cílené léčby. Důležitý podíl na celkovém výsledku má také otázka udržovací léčby, reindukce chemoterapie, redukce jejího dávkování, zařazení metod intervenční radiologie nebo radiochirurgie do algoritmu léčby mKRK. Panuje shoda na tom, že mutační stav RAS by měl být znám již době diagnózy mKRK, aby bylo možné dopředu zvažovat optimální možnosti léčby ve více liniích. Pokud mají různé léčebné kombinace obdobnou účinnost, je při volbě terapie nutné brát v úvahu bezpečnostní profil jednotlivých kombinací a v neposlední řadě také farmakoekonomické parametry.

### Regorafenib

Posledním cíleným lékem, kterým zmiňujeme v tomto stručném přehledu, je regorafenib. Jde o multikinázový inhibitor v perorální formě. Mechanismus jeho účinku je komplexní, zásadní je také jeho zásah do novotvorby cévního řečiště v nádoru.



ru. Je to lék učený pro pacienty v dobrém klinickém stavu, u kterých byly vyčerpány obvyklé možnosti chemoterapie a cílené léčby. V klinické studii III. fáze CORECT bylo dosaženo statisticky signifikantního prodloužení přežití i přežití bez progresu proti kontrolnímu ramenu s placebem. Profil nežádoucích účinků

je obdobný jako u jiných multikinázových inhibitorů, je nezbytné důsledné seznámení pacienta s možnými nežádoucími účinky a včasná redukce dávky nebo přerušení léčby podle aktuálního stavu.

### Registr Corect

Za účelem monitorace účinnos-

ti, nežádoucích účinků a také evidence objemu spotřeby nákladné cílené léčby metastatického kolorektálního karcinomu v běžné onkologické praxi v České republice byl založen klinický registr Corect. Tento registr vede Česká onkologická společnost (ČOS) ve spolupráci s Institutem biostatistiky a analýz

Masarykovy univerzity (IBA). Lékaři komplexních onkologických center do registru zadávají anonymizovaná data pacientů. I když zadávání dat není povinné, jsou v registru zaznamenány informace o více než 90 % pacientů. Výsledky z registru dobře korespondují s daty randomizovaných studií a potvrzují, že

cílená léčba je v reálných podmínkách indikována dobře a že u velké části pacientů se metastatický kolorektální karcinom stává dlouhodobým chronickým onemocněním.

MUDr. Jiří Tomásek, Ph.D.,

MUDr. Milana Šachlová, CSc. et Ph.D.,  
Masarykův onkologický ústav, Brno

# Nový objev by mohl zabránit propuknutí schizofrenie

Vědci z Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) zkoumali léze v bílé hmotě mozku. Zjištění, ke kterému došli, by mohlo pomoci diagnostikovat schizofrenii před jejím propuknutím.

Schizofrenie je považována za onemocnění mozku, které má svůj původ v období nitroděložního vývoje, ale propuká kolem 20. roku života. Podle nových poznatků se zdá, že tato porucha nevzniká v důsledku narušení jedné oblasti mozku, ale je způsobena narušenou komunikací mezi různými mozkovými strukturami. Může to být zapříčiněno poruchou nervových drah a jejich myelinových obalů.

### Rozporné nálezy vědeckých týmů

Mnoho vědeckých týmů na celém světě obrátilo svou pozornost k výzkumu bílé hmoty u schizofrenie. Využívají přitom metody tzv. zobrazení difúzního tenzoru (DTI), což je jedna z nových technik magnetické rezonance, která hodnotí kvalitu myelinových obalů.

Vědci z NUDZ nedávno publikovali v prestižním časopise *Schizophrenia Research* zásadní studii založenou na DTI, která výrazně přispívá k porozumění této otázce. Spoluautor studie prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D., vysvětluje: „Dosaďadní zahraniční studie DTI skutečně potvrzovaly narušení bílé hmoty u schizofrenie, které by mohlo vysvětlovat narušení komunikace uvnitř mozku. Zásadní problém však spočíval v tom, že se tyto práce výrazně lišily v umístění zmíněného narušení. Každá z prací uváděla, že je bílá hmota narušená v jiných částech mozku, a to celé nedávalo smysl. Také nebylo jasné, zda je toto narušení přítomno již na začátku ne-

moci, pak by mohlo být skutečně příčinou schizofrenie, nebo zda se rozvíjí v průběhu nemoci.“

### Pomohl velký soubor

Výzkumníci z NUDZ pod vedením MUDr. Tomáše Melichera se tedy rozhodli na tento zásadní problém podívat obsírněji a analyzovali pomocí DTI jeden z největších souborů pacientů se schizofrenií vyšetřených na úplném počátku onemocnění. Výsledek srovnání s kontrolní skupinou odhalil nečekaný nálezy. U nemocných již v časných stádiích schizofrenie bylo zjištěno narušení takřka ve všech hlavních drahách bílé hmoty.

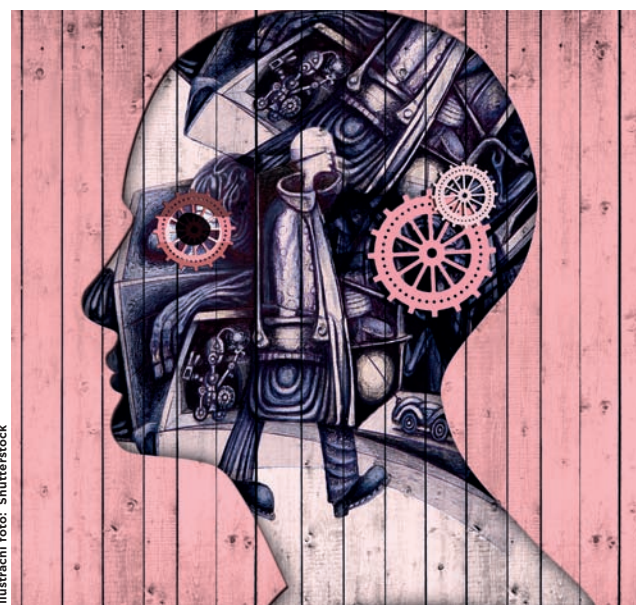
„Nález nás velmi překvapil, protože předchozí práce ukazovaly spíše na narušení lokální, podobně jako je tomu například u roztroušené sklerózy, nicméně v každé z předchozích prací publikovaných ve světě bylo toto porušení v rozdílných místech mozku. Za nejpravděpodobnější vysvětlení našeho nálezu jsme od počátku považovali velikost našeho souboru, který byl výrazně větší nežli u ostatních,“ vysvětluje profesor Horáček. K testování této hypotézy pak výzkumníci použili originální přístup, kdy náhodně rozdělili svůj původní soubor do 250 menších, které napodobovaly nižší počty zařazených do předchozích studií. Opakované analýzy ukázaly jasnou a přímou závislost mezi velikostí souboru a mírou narušení bílé hmoty. Srovnání menších souborů ukazovalo na lokální rozdíly, zatímco se zvětšujícím se souborem se oblast

narušení zvětšovaly, až nakonec pokryly takřka celou bílou hmotu.

### Otázky kolem možné léčby

Uvedená práce vzbudila bezprostředně po publikování velký ohlas. Přináší totiž hned dva důležité závěry. Zaprvé podporuje předpoklad, že bílá hmota je narušena již na počátku nemoci a mohla by tedy souviset s vlastním vznikem, nebo dokonce příčinou schizofrenie. Zadruhé prokazuje, že narušení neuronálních drah je difúzní v celé bílé hmotě.

„V dalších krocích plánujeme zjistit, jak se námi potvrzené narušení spojí uvnitř bílé hmoty promítá do funkce mozku nemocných a zda by bylo možné pomocí hodnocení změn bílé hmoty diagnostikovat schizofrenii ještě před propuknutím prvních pří-



Ilustrační foto: Shutterstock

znaků. Kdyby tomu tak bylo, pak bychom teoreticky mohli zahájit terapii před nástupem nemoci a možná i zabránit jejímu propuknutí,“ říká prof. Horáček. Zatím není jasné, zda je možné narušení bílé hmoty mozku u schizofrenie cíleně léčit.

Vědci však uvažují, že by bylo možné využít léčebných postupů účinných u jiných poruch spojených s narušením myelinu, jako je například roztroušená skleróza.

(Zdroj: NUDZ)

(red)

## Pertuzumab v nové indikaci

Léčivý přípravek pertuzumab získal doporučení k registraci v EU pro užití před operační léčbou pacientek s časným HER2 pozitivním karcinomem prsu.

Komise pro humánní léčiva (CHMP) doporučila Evropské komisi schválení pertuzumabu (Perjeta, výrobcem Roche) v kombinaci s trastuzumabem (Herceptin) a chemoterapií k neoadjuvantní léčbě dospělých pacientů s HER2-pozitivním, lokálně pokročilým, inflamatorním nebo časným karcinomem prsu s vysokým rizikem recidivy. Registrace v EU je podložena především výsledky studie NeoSphere, v níž při léčbě režimem s pertuzumabem u téměř 40 %

pacientů nebyly při operaci již žádné známky nádoru v postiženém prsu a místních mízních uzlinách (což se označuje jako patologická úplná odpověď, pCR) ve srovnání s 21,5 % pacientů, kteří byli léčeni jen trastuzumabem v kombinaci s chemoterapií. Je to poprvé, kdy Komise pro humánní léčiva doporučila neoadjuvantní léčbu na základě výsledků pCR.

Žádost o registraci se dále opírala o výsledky studie TRYPHAENA a dlouhodobé hodnocení bezpečnosti ve

studii CLEOPATRA u pacientů s dříve neléčeným pokročilým karcinomem prsu. Data z probíhající studie fáze III APHINITY s adjuvantní (pooperační) léčbou přinesou další vhled do širší úlohy pertuzumabu v léčbě časného HER2-pozitivního karcinomu prsu. V Evropě je každoročně HER2-pozitivní karcinom prsu zjištěn u 100 tisíc pacientek. Jedná se o agresivní onemocnění s vyšší pravděpodobností rychlé progresy, v porovnání s nádory HER2-negativními.

(red)



## ONKOLOGIE

# Péče nekončí vykonáním nějakého typu léčby

O tom, s čím se nejvíc potýkají komplexní onkologická centra, jak zvládají nápor pacientů a co obnáší být profesionál, jsme hovořili s primářkou Onkologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice, vedoucí největšího českého komplexního onkologického centra a předsedkyní Národního onkologického registru **prof. MUDr. Jitkou Abrahámovou, DrSc.**

**Desítky let bojujete o rozvoj a samu existenci celoplošného Národního registru evidence zhoubných nádorových onemocnění (NOR). Ještě každý rok oběháváte i jeho financování?**

Problém dlouhodobého financování NOR a každoroční žádání o peníze nám zůstaly. Situace se ale změnila, už to není na mých bedrech jako předsedkyně Rady NOR, tedy poradního orgánu ÚZIS. Ředitelem ÚZIS se stal docent Dušek, je tedy i členem managementu MZ ČR a zajišťování těchto prostředků pro NOR zabezpečuje. Na rozdíl od svého předchůdce, jehož povinností a kompetencí to také bylo, on to skutečně dělá. Tato moje „volnočasová aktivita“ mi tedy díky němu letos odpadla. Docent Dušek ale doufal, že se podaří financování NOR zabezpečit dlouhodobě tak, aby se prostředky nemusely každoročně znovu hledat v rozpočtu MZ ČR, aby to bylo longitudiální rozhodnutí, což se mu však nezdařilo. Existence a činnost NOR vyplývá ze zákona, dlouhodobá jistota jeho financování avšak nadále nikoli.

**NOR stojí na hlášení nových případů. Škodolibě mě napadá, že čím méně hlášenek o nových případech, tím radostnější pohled na Potěmkinovu vesnici. Nebo ne?**

Bohužel ano. Stát hlášení vyžaduje, ale dosud nemá možnost kontroly, zda byly všechny nové případy skutečně nahlášeny. Ten, kdo diagnostikuje nový případ onemocnění zhoubným nádorem, je povinen vystavit hlášenku, respektive její první část. Nebývají to onkologové, ale lékaři jiných odborností, například urologové nebo dermatologové a jiní odborníci. Druhou část vyplní lékař, který zahájí terapii. Bezprostředním zpracovatelem údajů z hlášenek jsou pak sběrná místa, regionální a okresní pracoviště NOR. Ta zároveň dostávají z ÚZIS, který NOR cent-

rálně spravuje, stav hlášení za poslední tři roky. Stav tedy sběrná místa mají možnost porovnávat i zpětně, včetně případných dohlášení z posledních několika let. Zásahu na tom, že je hlášení jako celek relativně úplné, mají střední zdravotničtí pracovníci na sběrných místech. Ve všech okresech jsou velmi poctiví a pracovití, stav hlášení sledují a zaregistrují nesrovnalosti, třeba pokud někde nedohlášením vzniká zdánlivé snížení incidence případů. Poznají to i podle toho, že jim k nehlášeným případům přicházejí nálezy – zjistí tak, že mají patologický histologický nálezy bez hlášenky a následně si ji vyžadují. Problém se zákonnou povinností hlásit do NOR je někdy u soukromých ambulancí, není to totiž zvlášť hrazená činnost. Ze zákona vyplývá, že lékař, který je povinen hlášenku vyplnit, musí tak učinit stejně samozřejmě, jako když vystavuje například propouštěcí zprávu.

**Jak je to s druhým koncem, integrováním hlášenek do informačních systémů nemocnic? Umožňuje využívání výstupů z NOR?**

To zatím není, ačkoli o to bojujeme dlouhá léta. Vklínění do informačních systémů nemocnic není vyřešeno. Není vyřešena problematika jednotného softwaru, který by umožňoval všem nemocnicím i komunikaci s výstupy z NOR, a to ani pro ministerstvem přímo řízená zdravotnická zařízení. Ale údaje z NOR jsou lékaři široce využívány, zejména onkology, ale i uroonkology. Dovedou je užívat i jiné odbornosti, dokáží si údaje vyhledat a požádat o uvolnění dat. Existuje portál [www.svod.cz](http://www.svod.cz), který data uveřejňuje pod patronací ÚZIS a po zpracování Institutem biostatistiky a analýz v Brně.

**Stále zůstává vysoký podíl pozdě zachycených nádorů, včetně preventabilních. Situaci mohou zlepšit celoploš-**



Foto: archiv TN

**né screeningy, k nimž v lednu 2014 přibýly další dva. Jak jsou úspěšné?**

Pro oblast zhoubných nádorů v současnosti probíhají tři celoplošné screeningy – cervikální, kolorektální a mamární, právě ten je zaveden nejdříve. U všech tří existuje adresné zvaní a jeho účinnost se už projevuje. Jde o projekt garantovaný ministerstvem zdravotnictví a financovaný pojišťovkami. Na vyšetření zvou praktičtí lékaři a gynekologové, ženy zejména v produktivním věku gynekologů zpravidla navštěvují častěji než praktika. Screening zhoubných nádorů prsu nyní pokrývá více než 60 procent žen ve věku 45–69 let, právě díky adresnému zvaní došlo k jistému zlepšení. Ke zřetelnému zlepšení pak došlo u screeningu nádorů kolorekta, který nyní pokrývá téměř třetinu populace všech osob nad 50 let věku. K optimálnímu přínosu programů by mělo vyšetře-

ními projít 75–80 procent osob příslušných skupin.

**Zvládají zdravotníci nápor na vyšetření, který screeningy výrazně vzrostl?**

Zvládají ho rozdílně, stejně jako objektivně různě náročná jsou požadovaná vyšetření. Adresné zvaní, zejména u kolorektálního screeningu, poněkud předběhlo současné možnosti. Na mysli mám nárůst požadavků na primární kolonoskopii. Část oslovené populace dává přednost podstoupit přímo tento způsob vyšetření, nikoli napřed laboratorní. Vybrat si mezi nimi totiž mohou lidé od 55 let věku. Další částí pozvané populace test na okultní krvácení do stolice vyjde pozitivně, ačkoli nemusí jít o nádorové onemocnění nebo prekarcinózu, ale samozřejmě i tyto pacienti jsou indikováni ke kolonoskopii. Ta je ale, v porovnání s nároky na vyšetření při screeningu mammy a cervi-

xu, velmi složitou a sofistikovanou metodou. Nárůst pacientů prodlužuje doby objednání, ale zejména nároky na čas kolonoskopického týmu a vybavení. Skutečností ale je, že pokud by značná část příslušné populace kolorektálním screeningem opravdu prošla, poklesl by nejen počet nádorů kolorekta v pokročilém stadiu, ale díky odstraňování prekanceróz by po několika letech měla klesnout i incidence nádorů kolorekta v nižších stadiích.

**Je nějaká souvislost mezi stárnutím populace a zvyšující se incidencí zhoubných nádorů?**

V jistém smyslu ano – čím déle budete žít, tím vyšší máte riziko, že se svého nádoru dožijete. Ale křivka věkového výskytu má u většiny lokalizací stále stejný tvar, stále jde o stejné věkové kategorie, u nichž je nejvyšší zvýšení incidence. V nejvyšším riziku jsou přitom stále stejné věkové kategorie, nejvyšší kulminace je kolem 60–65 let věku. Věková křivka výskytu zhoubných nádorů má u většiny nádorů podobný tvar, jenom je incidence vyšší, tedy nově nalezených nádorů přibývá celkově. Co se týče toho výskytu nádorů ve vyšším věku, je určitý problém kolem karcinomu prostaty, stávající vysoká četnost vyšetření PSA může být i záležitostí zájmových skupin.

**Pacientů s onkologickou diagnózou tedy přibývá a s nimi i žádosti o přijetí do komplexních onkologických center (KOC). Jakou roli v tom hraje podávání cílené léčby?**

Do KOC musí přicházet pacienti indikovaní k biologické léčbě, protože pouze ona mají na cílenou terapii uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovkami a je jim hrazena cílená léčba. Bohužel to ale není tak, že by úhrada přecházela spolu s pacientem, vyjma herceptinu. Každé KOC má přidělen finanční limit na cílenou léčbu, referenční pro ni je vždy minulý rok a finanční sumu každý rok plátcí korigují. Rozšíření indikací se ale v paušální částce vzniklé na základě „referenčních čísel“ neodráží. Statisticky je doloženo, že incidencí zhoubných nádorů přibývá, na základě hlášenek NOR



umíme popsat, že incidence je vyšší, podle statistických výstupů umíme predikovat situaci v příštích letech. Na několik následujících let umíme udělat predikce i na nároky na biologickou léčbu, ale směrná čísla je neodrážejí. Ale nejde jen o ní, málokteré pracoviště v okresních městech je dostatečně radiačně vybavené, takže řada pacientů musí být odeslána do KOC i kvůli ozařování. Pokud tedy například my provedeme ozařování a pacient není indikován k biologické léčbě, není z medicínského hlediska důvod, aby se nevrátil k běžné terapii na pracoviště, odkud byl do KOC vyslán.

**Proč se tedy nevrátí, přece by pro něj bylo snazší nechat se ošetřovat v místě, kde žije, nebo třeba v blízkém okresním městě?**

Pacient má možnost výběru pracoviště a volby lékaře. Odmítnout pacienta opravňuje jen jediný důvod, jímž je nedostatečná kapacita pracoviště. Teď je polovina července a my jsme už nyní nad hranici finanční kapacity pro biologickou léčbu na celý kalendářní rok. To není dáno platbou, ale zvýšením počtu indikovaných pacientů. Nárůst pacientů se postupně zvyšuje i díky novým indikacím biologické léčby k těm stávajícím. První biologikum byl už zmíněný herceptin u HER2 pozitivních pacientek s nádorem prsu. Například u renálního karcinomu ještě před několika lety žádné možnosti biologické léčby nebyly, dnes jich je řada. Kromě toho je třeba si uvědomit, že jde o paliativní, nikoli kurativní terapii. Zatímco běžná chemoterapie se podává do určitého počtu cyklů, biologická do hranice snášenlivosti nebo do progresse onemocnění. V remisi podáváme biologika stále, i po několik let. U nově nasazených pacien-

tů je referenční číslo pro výpočet platby jen za příslušnou část roku, tedy za pacienta nasazeného v listopadu jen dva měsíce, ačkoli další rok ji bude dostávat měsíců dvanáct – pacient přece žije dál, kvůli nároku na peníze za jeho léčbu ho přece nemůžeme vysadit. Kalkulovat je třeba i se souvisejícími rostoucími potřebami všeho – počtu lékařů, paliativního týmu, nutričních programů, sociálních služeb, místností... Pacienta, který je u nás zvyklý a léčíme ho třeba celé roky, je fixován na naše pracoviště, přece najednou nemohu odeslat jinam s tím, ať se o něj někdo postará tam, odkud přišel, protože už nepotřebuje specifickou léčbu KOC...

**Takže pacientů vám přibývá a peněz ubývá. Co se s tím dá udělat?**

Tu roztočenou spirálu neumí zastavit nikdo, i bohatší státy mají problémy s financováním tak nákladné péče. Obrana plátců péče je pochopitelná. Je tu jistá velmi hrubá analogie. Mám-li finance pouze na Trabantu, nemohu jezdit Mercedesem. V léčbě na celý kalendářní rok. To není dáno platbou, ale zvýšením počtu indikovaných pacientů. Nárůst pacientů se postupně zvyšuje i díky novým indikacím biologické léčby k těm stávajícím. První biologikum byl už zmíněný herceptin u HER2 pozitivních pacientek s nádorem prsu. Například u renálního karcinomu ještě před několika lety žádné možnosti biologické léčby nebyly, dnes jich je řada. Kromě toho je třeba si uvědomit, že jde o paliativní, nikoli kurativní terapii. Zatímco běžná chemoterapie se podává do určitého počtu cyklů, biologická do hranice snášenlivosti nebo do progresse onemocnění. V remisi podáváme biologika stále, i po několik let. U nově nasazených pacien-

tdou predikce podle bydliště pacienta, ale žádosti pojišťovně podle územní lokalizace zdravotnického zařízení.

**Mají pražská KOC i nějaké specifické problémy?**

V současné době v Praze působí jedno pro levý břeh Vltavy a pro část Středočeského kraje, tedy ve FN Motol, pro pravý a pro větší část Středočeského kraje KOC onkologií TN, VFN a Nemocnice Na Bulovce. Nově vzniklo ještě třetí KOC, a to ve FNKV. Pražská KOC nemohou čerpat prostředky z fondů Evropské unie, protože naše hlavní město je relativně bohaté. Musí tedy prokazovat, že více než polovina jejich klientely je mimopražská. Ovšem sama Praha má 1,5 milionu obyvatel a nelze předpokládat, že by onkologičtí pacienti odsud jezdili do regionů, tedy do jiných mimopražských KOC. Zato opačným směrem je příliv pacientů obrovský.

**Nedoplácíte tím přílivem pacientů na dobrou pověst?**

I tak to je. Pacienti přicházejí za ní a za jménem lékaře, stěžují ale sami posoudit, zda jsou léčeni správně. A k doplácení na dobrou pověst zřejmě patří i to, že se u nás pacienti nebo jejich „ochránci“ někdy dožadují konzultace nebo přijetí i velmi nevybíravými prostředky.

**Souvisí současný nedostatek onkologů, zejména mladých, s finančními prostředky na ně?**

Onkologii se obecně chce věnovat jen málo absolventů i navíc je medicína velmi feminizovaná, což začíná od lékařských fakult. Na klinice pak vychováváte mladou ženu, a to v době, kdy už jí tikají biologické hodiny, přece když jindy by měla mít děti... Vložte do ní hodně času i prostředků a ona vám, velmi pochopitelně, zmizí na tři roky, pokud

by měla jen jedno dítě. Ty maminky během mateřské figuruje na systematizovaných místech, nové pracovníky za ně lze přijmout jen na určitou dobu. Pracovní poměr na dobu určitou ale část adeptů odrazuje. Po těch třech letech maminka v profesi v podstatě začíná znovu od začátku, což platí i o velmi nadějných mladých lékařkách. Mladí onkologové musejí absolvovat interní kmen, aby mohli atestovat z radiační nebo klinické onkologie, pracují tedy dva roky mimo naši kliniku, ale za její prostředky.

**Narazila jste na problémy začínajících onkologů. Jaké mají typické „potíže růstu“?**

Většina mladých lékařů po promoci neumí příliš dobře klinicky vyšetřovat, a část z nich dokonce klinické vyšetření podceňuje. Stejně tak se příliš nezabývají kazuistikami, což je základ, od něhož se začíná. Jako by jejich představa o medicíně byla taková, že přijde pacient a oni budou mít stroj, do kterého z jedné strany hodí pacienta a z druhé jim vypadne budoucí pitevné nález. Skutečností je ale i to, že značnou část svého pracovního dne musí prosedět u počítače, požadavky na administrativu jsou neúměrné.

**Je něco, čemu jste se vy sama v začátcích věnovat nechtěla?**

Ano, dětské onkologii. Každý dospělý jedinec se snaží chránit mláďata, víc se vám líbí kotě než starý kocour. Víc se do kotěte vcítujete. Jako mladá lékařka jsem ale musela převzít dětskou radioterapii. Na rozdíl od dnešní doby se s mládeží o příkazu nediskutovalo. Řekla jsem „ano“ a šla brečet na toaletu. Ty děti jsem převzala, ale dalo mi to zabrat. Postupně jsem pak přišla na to, že dětská onkologie je velmi zajímavá z medicínského hlediska. Naučila jsem se s tím žít.

**Pokud správně počítám, příští rok oslaví první dáma české onkologie padesát let od promoce a aktivní medicíny. Je to tak?**

Ano. Napřesrok mě čeká ještě třetí kulaté jubileum – budeme mít s manželem padesát let od svatby. Neměly by mi udělit všechny ty tři instituce medaile za vytrvalost? Fakulta za to, že šířím její dobré jméno, zdravotnictví za padesát let práce, a to po většinu doby s minimálním platem, a instituce manželství za to, že jsem to vydržela už půl století.

**Váš vytrvalostní trojboj je i jako celek impozantní, ale nejtěžší disciplínou v ní se zdát být ta onkologie...**

Zpočátku v ní skutečně radostí moc nebylo. Nádory varlat mají jak známo nejvyšší incidenci u mladých lidí a v dobách, kdy ještě byla mortalita tohoto onemocnění 95procentní, mi dali na starosti tyto pacienty se slovy „ty jsi mladá, ty to vydržíš“. Musela jsem vysvětlovat mnoha rodičům, proč přijdou o mladého, nadaného kluka, kterého právě vychovávali... I toto zvládnout je součástí mé profese. Naučit se žít s tím musím já, to se mnou nemůže nacvičit někdo jiný. Plakat může lékař únavou nebo bolestí, ale ne proto, že mu zemřel pacient, a zatěžovat tím nemá ani svoji rodinu. Když si to neumí v sobě zpracovat a naučit se s tím žít, není skutečný profesionál. Je to i otázka míry. Musíte mít schopnost vcítit se do pacienta, ale ne na úkor vlastní psychofyzické hmoty nebo rodiny. Pokud bych se ve volném čase nedokázala od průvodních jevů onkologie odpoutat, opravdu by pro mě byla trestem, ne povoláním a ne radostí, jakou je pro mě dodnes.

Jana Jílková

Inzerce M151000671

**ODBORNÍCI MOHOU VYBÍRAT NEJ... ZDRAVOTNÍ SESTRU MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE**

Ocenit zdravotníky a zvýšit prestiž jejich povolání, to je cílem prvního ročníku ankety Moravskoslezská sestra 2015, která byla vyhlášena. Anketa se koná pod záštitou moravskoslezského hejtmána Miroslava Nováka, ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka a odbornou záštitou prezidentky České asociace sester Martyiny Šochmanové.

Nominovat favority na nej... zdravotní sestru Moravskoslezského kraje v pěti kategoriích může až do 18. září odborná veřejnost.

„Zdravotnictví v kraji je na velmi vysoké úrovni, a to nejen zásluhou lékařů ale také dalších zdravotnických pracovníků, ať už jde o všeobecné sestry, porodní asistentky, dětské sestry či sestry domácí péče. Projekt Moravskoslezská sestra 2015 chce upozornit na jejich nelehkou práci, významné poslání a potřebu těchto profesí, kterou si mnohdy neuvědomujeme, dokud jí sami nepotřebujeme,“ uvedl moravskoslezský hejtmán Miroslav Novák.

**Moravskoslezská SESTRA 2015**

**Přihlas svého kandidáta!**

**Uzávěrka podání přihlášky je 18. 9. 2015.**

Přihláška a podmínky ankety naleznete na: [sestra.kr-moravskoslezsky.cz](http://sestra.kr-moravskoslezsky.cz)  
Anketa je určena pouze pro odbornou veřejnost.

Svou sestru můžete nominovat do těchto kategorií:

1. ambulantní sestra
2. sestra u lůžka (zahrnuje následnou, ošetrovatelskou, paliativní a hospicovou péči)
3. sestra domácí péče
4. porodní asistentka
5. ocenění za dlouhodobý přínos v ošetrovatelské péči



## GASTROENTEROLOGIE

# Přibývá dětí s chronickými střevními záněty

„Zánětlivá střevní onemocnění jsou již léčitelná, zatím ale stále nevyléčitelná. Cílem léčby je dosáhnout takové kvality života pacienta, aby mohl žít aktivní a plnohodnotný život,“ říká **MUDr. Katarína Mitrová, Ph.D.**, z oddělení dětské gastroenterologie Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

## Konkrétně která onemocnění je třeba si představit pod zkratkou IBD?

Pod anglickou zkratkou IBD se skrývají slova *inflammatory bowel diseases*, tedy zánětlivá střevní onemocnění. U nás se pro ně častěji užívá označení idiopatické střevní záněty, jde o chronické imunitně podmíněné choroby s dosud nejjasnou etiologií. Patří k nim Crohnova nemoc, při které může být zánětem postižena kterákoli část gastrointestinálního traktu od dutiny ústní až po konečník. Zánět může prostupovat celou stěnu střeva, proto typickými komplikacemi bývají píštěle, abscesy a stenotické úseky. Naproti tomu ulcerózní kolitida, pro niž je vžitá zkratka UC, postihuje pouze tlusté střevo. Od konečníku zánět postupuje proximálně, přičemž se může rozšířit na část střeva nebo ho zasáhnout i celé – právě pankolitida je pro dětský věk typická. Zvláštní nozologickou jednotkou je pak indeterminovaná kolitida, která nespĺňuje jednoznačně kritéria Crohnovy nemoci ani ulcerózní kolitidy a u dětí se vyskytuje častěji než u dospělých.

## Obecně se incidence IBD zvyšuje. Proč tomu tak je?

Ano, incidence IBD narůstá, a to i u dětí, podobně jako je tomu u dospělých. Zároveň se však věková hranice manifestace těchto chorob snižuje. Pokud jde o incidence, ta se konkrétně u Crohnovy nemoci (CD) u dětí pohybuje kolem 4–5/100 000. Podobný trend je patrný i u řady autoimunitních onemocnění. Přestože příčina tohoto jevu nebyla zatím zcela objasněna, předpokládá se polygenetický typ dědičnosti, kde se uplatňuje jak genetická predispozice, tak i vliv faktorů vnějšího prostředí (infekce, stres a podobně), které zde hrají roli spouštěče. Na rostoucí incidenci IBD se může pravděpodobně podílet i současný životní styl, ale také pokroky v diagnostice.

## Pro další kvalitu života dítěte je důležitá časnost rozpoznání tak závažné a progresující nemoci. Co varuje už lékaře prvního kontaktu?

Příznaky IBD mohou být bohužel velmi různorodé, závisí na typu a lokalizaci nemoci. Přítomné mohou být projevy střevní i mimostřevní. Jednodušší situaci má praktický pediatr při rozpoznání projevů ulcerózní kolitidy, při které bývají přítomné četné průjemovité stolice, často s příměsí hlenu a krve a defekace bývá provázena křečovitými bolestmi břicha, takzvanými tenesmy. Varovně je přetrvávání příznaků (třeba i měsíce) navzdory vyloučené infekční příčině. V případě CD může být jediným varovným příznakem bolest břicha, typicky lokalizovaná v pravém podbřišku. Až u třetiny dětí pak bývá přítomná (často nerozpoznaná) porucha růstu, kterou může pediatr odhalit při běžné preventivní prohlídce, když dítě ještě nemá průjem ani bolesti břicha. Vzácně nebývají ani projevy malnutrice. K nejčastějším mimostřevním projevům pak patří postižení kůže (*erythema nodosum*, *pyoderma gangrenosum*) nebo kloubů (artritida, sakroileitida).

## Co by měl praktik udělat, než dítě odešle ke specialistovi na IBD?

Samozejmě nejdříve musí být vyloučena infekční příčina obtíží, zejména přítomnost *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni* či *Clostridium difficile*. K základním laboratorním vyšetřením patří krevní obraz, který odhalí mikrocytární anemii a trombocytózu. U těchto pacientů dále často nacházíme zvýšené hodnoty sedimentace i CRP. V současné době je již k dispozici další neinvazivní metoda, kterou je stanovení zánětlivého markeru ve stolici (fekální kalprotektin). Významně zvýšené hodnoty fekálního kalprotektinu tak pomáhá

ji vytipovat pacienty, u kterých je podezření na střevní zánět vysoké a je u nich na místě provedení endoskopického vyšetření. Naprosto zásadní je pak zhodnocení růstu a vývoje dítěte pomocí percentilových grafů, které jsou součástí každého očkovacího průkazu. A které dítě odeslat do centra IBD? Mělo by to být každé dítě, u kterého bylo na základě pozitivní této vyšetření vysloveno podezření na IBD.

## Dítě s podezřením na IBD přijme k vyšetření příslušné centrum, včetně dokumentace od pediatra. Co se děje dál?

Základem je potvrzení správné diagnózy. Důležitá je pečlivě odebraná anamnéza zaměřená na klinické obtíže dítěte i výskyt autoimunitních onemocnění či IBD v rodině. Nezastupitelné místo zde sehraje fyzikální vyšetření zahrnující také zhodnocení růstu a vyšetření perianální oblasti, které bývá často opomíjeno. Dále pak následuje zhodnocení laboratorních nálezů i zobrazovacích vyšetření (sonografie). Při opakovaně vysokých hodnotách fekálního kalprotektinu je indikováno endoskopické vyšetření (gastroskopie + kolonoskopie) s odebráním biotických vzorků. K zobrazení tenkého střeva je v současné době využívána magnetická rezonance, tzv. MR enterografie. Diagnóza IBD u dětí by měla být stanovena dětským gastroenterologem, který má s danou problematikou zkušenosti. Jak diagnostika, tak i terapie IBD u dětí se totiž od dospělých pacientů liší. Vyšetření v specializovaném dětském IBD centru by měl domluvat přímo praktický lékař dítěte, který je (na rozdíl od rodiče) schopen přesně interpretovat obtíže i objektivní nálezy a zajistit tak včasnou diagnózu.

## Jaká u pozitivního výsledku následuje terapie?

Základem léčby IBD je potlačení zánětu. V úvodu je zahajována



Foto: Abbvie

tzv. indukční terapie, jejímž cílem je navození klidové fáze nemoci. Poté pokračujeme v léčbě udržovací, která má zabránit dalšímu vzplanutí onemocnění, tzv. relapsu. V indukční léčbě CD u dětí je lékem volby exkluzivní enterální výživa (EEV, tedy podávání speciálních výživných roztoků) podávaná po dobu 6–8 týdnů. EEV je totiž u dětí stejně efektivní jako dříve využívaná terapie kortikoidy, není však spojena s nežádoucími účinky, neovlivňuje negativně kostní metabolismus a růst dítěte a navíc prokazatelně hojí sliznici střeva. V případě UC jsou nadále v indukční léčbě využívány kortikosteroidy, které jsou však naprosto nevhodné k léčbě udržovací. Současně s indukční léčbou je u dětí zahajována rovnou i terapie imunosupresivy (nejčastěji azathioprinem). Pro děti s těžkým a rozsáhlým postižením střeva nebo postižením konečníku je pak vyhrazena léčba biologická. Její vysoká efektivita i bezpečnost u dětí s IBD byla již prokázána řadou klinických studií. V současné době máme k dispozici dva přípravky – infliximab, aplikovaný formou intravenózních infuzí, a adalimumab, určený k subkutánní aplikaci. Biologická léčba u dětí by měla být podávána pouze v centrech biologické terapie, která mají značné zkušenosti jak s jejím podáváním,

tak i s řešením případných komplikací.

## Ne vždy si ale vystačíte s enterální výživou a farmakoterapií. Jaké místo mají v terapii IBD u dětí chirurgické zákroky?

V některých situacích, například u pozdně diagnostikovaných IBD a mezi nimi zejména pak u stenozujících forem, může správně indikované chirurgické řešení eliminovat rizika protrahovaného a pro danou indikaci neúčinného podávání farmak – nevrátne postižení střeva bránící střevní pasáží jimi není řešitelné. Chirurgická léčba je i u dětí velice často využívána spolu s farmakoterapií i při řešení komplikací nemoci (abscesy, perianální píštěle a podobně).

## Jsou tato onemocnění alespoň v některých případech a alespoň u dětí definitivně vyléčitelná?

Včasnou diagnózou a následně zahájenou optimální léčbou můžeme předejít nevrátne poškození střeva. Navzdory velkým pokrokům v diagnostice i léčbě těchto onemocnění za poslední období dokážeme sice onemocnění významně zmírnit, nikoli však zcela vyléčit. Cílem léčby je dosáhnout takové kvality života pacienta, aby měl možnost ho vést aktivně a plnohodnotně.



# Závěry studie **PALOMA 3**

Studie PALOMA 3 srovnávala efekt palbociclibu a fulvestrantu na dobu přežití bez progresu choroby (PFS) u žen s hormonálně dependentním pokročilým karcinomem prsu, který metastazoval navzdory předchozí endokrinní terapii.

Vědecký výzkum v oblasti protinádorové terapie je soustředěn na cyklin-dependentní kinázy (CDK), které hrají důležitou úlohu v procesu buněčného dělení nádorů. Nejzávažnějším problémem v terapii u hormonálně dependentního (HR+) karcinomu prsu je rezistence k hormonální léčbě. Velmi slibně se v této souvislosti jeví zavedení selektivního inhibitoru CDK 4/6 palbociclibu. V červnu 2015 byly na výročním zasedání American Society of Clinical Oncology (ASCO) v Chicagu prezentovány výsledky studie fáze 3 PALOMA, která sledovala účinnost palbociclibu s fulvestrantem u pre- i postmenopauzálních žen s pokročilým karcinomem prsu rezistentním k hormonální léčbě.

Jednalo se o dvojité zaslepenou studii u pacientek s HR+/HER-

pokročilým metastazujícím karcinomem prsu, u kterých došlo k progresi nebo relapsu choroby během předchozí hormonální terapie. Ženy byly randomizovány v poměru 2 : 1 pro podávání palbociclibu (125 mg denně podávaných perorálně po dobu 3 týdnů, 1 týden pauza) a fulvestrantu (500 mg každé 4 týdny) nebo placebo společně s fulvestrantem. Pre- a perimenopauzální ženy užívaly současně goserelin k supresi ovariální aktivity. Primárním cílem studie byla doba do progresu choroby (progression free survival, PFS). Sekundárním cílem bylo celkové přežití (overall survival, OS), procento odpovědí, bezpečnost a tolerabilita léku.

## Prodloužení PFS

Studie se zúčastnilo celkem 521 pacientek. 347 žen dostávalo



Illustrace foto: Shutterstock

kombinaci palbociclib/fulvestrant, 174 ženám byl aplikován pouze fulvestrant s placebem. Oba dva soubory byly shodné v základních charakteristikách:

průměrný věk činil 56-57 let, 79 % pacientek bylo v postmenopauze, 60 % mělo viscerální poškození a 79 % bylo senzitivních k předchozí endokrinní léčbě.

Z výsledků vyplynulo, že průměrná délka intervalu bez progresu choroby byla v první skupině palbociclib/fulvestrant 9,2 měsíce, avšak ve skupině placebo/fulvestrant činila pouze 3,8 měsíce ( $p < 0,000001$ ). Účinnost palbociclibu byla srovnatelná u pre- i postmenopauzálních žen. Nejčastějším nežádoucím účinkem u skupiny palbociclib/fulvestrant vs. placebo/fulvestrant byla neutropenie (78,8 % vs. 3,5 %), leukopenie (45,5 % vs. 4,1 %) a únava (38,0 % vs. 26,7 %). Výskyt febrilní neutropenie byl v obou skupinách srovnatelný. Z důvodů nežádoucích účinků studii nedokončily 2 % žen z první skupiny a 1,7 % žen ze skupiny placebo/fulvestrant.

Závěrem bylo konstatováno, že terapie palbociclibem v kombinaci s fulvestrantem prodlužuje délku intervalu bez progresu choroby a tato kombinace léků je považována za slibnou léčebnou modalitu u žen s hormonálně dependentním pokročilým karcinomem prsu, který progredoval i během předchozí endokrinní léčby.

(Zdroj: Mediorital)

(red)

Inzerce M151000528

# abbvie

## NÁŠ VÝZKUM VEDOU INOVACE. NAŠI PRÁCI VEDE LIDSKOST.

**Spojili jsme zázemí silné farmaceutické společnosti se špičkovými biotechnologickými poznatky, abychom pomohli pacientům zvládnout výzvy, které denně podstupují.**

Zaměřujeme se na vývoj nových léků, které zlepšují kvalitu života pacientů a mají významné klinické účinky. Náš výzkum je zaměřen na oblasti neurologie, imunologie, onkologie, onemocnění ledvin, léčbu hepatitidy C, gynekologická onemocnění a péči o předčasně narozené děti.

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



## ODBORNÉ AKCE

# Letovice Care 2015

Letošní ročník akce, kterou každoročně pořádá Nemocnice Milosrdných bratří Letovice, p. o., ve spolupráci s koloproktologickou sekci České chirurgické společnosti ČLS JEP, Petřivalského nadací Brno, Fondazione Rosa Gallo a Českou asociací sester, přinesl mnoho zajímavých sdělení z oblasti praktické proktologie.

### Otázky kolem ambulantní léčby divertikulů

Program chirurgické sekce byl tradičně zahájen přednáškou doc. MUDr. Davida Kachlíka, Ph.D., z Ústavu anatomie 3. LF UK Praha. Autor se zabýval extrémně složitou oblastí, kterou je inervace konečníku. Jak vysvětlil, orální část konečníku vznikla z entodermy zadního střeva, zatímco aborální část a řitní kanál pochází z ektodermy proktoidea. Proto je rektální ampula inervována autonomními nervy, anální kanál a řiť převážně nervy míšními. Uvedl dále, že autonomní visceromotorická (nesprávně vegetativní) inervace zahrnuje sympatickou a parasympatickou složku a zmínil funkci a význam pudendálních nervů a nutnost chirurgického šetrného operování tam, kde je to z onkologického hlediska možné.

Předseda koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP a přednosta Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol Praha prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc., přítomně seznámil s kazuistikou pacienta s TBC onemocněním střeva. Uvedl podobnosti a odlišnosti od Crohnovy choroby a zdůraznil, že s rostoucí migrací obyvatelstva je nutno stále myslet na možnost tuberkulózy.

MUDr. Roman Svatoň z Chirurgické kliniky LF MU a FN Brno hovořil na téma ambulantní léčby divertikulární choroby tračnicku. „Ambulantní – úspěšná a bezpečná – léčba je možná u nekomplikovaných případů ověřených CT diagnostikou, u pacientů motivovaných, spolupracujících a ukázněných“, vysvětlil autor. „Zánětlivé postižení divertikulů se objevuje asi u 20 procent pacientů s divertikulární nemocí. V pěti procentech jde o komplikovaný zánět, jako je absces, perforace obstrukce či peritonitis. Divertikulitida se projevuje bolestivostí v levém podbříšku a elevací zánětlivých markerů. Zlatým standardem v diagnostice divertikulitis je CT vyšetření. V rámci diagnostiky první linie lze i běžným abdominálním ultrazvukovým vyšetřením prokázat divertikulitis s poměrně vysokou senzitivitou a specificitou. Koloskopie není v případě akutní divertikulitis

z důvodů rizika perforace doporučována,“ uvedl MUDr. Svatoň.

Podle jeho slov je u pacientů s nekomplikovanou formou divertikulitis (morfologicky: rozšíření střevní stěny s prosáknutím okolního tuku nebo bez něho) třeba postupovat konzervativně, tedy zavést dietní opatření, ATB a podpůrnou terapii. Otázkou podle něj zůstává, zda léčbu můžeme provádět ambulantně. Bezpečnost ambulantní léčby nekomplikované divertikulitis byla prokázána prospektivní, multicentrickou, randomizovanou studií DIVER Trial. Jak řekl, rozdíl v počtu selhání ambulantní léčby a léčby za hospitalizace nebyl zaznamenán. „Je třeba připomenout, že ambulantní léčba je třikrát levnější,“ uvedl dále MUDr. Svatoň. „Tento závěr však platí jen za určitých podmínek. Musí jít skutečně o nekomplikovanou formu divertikulitis, což vyžaduje verifikaci CT kontrastním vyšetřením, které může být v ambulantním provozu problematické. Pacient musí být schopen perorálního příjmu. Další podmínkou je nepřítomnost známek sepse s komorbiditami jako inzulin závislost DM, srdeční selhávání, CHOPN, konečné stadium nádorového onemocnění, nesoběstační a nespolupracující pacienti. Ambulantní léčba je tedy možná, úspěšná a bezpečná v případě, že jde o nekomplikovanou divertikulitis verifikovanou dle CT,“ uzavřel autor sdělení.

### Principy rekonstrukce pánevního dna

MUDr. Vítězslav Ducháč, Ph.D., z Chirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV předvedl a detailně popsal raritní případ syfilitické proktitidy ze své praxe. Zdůraznil problémy s hodnověrností anamnézy pacientů v souvislosti s pandemií HIV. „S nálezem syfilitické proktitidy se v proktologii setkáváme zřídka, a to zejména ze dvou důvodů – nízká incidence a zcela necharakteristický obraz. Často bývá zaměňována za jiné afekce zánětlivé nebo nádorové etiologie a běžné bakteriologické, histologické či endoskopické vyšetření není pro její diagnostiku přínosné,“ uvedl doktor Ducháč ze svých zkušeností. Závěrem shrnul, že aktuálně

problematiky je podtržena statisticky potvrzeným nárůstem incidence všech sexuálně přenosných chorob i záchytem mnohem závažnějších forem onemocnění zejména v souvislosti s pandemií HIV. Tých autor přednesl sdělení na téma „Anální inkontinence: principy pozdní rekonstrukce po závažném porodním poranění“. Podal komplexní přehled principů rekonstrukce pánevního dna po závažných porodních poraněních s následkem anální inkontinence. Předložil čtyřleté zkušenosti, během kterých provedl celkem 14 odložených reparačních výkonů. Ze závěrů zkoumání vyplývá, že ke klinickému zlepšení došlo u dvanácti pacientek, u zbývajících dvou došlo ke kompletnímu selhání. Dvě pacientky byly revidovány pro malou funkci ileostomie. Ranná infekce nebyla zaznamenána. Jak řekl dále, inkontinence stolice jako následek porodního poranění je téměř vždy spojena s výrazným traumatem hráze a různým stupněm poškození zevního a vnitřního svěrače. Častým vedlejším nálezem je také poranění svalů pánevního dna a porucha vedení *n. pudendalis* či jeho terminálních větví. Terapeutickým ideálem porodního poranění je okamžitě a anatomicky správně ošetření poškozených struktur zkušeným proktologem, výjimečně porodníkem. Realitou je „bloková“ sutura poraněných tkání. Přehlednutí traumatu, komplikace hojení nebo jeho nesprávné ošetření jsou tak nejčastějšími příčinami poruch kontinence různého stupně.

MUDr. Ducháč vysvětlil základní princip operačního řešení: „Základním principem je předpoklad, že se až na výjimky nikdy nejedná o strukturální ztrátové postižení, ale pouze o rupturu a následný rozestup okrajů. Rekonstrukční výkon spočívá v anatomické identifikaci jednotlivých struktur, pečlivém odstranění jizevnatých tkání a jejich rekonstrukci. Začínáme vždy vnitřním svěračem, který alespoň plikujeme s cílem prodloužení análního kanálu. Pak rekonstruuje rektovaginální septum a na závěr provádíme sfinkteroplastiku. Vzhledem ke skutečnosti, že při epiziotomii je pravidelně přerušena bulbospongiozní sval a va-



Ředitel FN Brno MUDr. Roman Kraus, doc. Jozef Korček, prof. Jiří Hoch a doc. Tomáš Skříčka | Foto: archiv pořadatele

zy a svaly z dorzální strany ohraničující urogenitální membránu, snažíme se i o korekci tohoto defektu s obnovením či posílením centra perinea. U prvních jedenácti pacientek jsme vždy připojili ileostomii. Poslední tři plastiky již byly provedeny bez derivační stomie. Výkony jsou vždy prováděny ve spolupráci proktologa, gynekologa a v případě potřeby i plastického chirurga. „Závěrem uvedl, že technika komplexní plastiky perinea, análního kanálu a svěrače je jistě další vhodnou metodou řešení anální inkontinence jako následku porodního traumatu. Otázkou zůstává nutnost založení pojistné ileostomie a indikace tohoto výkonu u pacientek s verifikovanou neurologickou lézí.

### Výsledky výzkumu z Brna

Novinku uvedl MUDr. Tomáš Grolich z Fakultní nemocnice v Brně Bohunicích. Transanální totální mezorektální excize. Autor této bohatě dokumentované přednášky představil výsledky svého výzkumu, který proběhl na Chirurgické klinice LF MU a FN Brno v období od září 2013 do února 2015. V této době podstoupilo 20 pacientů operační výkon metodou transanální mezorektální excize. Šlo o pacienty s nízkou uloženými tumory po i bez neadjuvantní léčby, bez anamnézy poruchy kontinence. Výška tumoru byla stanovena rektoskopicky vzhledem k anokutánnímu přechodu. Soubor byl tvořen 13 muži a 7 ženami ve věku 49–81 let, ASA skóre III a IV bylo u 9 nemocných s rozptýlením BMI 22–36. Neoadjuvantní léčbu podstoupilo 16 pacientů, CHRT byla indikována u 14 z nich, z toho u 3 proběhla současně biologická léčba pro jaterní metastázu, u 2 polymorbidních pacientů byl zvolen krátký režim radioterapie. Medián odstupu léčby byl 8 týdnů, medián výšky tumoru byl 50 mm. MUDr. Grolich dále uvedl, že operace byla zahájena u 18 pacientů transanální fází. Břišní fáze byla provedena laparoskopicky

v 17 případech, dvakrát byla indikována konverze pro suspekci na prorůstání tumoru ventrálně a deserozaci tenké kličky. Medián délky výkonu byl 315 minut s krevní ztrátou 200 ml. U všech pacientů byla kompletně mobilizována lénální flexura s vysokým podvazem AMI a VMI. U všech pacientů byla založena protektivní ileostomie. U jednoho nemocného byla perianastomotická kolekce léčena antibiotiky, u jednoho pacienta byla provedena revize s drenáží hematomu, jeden pacient měl dokončenu amputaci rekta pro ischemii *colon descendens* a u dvou nemocných byla pro propuštění identifikována píštěl v anastomóze a byla hojena lokální léčbou. Ranná infekce nebyla popsána. U jednoho pacienta byla nutná transpozice ileostomie pro recidivující absces. Medián pooperační hospitalizace včetně komplikovaných pacientů činil 11 dní. Cirkumferentní okraj byl v 95 % případů negativní. Distální resekcí okraj, měřený patologem, byl negativní vždy. Medián zisku uzlin byl 17. Funkční výsledek (hodnocen Wexnerovým dotazníkem) u 10 pacientů po destomizaci byl po 3, 6 a 12 měsících s mediánem 15. S výsledkem operace bylo plně spokojeno 6 pacientů, 4 pozorovali zlepšení funkce. V době dotazování žádný pacient neuvedl, že by při stejné operaci preferoval stomii. „Dle našich ročních zkušeností transanální mezorektální excize nabízí pacientům s velmi nízkou uloženými tumory rekta, kteří preferují sfinkter záchovný výkon, vhodnou alternativu amputace rekta. Perioperační výsledky odpovídají výsledkům resekcí dolního rekta. Funkční výsledky v ročním odstupu vykazují za spolupráce se specializovaným rehabilitačním pracovníkem tendenci ke zlepšení od pooperačního stavu a jsou většinou pacientů vnímány pozitivně. Všichni naši pacienti by po ročním odstupu opět preferovali tento typ výkonu. Dlouhodobé onkologické výsledky zatím nelze získat,“ shrnul MUDr. Grolich.



Závěrem uvedl, že teprve budoucnost ukáže, zda se u nízko uložených nádorů konečnicku tento postup stane zlatým standardem.

### Hlasy ze zahraničí

Přednosta Chirurgické kliniky FN Nitra doc. MUDr. Jozef Korček, Ph.D., pojednal o významu diagnostiky poruch vedení pudendálního nervu – PN TML. V bohaté diskusi byla tato metodika zpochybněna. Diskutující se shodli na závěru, že pokud ale jsou výsledky, je nutné je respektovat. Tentýž autor pokračoval užitím metody *stapled trans-anal rectal resection* (S.T.A.R.R.) „tak trochu ináč“. Staplerová transanální resekce rekta je podle něj indikována u obstrukčního defekčního syndromu způsobeného rektokélou, enterokélou a intususcepcí. Rovněž o této přednášce se bohatě diskutovalo. O případu divertikulózy tenkého střeva referovala MUDr. Jaroslava Hrabcová z chirurgického oddělení Nemocnice Ivančice. Upozornila na obtížnost diagnostiky a zákeřnosti následků perforace Grasserova divertiklu. V dalším sdělení hovořila o případu tupého poranění břicha a perforace tenkého střeva.

Popsala případ staršího muže a obtížnost diagnostiky tohoto vzácného poranění.

Historický exkurz přednesl šéfchirurg Onkologického ústavu ve Sremské Kamenici profesor Milan Breberina z Nového Sadu. Hovořil o přínosu českých lékařů v začátcích srbské medicíny (Pacek, Mašín, Valenta, Holec, Mihel, Záhoř, Hlava, Jedlička, Bouček, Hering, Čihák, Albert, Zach). Podle reakcí z publika šlo o velice poutavé vyprávění, z něhož vyplývá, že máme být na co hrdí.

MUDr. Otakar Sotona z Chirurgické kliniky FN Hradec Králové pohovořil o konvenčních a nekonvenčních operacích hemoroidů. Zdůraznil nutnost „šit operaci na míru“ pacientovi. Představil nejmodernější postupy, jako jsou LHP (*laser haemorrhoidoplasty*) či THD (*transanal haemorrhoidal dearterialisation*) a další.

### Recidivy po staplerové resekci

Tématem *ulcus simplex recti* se zabýval doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc., z proktologické ambulance Kosmonosy. Uvedl, že tento vřed se vyskytuje vzácně, nejčastěji jako dopro-

vod intususcepce či prolapsu rekta. Jediná bezpečná léčba podle něj spočívá v chirurgickém odstranění. „Základem diagnostiky je endoskopické vyšetření. Rektální vřed se obvykle nachází na přední stěně rekta ve vzdálenosti 5–9 cm od análního okraje. Odběr biopsie má být proveden z okrajů defektu,“ uvedl přednášející a zdůraznil, že vždy je nutné odebrat větší počet vzorků. K definitivní diagnóze dospějeme na základě defekografie, kde nalezneme prolaps či intususcepci, a na základě hodnocení patologem. Endosonografie má jen pomocný charakter.

Obdobný morfologický i patologický nález je popisován jako výsledek opakované aplikace čípků s ergotaminem, které se používají při léčbě migrény. Pro nemocného může být tragická především záměna s karcinomem. „Při nejasném nálezu jsou nutné opakované biopsie a druhé čtení patologem,“ zdůraznil proktolog a dále uvedl, že konzervativní léčba (deriváty ADA) je většinou neúspěšná. „K vyhojení léze také obvykle nevede ani lokální ošetření. Ošetření vředu excizí, argonovou plasmatickou koagulací či laserem má obvykle jen dočas-

ný efekt. Vzniká začarovaný kruh – excize, recidiva, další excize... Pokud při dynamické defekografii najdeme intususcepci nebo rectocele, je nutná chirurgická léčba. V závislosti na velikosti defekografického nálezu volíme transanální staplerovou resekci rekta nebo rektopexi, případně ve spolupráci s gynekologem zadní vaginální plastiku,“ uzavřel docent Horák.

Doc. Horák byl autorem i dalšího sdělení, které se zabývalo recidivou po Longově operaci hemoroidů. Uvedl kazuistiky ze svých zkušeností s touto metodou. Uvedl řadu odstraňujících případů, kdy se může metoda v rukou „odborníků“ stát velice nebezpečnou a mutilující operací. V České republice je staplerová resekce v léčbě hemoroidů, ne zcela správně nazývaná Longova metoda, jak docent Horák podotkl, poměrně masivně uplatňována v chirurgické praxi od roku 2000. Jak řekl, v indikaci k léčbě hemoroidů III. stupně u nás panuje všeobecná shoda. „Na téma komplikace tohoto postupu lze nalézt některá kazuistická sdělení. Po 15 letech od zavedení výkonu do klinické praxe bychom měli mít i údaje o výskytu recidiv hemoroi-

dální nemoci. O recidivách a jejich počtu se bohužel dozvídáme pouze v kuloárech. Longova metoda je ovšem dle údajů v zahraničním písemnictví zatížena vyšším počtem recidiv,“ uzavřel.

Doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc., z NCA – Kephars Brno přednesl zkušenosti z Indie, Srbska a s vlastní léčbou více než 40 tisíc pacientů s hemoroidální nemocí. Spolupřítelny byli srbský chirurg prof. MUDr. Vladimír Čuk z Bělehradu a dr. Pravin J. Gupta z indického Nagpuru.

Autoři analyzovali případy 26 947 pacientů s hemoroidy, s nimiž se za posledních dvacet let setkali ve svých ordinacích. Cílem jejich práce je ukázat na základě vlastních zkušeností, že až 95 % pacientů lze léčit konzervativně a semiinvasivně ambulantně. Práce klade důraz na dokonalou anamnézu a klinické vyšetření včetně anoskopie. V indikovaných případech je vždy třeba vyšetření doplnit o koloskopii či sigmoidoskopii. Při léčbě je důležitý individuální postup, který je optimální pro daného pacienta, jak zdůraznil přednášející v závěru svého vystoupení.

Markéta Mikšová

Inzerce M151000445



## Loana a Lonaris je výrobní značkou kompresivních produktu s nejdelší tradicí na českém a slovenském trhu. Jsme také výrobcem ponožkového sortimentu se speciální úpravou, například proti klíšťatům nebo s vůní včetně antibakteriální úpravy se stříbrem. Obchodní zastoupení nám zajišťuje firma **Pobtex s.r.o.**



ponožky s vůní



ponožky pro diabetiky



ponožky proti klíšťatům



ponožky proti únavě



ponožky ENERGY



ponožky pro teple nohy




www.pobtex.cz  
www.loana.cz



## ODBORNÉ AKCE

# XXXIV. dny mladých internistů České republiky a Slovenska v Olomouci

Ve dnech 4.-5. června 2015 se v Olomouci konaly XXXIV. dny mladých internistů České republiky a Slovenska.

Odborný program byl organizován pod patronací České internistické společnosti ČLS JEP (ČIS), Slovenskej internistickej spoločnosti (SIS) a pod záštitou děkana LF UP Olomouc, ředitele FN Olomouc a Spolku lékařů JEP v Olomouci. Organizace kongresu se tradičně ujala III. interní klinika - NRE LF UP a FN Olomouc, která se v pořadatelské věci střídá s I. interní klinikou FN a Jesseniovy Lékařské Fakulty v Martině. Garantem setkání byl přednosta kliniky prof. MUDr. Josef Zdražil, CSc., koordinátorem konference prof. MUDr. Pavel Horák, CSc. Organizaci zajišťovalo Konferenční centrum UP. XXXIV. dnů mladých internistů se účastnilo kolem 120 mladých lékařů s 94 příspěvků, z toho 39 příspěvků pocházelo ze slovenských pracovišť. Odborný program byl rozdělen do 12 dílčích bloků dle tematické příspěvků a probíhal v posluchárnách Teoretických ústavů LF UP formou dvou paralelních sekcí. Aktivní účastníci setkání měli po oba dny velmi náročný odborný

program. Zazněla řada tematických prací, zajímavých kazuistik i přehledů. Ve všech sekcích panovala přátelská atmosféra a do diskuse se zapojila řada mladých internistů.

Na závěr pátečního programu byly uděleny i hlavní ceny. Rozdělení cen nebyl vzhledem k vysoké úrovni velké části prezentací jednoduchý úkol. Ceny předsedů České a Slovenské internistické společnosti představovaly delegaci na Zimní školu mladých internistů EFIM.

### Oceněná sdělení

#### Účastníci z ČR:

- 1. cena - Cena předsedy České internistické společnosti Jeřábek Š. et al., II. interní klinika kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN, Praha, ČR: *Korelace indexu IFR s hodnotou frakční průtokové rezervy koronárního řečiště*
- 2. cena Cibičková L. et al., III. interní klinika - NRE LF UP a FN Olomouc, ČR; *Vysocespecializovaný odborný*

ústav geriatrický sv. Lukáše v Košicích, n. o., Košice, SR; oddělení klinické biochemie, FN Olomouc, ČR: *Srovnání stanovení apolipoproteinu B výpočtem a přímým měřením na souboru dyslipidemických pacientů*

#### ● 3. cena

Pöpperlová A. et al., I. interní klinika LF UK a FN Plzeň, ČR; Biomedicínské centrum LF UK v Plzni, ČR; Hematoonkologické odd. LF UK a FN Plzeň, ČR: *Vliv icodextrinového a glukózo-bikarbonát/laktátového PD roztoku na buněčnou populaci dialyzátu a na hladiny markerů biokompatibility IL-6 a Ca125 u incidentních peritoneálně dialyzovaných pacientů*

#### Účastníci ze SR:

- 1. cena - Cena předsedkyně Slovenskej internistickej spoločnosti Samoš M. et al., I. interná klinika UN a JLF UK, Martin, SR, Národné centrum trombózy a hemostázy, Klinika hematológie a transfúziológie UN a JLF UK, Martin, SR; Hemomediaka, a. s., Centrum trombózy a hemostázy, Martin, SR: *Relevantné výsledky riešenia grantu*



Závěr XXXIV. dnů mladých internistů patřil společné fotografii na schodech teoretických ústavů LF UP. | Foto: archiv autora

SKS 2012-2015: „Využitie rotačnej tromboelastometrie při monitorovaní účinnosti antiagregačnej liečby u pacientov s akútnym STEMI“ na I. internej klinike JLF UK a UNM v Martine

zistentné peptické vedy a endokrinne aktívne nádory gastrointestinálneho traktu

Setkání bylo uzavřeno předáním cen a zhodnocením konference hlavním garantem prof. Josefem Zdražilem a organizátorem příštího ročníku Dnů mladých internistů prof. MUDr. Mariánem Mokánem, DrSc., který zároveň pozval všechny mladé lékaře k účasti na XXXV. dnech mladých internistů pořádaných I. internou klinikou Jesseniovy LF UK v Martine v příštím roce.

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc., III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

## Konference neurinomu akustiku

Nejvýznamnější světovou událostí týkající se neurinomu akustiku (vestibulární schwannom) v roce 2015 byla 7. mezinárodní konference neurinomu akustiku (NA), která proběhla na jaře v Šanghaji.

Léčba NA patří k nejprestižnějším otorinolaryngologickým, neurochirurgickým, stereoradiologickým (SR) a dalším disciplinám s množstvím nevyřešených otázek. Od roku 1991 je proto tato celosvětová konference pořádána každé 4 roky.

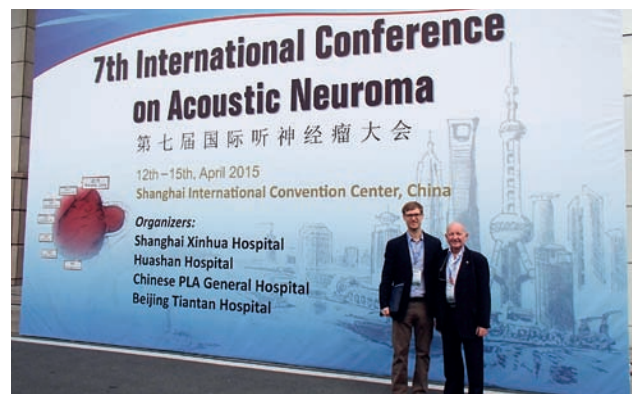
### Pestrost témat

Letošního ročníku se zúčastnilo více než 600 řečníků z celého světa. Vyváženě byly zastoupeny základní výzkum i všechny diagnostické a léčebné metody reprezentované ORL chirurgy, neurochirurgy, stereoradiologické, neurofyziology, plastickými a rekonstrukčními chirurgy atd. Na konferenci zazněla témata, jako jsou zachování funkce lícinního nervu a sluchu po radikálních operacích NA a SR, genetika a strategie léčby NF2, osobní zkušenosti s více než 4000 NA operovanými

retrosigmoideálně nebo translabirintálně, peroperační monitorace sluchu a funkce lícinního nervu, klasifikace NA a léčba gigantických NA, sluchové protézy do kmene a středního mozku, recidivy NA po mikrochirurgii a po SR. Kromě problematiky NA se probíraly také patologie lební baze, zadní lební jámy a pyramidy, např. chemodektomy a maligní procesy.

### Žádná tabu

V diskuzi nebylo žádné téma tabu. D. Moffat s kolektivem z Cambridge při dlouhodobém sledování přirozeného chování NA prokázal, že 32 % nepředvídatelně roste, ale 61 % neroste, a dokonce 7 % involvuje. To vrhá zcela nové světlo na strategii léčby. Léčba malých nádorů ve vyšším věku operací a zejména metodou SR je zbytečná. M. Samii



Panel kongresu: MUDr. Martin Chovanec a prof. Eduard Zvěřina | Foto: archiv autora

léčbu velkých NA 3. a 4. stupně metodou SR s pokračujícím růstem nádoru a hydrocefalem, řešeným zkratovými operacemi a chronickým podáváním kortikoidů, vedoucím ke Cushingoidnímu syndromu, neoznačil jaké léčbu, ale přímo jako „criminal

act“. Radikální operace je vyléčí. Symposia o NF2 prokázala nezástupidelnou roli bevacizumabu. Konference opakovaně zdůraznila, že NA je nutno koncentrovat do center. Při incidenci několika pacientů ročně nelze dosahovat odpovídajících výsledků.

### České zastoupení

Za Českou republiku se zúčastnili MUDr. Martin Chovanec a prof. Eduard Zvěřina s kolektivem prof. MUDr. Jana Betky, DrSc., z Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol. Ve svých sděleních vycházeli z analýzy více než 400 operovaných. Jejich tématy byly: Mikrochirurgie NA versus SR, Schwannomy foramen jugulare, Jak po operacích NA zabránit infekčním komplikacím, NA a vestibulární funkce, Význam video-endoskopie při operacích NA, NA a tinitus, Intrateporální přístup k posterolaterálním patologiím lební baze.

O pořádání 8. mezinárodního kongresu NA 2019 se ucházelo 7 zájemců, mezi nimi také Praha. Vyhrála Mayo Clinic School of Medicine, Rochester, MN, USA.

Více informací najdete na: [www.2015an.com](http://www.2015an.com).

Abstrakta a literatura u autora

Prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc., FCMA, [ezverina@seznam.cz](mailto:ezverina@seznam.cz)



# 3. kongres Evropské ORL-HNS

Mezinárodní kongres zaměřený na problematiku otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku proběhl ve dnech 7.–11. června v Praze.

Kongresu se účastnilo 3739 odborníků ze 104 zemí světa. V 16 paralelních sekcích zaznělo přes 1400 hlavních přednášek a 500 volných sdělení, proběhlo 110 edukačních kurzů, diskutovalo se u 120 kulatých stolů. Příspěvky zde odpřednášelo kolem 1000 řečníků a prezentováno bylo 1000 posterů. Poprvé v historii bylo zorganizováno 12 kulatých stolů ve spolupráci s Americkou akademií ORL a HNS. Novinky z oboru představily také firmy v průběhu 8 satelitních symposií. Mezi pozvané země patřily i Austrálie, Kolumbie, Kazachstán, Jižní Afrika, Thajsko a Vietnam. Záštitu nad 3. evropským kongresem Konfederace a Evropské ORL a chirurgie hlavy a krku poskytl prezident České republiky Miloš Zeman.

„Šlo o nejvýznamnější mezinárodní kongres našeho oboru v letošním roce a je to vůbec poprvé, kdy byla akce organizována novou konfederací, sjednocují-

cí Evropskou akademii ORL-HNS a konfederaci evropské ORL-HNS – EUFOS,“ uvedl prezident kongresu, přednosta Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku I. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Jan Betka, DrSc., FCMA.

## Program kongresu

Kongres začal zkouškami evropské atestace, jichž se účastnilo 200 uchazečů z celého světa. Následovaly prekurzy zaměřené na chirurgii hrtanu, chirurgii rinobaze a baze lební a chirurgii ucha. Operační techniky demonstrovány na kadaverech byly snímány kamerami v Kongresovém centru Praha. Projekce byla pro účastníky s pomocí 3D zobrazení.

Opening ceremony byla provázena Dvořákovou Novosvětskou v podání Filharmonie Hradec Králové, po níž následovala přednáška o genialitě a hluchotě hudebního skladatele Bedřicha Smetany, kterou připravil profesor Betka.

Samotný sjezd pokrýval celou oblast otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: otologii a neurootologii, rinologii, alergologii, laryngologii, nádory hlavy a krku, plastickou a rekonstrukční chirurgii obličeje, pediatrickou ORL, spánkovou medicínu a foniatrii. Z mnoha prezentovaných témat, která zde zazněla a jejichž podrobný popis přesahuje možnosti tohoto článku, jmenujme například management rakoviny hlavy a krku, otázky funkční direkce krku, management vestibulárních schwannomů, orbitální tumory, možnosti chirurgie baze lební, možnosti prevence a léčby presbykusie, kochleární implantace, problematiku tinnitu, zkušenosti s otoendoskopií, možnosti rinoplastiky, kontroverze tonzilektomie a adenoidektomie, komplikace rinosinusitid či inovativní terapii spánkové apnoe.

## Onkologická ORL

Významná část programu byla věnována zhoubným nádorům v ORL, o nichž se živě diskutovalo. „Přednášející se věnovali například nádorům orofaryngu, a to zejména ve vztahu k infekci lidským Paillomavirem. Tito pacienti tvoří zvláštní skupinu, jejich onemocnění má lepší prognózu než karcinomy u rizikových skupin – kuřáků a alkoholiků. Hovořili jsme mimo jiné o tom, zda by léčba pacientů s nádory orofaryngu způsobenými HPV infekcí neměla probíhat odlišně,“ vysvětluje profesor Betka.

Základní podmínkou úspěšnosti léčby zhoubných nádorů zůstává

časná diagnostika. Bohužel řada pacientů stále přichází k ORL specialistovi s pokročilým onemocněním. Na vině jsou přitom nejen sami pacienti, kteří oddalují návštěvu odborníka, ale i jejich lékaři. Spolupráce s terémem není podle prof. Betky někdy ideální a rezervy jsou zejména v systému zdravotní péče.

„Naopak u zhoubných nádorů štítné žlázy zaznamenáváme celosvětový trend nárůstu zachycených mikrokarcinomů. V současnosti diagnostikuje 2–4krát více časných stadií než před 10–15 lety, překvapivě však úmrtnost na tyto nádory zůstává stejná. V souvislosti s tím dochází k odklonu od radikality léčby. Současné *guidelines* rozdělují nádory štítné žlázy do třech skupin s tím, že málo a středně agresivní nádory se řeší převážně chirurgicky a jen agresivní karcinomy jsou indikovány k totální tyreoidektomii a léčbě radiojodem. V některých případech se dokonce mikrokarcinomy pouze sledují a neprovádí se ani parciální výkon,“ říká profesor Betka. O aktuálnosti tématu svědčí fakt, že se karcinomem štítné žlázy zabývalo 28 konferenčních panelů.

Dalším živě diskutovaným tématem byly nádory mostomozečkového koutu a možnost endoskopických přístupů v léčbě těchto nádorů.

## Terapie nádorů v ORL

K vývoji v oblasti chirurgické léčby nádorů hlavy a krku významně přispěl technický pokrok, především robotická či jinak mechanizovaná chirurgie, dále laserová chirurgie, endoskopické



Prof. Jan Betka | Foto: 2x Garant International

metody a možnosti monitorace průběhu operace. „V onkologické chirurgii se dnes uplatňují dvě cesty: radikální chirurgie se snahou o co nejmenší funkční poškození a radiochemoterapie, která je však spíše odsouvána do pozadí ve prospěch radikálních výkonů,“ popisuje prof. Betka.

Kromě chirurgie, radioterapie a chemoterapie se v otorinolaryngologii uplatňuje také cílená léčba a imunoterapie. „Cílená biologická léčba zlepšila prognózu mnohých nemocných a umožnila léčit i dříve neléčitelné případy. Zde je však potřeba zvažovat, co je racionální. Nejnovější léčebné modalit jako imunoterapie jsou sice k dispozici, ale jsou pro zdravotnické zařízení nesmírně nákladné, přičemž za stejnou cenu lze léčit větší množství pacientů tradičními a účinnými postupy,“ uzavírá profesor Betka.

MUDr. Andrea Skálová



Inzerce M151000667

Dovolujeme si Vás pozvat na

XXXII. KONFERENCI  
ČESKÉ SPOLEČNOSTI  
PRO HYPERTENZI

XXIV. KONFERENCI  
PRACOVNÍ SKUPINY  
PREVENTIVNÍ  
KARDIOLOGIE ČKS

XX. KONFERENCI  
PRACOVNÍ SKUPINY  
SRDEČNÍ SELHÁNÍ  
ČKS

1.–3. 10. 2015, MIKULOV

www.meritis.cz/mikulov2015





## POSTGRADUÁLNÍ AKADEMIE

# Aktuality v alergologii a imunologii

Symposium Aktuality v alergologii a imunologii, organizované Postgraduální akademií, proběhlo 3. června v pražské Žižkovské věži.

Podle odhadu trpí pětina světové populace alergickým onemocněním či astmatem. Výskyt alergických onemocnění vykazuje v Evropě rostoucí trend a není již omezen na specifickou sezónu nebo prostředí. Mezi příčiny tohoto stavu patří expozice celoročně působícím alergenům, vlivy výživy, změna životního stylu i změna imunologické reaktivity. Díky pokroku v laboratorní diagnostice a moderním terapeutickým postupům se pacientům otevírají nové léčebné a diagnostické možnosti. Komplementová molekulární diagnostika významně mění pohled



Doc. Vít Petrů | Foto: 2x archiv pořadatele

na složení alergenů, rozšiřují se i indikace biologické léčby (např.

omalizumab u chronické idiopatické urtikarie), imunoterapie některých nádrů přestává být záležitostí klinických oborů.

Podle údajů ÚZIS z roku 2014 je v České republice 427 pracovišť oboru alergologie a klinické imunologie. Nejen pro jejich pracovníky byly určeny příspěvky přednášejících – MUDr. Ireny Krčmové (Hereditární angioedém – diferenciální diagnostika), MUDr. Ester Seberové (Alergická rýma a její vztah k astmatu), MUDr. Lenky Sedláčkové (Diagnostika lékové alergie), doc. MUDr. Petra Kučery, Ph.D. (Mastocytóza a alergie), MUDr. Pavlínou Králičkové (Imu-



noglobulinová a substituční léčba u nemocných s primárními imunodeficity), MUDr. Lenky Povýšilové (První klinické zkušenosti s léčbou kombinací flutikason furoát/vilanterol v léčbě astmatu – kasuistiky), doc. MUDr. Jaromíra Bystroně, CSc. (Antihistamin-

ka a jejich užití v klinické praxi), MUDr. Martina Fuchse (Alergie na potraviny u kojenců a batolat), doc. MUDr. Víta Petřů, CSc. (Anafylaxe – život ohrožující alergie) a Jaroslavy Šimoníčkové (Adrenalinový autoinjektor v klinické praxi – workshop).

(red)

## Srdeční selhání – aktuality pro klinickou praxi

V rámci Postgraduální akademie proběhlo dne 18. 6. v Žižkovské věži symposium zaměřené na problematiku srdečního selhání. Součástí akce byl i křest stejnojmenné publikace, vydané v rámci edice Postgraduální medicíny vydavatelstvím Mladá fronta, a. s.

Chronické srdeční selhání je považováno za epidemii moderní doby. Odhaduje se, že mezi současnými čtyřicátníky bude v budoucnu tímto problémem postížen každý pátý. Je to důsledek prodloužení střední délky života i lepší léčby řady akutních stavů. S chronickým srdečním selháním se každodenně setkávají nejen kardiologové, ale také praktičtí lékaři, internisté a další specialisté.

### O čem je publikace

Publikace Srdeční selhání poskytuje ucelený a praktický návod jak postupovat u pacientů se suspektním nebo prokázaným srdečním selháním. Obsah knihy odráží mnohaletou zkušenost autorské-

ho kolektivu (z Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze, IKEM) s diagnostikou a léčbou všech stadií srdečního selhání, od akutních stavů po pokročilá a terminální formy. Logicky uspořádané kapitoly se věnují postupně klinické definici a obrazu srdečního selhání, mechanismům srdečního selhání a genetickému pozadí tohoto onemocnění, dále přibližují hlavní diagnostické metody počínaje zobrazováním a konče vyšetřením biomarkerů. Specifickou část tvoří akutní srdeční selhání a jeho dekompenzace a plicní hypertenze. Těžištěm knihy jsou pak různé léčebné metody, jejichž základem je farmakoterapie, ale stále častěji se uplatňují i nefarmakologické metody, od tradičních metod po srdeční resynchroni-

zační léčbu či implantaci kardioverteru-defibrilátoru v rámci prevence náhlé srdeční smrti. Významnou součástí léčby pacientů s arytmiemi je katetrizační ablace, která umožňuje prevenci rozvoje či řešení již nastalé dekompenzace srdečního selhání. Program mechanických srdečních podpor, který se rozvinul v posledních letech v IKEM, představuje specifickou oblast kardiologické medicíny a umožňuje překlenout období od srdeční dekompenzace po transplantaci u vážně nemocných pacientů. Problematika transplantace srdce a dlouhodobého sledování nemocných po tomto výkonu je důležitou součástí publikace. Transplantační program srdce byl v IKEM zahájen v roce 1984 a samotný výkon podstoupila již tisícovka pacientů. Optimalizace léčby není možná bez multidisciplinárního přístupu. O zkušenostech ze specializované ambulance se v této knize rovněž dočtete.



Prof. Josef Kautzner a prof. Vladimír Staněk při křtu knihy | Foto: 2x archiv pořadatele



Doc. Ivan Málek a doc. Vojtěch Melenovský

MUDr. Jan Kohoutek, novinkám ve farmakologii srdečního selhání MUDr. Miloš Kubánek, Ph.D. Vztahem srdečního selhání se zabýval MUDr. Adrian Reichenbach, novinky v léčbě arytmií a v srdeční resynchronizační léčbě představil prof. MUDr. Josef

Kautzner, CSc., o možnostech léčby pokročilého selhání se zaměřením na mechanickou srdeční podporu referovala MUDr. Markéta Hegarová. Stranou nezůstala ani již zmíněná transplantace srdce a potransplantační péče, o jejichž úspěších informovala MUDr. Lenka Hošková.

(red)

### Symposium

V rámci symposia se hlavní autoři publikace věnovali nej důležitějším aspektům uvedené problematiky. Se základními fakty o srdečním selhání seznámil doc. MUDr. Vojtěch Melenovský, CSc., akutnímu srdečnímu selhání se věnoval



Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Postgraduální akademie pokračuje sympozii věnovanými nefrologii (září 2015), hematologií (listopad 2015) a gastroenterologií a hematologií (prosinec 2016). Více informací a přihlášky na uvedené akce naleznete na stránkách ČLK: [www.clkcr.cz](http://www.clkcr.cz)



# Novinky v revmatologii

Odborné sympozium Postgraduální akademie, tentokrát zaměřené na novinky v revmatologii, se konalo 19. června tradičně v Žižkovské věži v Praze.

**R**evmatologie je v současnosti díky novým diagnostickým i léčebným možnostem „oborem na vzestupu“. Tento vzestup je dán i rozvojem souvisejících oborů – biochemie a imunologie. Zavedení

rutinního vyšetření řady nových imunologických parametrů posunulo významným způsobem diagnostiku zánětlivých revmatických chorob do jejich časnějších stadií. Současně se významně rozšířily zobrazovací možnosti

– standardní radiogram je doplňován ultrazvukem, a to přímo v ordinaci revmatologa či u lůžka pacienta. Častěji je v posledních letech používána i magnetická rezonance, která má význam zejména včasné diagnostiky sakroiliitidy nebo postižení páteře u séronegativních spondyloartritid.

Pro jednotlivé revmatické choroby byla v posledních letech publikována nová klasifikační kritéria a doporučené postupy. Ke stanovení aktivity onemocnění se využívají metody hodnocení, které umožňují identifikovat pacienty vhodné pro intenzivnější léčebnou intervenci, ať už se jedná o nasazení syntetických či biologických, chorobu modifikujících léčiv, jejich kombinací či glukokortikoidů. V praxi se u mnoha revmatických onemocnění stále častěji uplatňuje princip „*treat to target*“, léčba k cíli, jejímž smyslem je dosažení remise nebo nízké aktivity nemoci. Z těchto

principů vycházejí i doporučení EULAR pro léčbu revmatoidní artritidy, publikovaná v roce 2010 a aktualizovaná v roce 2013. Aktualizovat *guidelines* pro léčbu revmatických chorob se snaží i Česká revmatologická společnost ČLS JEP.

Využití biologické léčby v posledním desetiletí znamenalo zásadní předěl nejen v léčbě závažných forem revmatoidní artritidy, juvenilní idiopatické artritidy, ankylozující spondylitidy či psoriatické artritidy, ale také v terapii systémového *lupus erythematoses* a osteoporózy. Do terapie vstupují i první *biosimilars*, která mohou pozitivně ovlivnit vysokou cenu biologické léčby.

Těmto tématům byly věnovány i příspěvky přednášejících, jimiž byli doc. MUDr. Petr Němec., Ph.D. (Biologická léčba revmatoidní artritidy), MUDr. Andrea Smrzová, Ph.D. (Digitální ulcerace u systémové sklerodermie), prof. MUDr. Pavel Horák, CSc. (Doporučení ČRS pro diagnostiku a léčbu systémového *lupus erythematoses*), MUDr. Martina Skácelová (Ultrazvuk v diagnostice a sledování nemoc-



Prof. Karel Pavelka

ných se zánětlivými revmatickými chorobami), MUDr. Jiří Štolfa (Biologická léčba pokročilé formy psoriatické artritidy), prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc. (Současný koncept diagnostiky a léčby spondyloartritid), prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc. (Význam stanovení autoprotilátek u autoimunitních revmatických chorob), MUDr. Martin Žurek, Ph.D. (Borreliová artritida) a MUDr. Zdeněk Fojtík, Ph.D. (Revmatická polymyalgie a obrovskobuněčná arteriitida). (red)



Prof. Jiří Vencovský | Foto: 2x archiv pořadatele

# Novinky v pneumologii

Další z akcí Postgraduální akademie bylo odborné sympozium Novinky v pneumologii, které proběhlo 24. 6. 2015 v Žižkovské věži v Praze. Odbornou garanci poskytla přednostka Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

**P**neumologie zaznamenala v posledních letech řadu zásadních proměn. Jejich důsledkem je možnost větší specializace uvnitř odborností souběžně s velkým přesahem do jiných oborů prostřed-

nictvím vstřebávání poznatků z patofyziologie, imunologie, mikrobiologie, biologie a genetiky. Role pneumologie je zcela zásadní při řešení obstrukčních plicních procesů, jakými jsou chronická obstrukční plic-

ní nemoc (CHOPN) a bronchiální astma, respiračních zánětů včetně pneumonie, nitrohrudních nádorů i traumat hrudníku. Pneumolog je také rozhodujícím odborníkem pro prevenci, diagnostiku a dispenzarizaci tuberkulózy, která bude naši civilizaci ohrožovat ještě dlouhý čas.

V souvislosti s pneumologií nelze nezmínit karcinom plic – nejčastější příčinu úmrtí na zhoubný nádor. Ukazuje se, že významným přínosem v léčbě pacientů s tímto onemocněním může být imunoterapie, i když v této oblasti zůstává mnoho nezdopovězených otázek a nové léčebné postupy, které posilují imunitní systém v boji proti rakovině plic, jsou předmětem probíhajících výzkumů.

Uvedeným tématům se věnovali přednášející – prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc. (Karcinom plic

v roce 2015), MUDr. Viktor Kašák (*Asthma bronchiale* v roce 2015), doc. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D. (Intersticiální plicní procesy v roce 2015), MUDr. Zuzana Perná (Výsledky léčby závislosti na tabáku), prof. MUDr. Miroslav Mareš, CSc. (Chronická obstrukční plicní nemoc v roce 2015) a MUDr. Jiří Wallenfels (Tuberkulóza v České republice a ve světě).



(red) MUDr. Viktor Kašák



Prof. Jana Skříčková | Foto: 2x archiv pořadatele



Postgraduální akademie



Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína. Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Postgraduální akademie pokračuje sympozii věnovanými nefrologii (září 2015), hematologii (listopad 2015) a gastroenterologii a hematologii (prosinec 2016). Více informací a přihlášky na uvedené akce naleznete na stránkách ČLK: [www.clkcr.cz](http://www.clkcr.cz)



## POSTGRADUÁLNÍ AKADEMIE

# Novinky v kardiologii

V souvislosti s vydáním nového knižního titulu *Mladé fronty Novinky v kardiologii 2015* uspořádala Postgraduální akademie 25. června v pražské Žižkovské věži odborné sympozium věnované touto tématu.

**E**dukační publikace *Novinky v kardiologii 2015* vznikla pod edičním vedením prof. MUDr. Miloše Táborského, CSc., přednosty I. interní kliniky kardiologické FN Olomouc. Kniha reflektuje současný dynamický vývoj oboru v pěti přehledných

částech. Jsou věnovány novým doporučením Evropské kardiologické společnosti, ischemické chorobě srdeční včetně aktuálního pohledu na strategii antiagregační léčby po infarktu myokardu s využitím nových molekul, výraznému rozvoji možnosti kombinované léčby hypertenze, tromboembolismu (jedné z nejvíce diskutovaných oblastí kardiologie s výrazným přesahem do dalších oborů), srdečnímu selhání, léčbě pacientů s vrozenými srdečními vadami, managementu vzácných onemocnění a novinkám v léčbě plicní arteriální hypertenze.

Při zvažování koncepce knihy byly osloveny významné osobnosti české kardiologie – je tedy nejen shrnutím novinek v oboru, ale také příkladem vzájemné spolupráce řady odborníků napříč českou kardiologií a kardiocentry.

### Sympozium

V duchu knihy bylo koncipováno i sympozium *Novinky v kardiologii*, na kterém byla kniha slavnostně pokřtěna a v jehož rámci prezentovali své příspěvky prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc. (Nová perorální antikoagulancia – kdy, komu a jak?), doc. MUDr. Petr Ošťádal, Ph.D. (Extrakorpórní resuscitace), doc. MUDr. Debora Karetová, CSc. (Léčba žilní trombózy v roce 2015 – praktické aspekty), prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc. (Akutní plicní embolie – diagnostika a léčba), MUDr. Hana Skalická, CSc. (Nekardiální chirurgie u pacientů s kardiiovaskulárními onemocněními), doc. MUDr. Martin Hutýra, Ph.D. (Současná strategie protidestičkové léčby u pacientů po infarktu myokardu), prof. MUDr. Josef Kautner, CSc. (Kdy správně



Prof. Miloš Táborský | Foto: 2x archiv pořadatele

indikovat pacienta ke katetrační ablacii fibrilace síní) a prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc. (Doporučené

postupy pro diagnostiku a léčbu pacientů s hypertrofickou kardiomyopatií).

(red)



Prof. Aleš Linhart

Inzerce M151000665



Postgraduální akademie



Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu *Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s.*, divize *Medical Services*. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Postgraduální akademie pokračuje sympozii věnovanými nefrologii (září 2015), hematologii (listopad 2015) a gastroenterologií a hematologií (prosinec 2016). Více informací a přihlášky na uvedené akce naleznete na stránkách ČLK: [www.clkcr.cz](http://www.clkcr.cz)

**Bella Bohemia**  
s.r.o.  
member of TZMO GROUP  
generální partner

**OSTRAVA!!!**

hlavní partner

**dto**  
DTO CZ, s.r.o.

organizační garant

zveme vás na kongres

## XIX. GERONTOLOGICKÉ DNY OSTRAVA

*motto: SENIOR – AKTÉR DOBY aneb ABY STÁŘÍ BYLO PĚKNÉ*

14. – 15. října 2015

/program pro odbornou veřejnost/

16. října 2015

/program pro laickou veřejnost/

v Domě kultury města Ostravy

pod záštitou

Tomáše Macury, primátora statutárního města Ostravy a Svatopluka Němečka, ministra zdravotnictví ČR

Cena osobnostem pod záštitou

Miroslava Nováka, hejtmana Moravskoslezského kraje

KONGRES JE REALIZOVÁN S FINANČNÍ PODPOROU STATUTÁRNÍHO MĚSTA OSTRAVA





# Diabetes mellitus a oko

Postižení oka patří mezi nejčastější chronické komplikace diabetu mellitu (DM) a ve své nejzávažnější podobě může vést až ke ztrátě zraku. Diabetická retinopatie a makulopatie jsou vedle věkem podmíněné makulární degenerace hlavní příčinou získané slepoty dospělých a současně nejčastější příčinou slepoty u lidí v produktivním věku.

V roce 2012 bylo v ČR podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky léčeno na DM 841 tisíc osob (tj. 8 % populace) a s diabetickou retinopatií bylo registrováno 100 662 osob (tj. 12 % všech diabetiků). Proliferativní formu diabetické retinopatie mělo 25 % osob s diabetickou retinopatií a registrováno bylo 2230 slepých diabetiků, tedy 0,3 % diabetické populace.

Oční postižení při cukrovce se projevuje celou škálou příznaků. Kolísání hladiny krevního cukru v krvi a změny v čočce při špatné kompenzaci diabetu mohou vést k přechodnému vzniku či zhoršení refrakční vady a nemocní si stěžují na ataky rozostřeného vidění. Někdy může být prvním příznakem diabetického postižení očí dvojitě vidění v důsledku diabetické neuropatie okohybných nervů. U diabetických pacientů dochází (v důsledku zvýšené hladiny sorbitolu a dalších metabolitů aldózoreduktázové přeměny glukózy v čočce) dříve než v ostatní populaci ke zkalenění čočky a nutnosti operace katarakty. Diabetická neuropatie postihující zrakový nerv se projeví jeho částečnou atrofií a v případě zorného pole, snížením kontrastní citlivosti i zrakové ostrosti. Ischemie a hypoxie sítnice vedoucí ke tvorbě vazoproliferativních faktorů může mít za následek nejen vznik neovaskularizací na sítnici, ale i na duhovce a v komorovém úhlu. Krvácením, exsudací bílkovin a srůstáním komorového úhlu se zhoršuje odtok komorové tekutiny a dochází ke zvýšení nitroočního tlaku a ke vzniku často velmi bolestivého sekundárního neovaskulárního glaukomu. Nejčastějším očním projevem provázejícím DM je ale vznik diabetické retinopatie a makulopatie.

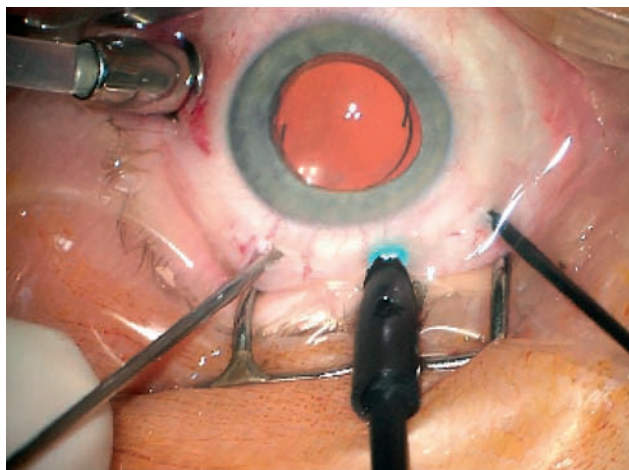
## Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie (DR) je mikrovaskulární a neurodegenerativní onemocnění, které vede k funkčním a strukturálním změnám všech buněčných struktur sítnice. DR je závažnou komplikací diabetu a vzniká na podkladě specifických morfologických změn, které jsou důsled-

kem metabolické poruchy u nemocných s DM. Mezi rizikové faktory vzniku DR patří doba trvání diabetu, chronická hyperglykemie, hypertenze a přítomnost nefropatie. U nemocných s DM 1. typu jsou přítomny známky DR do 2 let po záchytu u 2-7 % nemocných, po 10 letech trvání nemoci má již DR 50 % nemocných a po 20 letech trvání nemoci má DR více než 75 % nemocných, z toho u více než čtvrtiny se vyskytuje nejzávažnější, proliferativní forma diabetické retinopatie. Jiné je to u nemocných s DM 2. typu - zde je do 2 let po záchytu přítomna DR již u více než 20 % nemocných a není výjimkou, že je DM 2. typu diagnostikován na základě přítomné DR právě až po vyšetření očním lékařem. Po desetiletém trvání DM je incidence DR u obou typů diabetu stejná. Přestože se etiopatogeneticky DM 1. a 2. typu liší, je zřejmé, že společným faktorem zodpovědným za vznik a rozvoj DR je kolísání hladiny cukru, především hyperglykemie.

V důsledku hemodynamických, reologických a strukturálních změn v sítnicové mikrocirkulaci dochází postupně k vzestupu kapilární permeability, k obliteraci kapilár a ke vzniku oblastí kapilární neperfuze. Tyto oblasti se u DM 1. typu predominantně lokalizují ve střední periférii sítnice, u DM 2. typu pak v oblasti zadního pólu oka. Chronická sítnicová hypoxie je stimulem k novotvorbě cév v sítnici a podél zadní plochy sklivce. Významnou složkou ovlivňující DR jsou změny retinálního pigmentového epitelu a neurodegenerativní změny nervových a gliálních buněk sítnice.

Na základě dynamiky sítnicových změn rozlišujeme neproliferativní DR a proliferativní DR. Neproliferativní DR je charakterizována přítomností mikroaneurysmat, hemoragií, flebopatií, jsou přítomny intraretinální mikrovaskulární abnormality a vatovitá ložiska. U proliferativní diabetické retinopatie (PDR) jsou přítomny novotvořené cévy kdekoli na sítnici nebo na disku zrakového nervu často s účastí doprovodné fibrózní tkáně. Pokročil-



Obr. 3 Pars plana vitrektomie

lá PDR se kromě progresivního nálezů sítnicových a epiretinálních neovaskularizací s přítomností fibrózní tkáně projevuje dalšími komplikacemi, jakými jsou preretinální, retrovitreální a intravitreální krvácení, trakční odchlípení sítnice a neovaskularizace na duhovce.

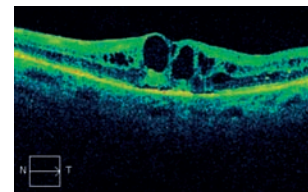
## Diabetická makulopatie, makulární edém (DME)

DME je samostatnou jednotkou diabetické retinopatie a může se vyvíjet v jejích různých stádiích. DME je zrak ohrožující komplikací diabetu a je nejčastější příčinou poruchy zraku a pacientů s neproliferující diabetickou retinopatií. Často se vyskytuje v její velmi časně fázi a v některých případech může dokonce rozvoji DR předcházet. Prevalence DME narůstá s délkou trvání DM, je přímo závislá na hladině glykovaného hemoglobinu (HbA<sub>1c</sub>) a přítomnosti nefropatie. Podle světových statistik se DME u diabetiků 2. typu vyskytuje již po 7 letech trvání DM u 20 % nemocných a po 20 letech trvání DM u 40 % těchto nemocných. U diabetiků 1. typu je výskyt DME s dobou trvání diabetu pozvolnější, ale po 25 letech trvání DM je i zde výskyt 40%.

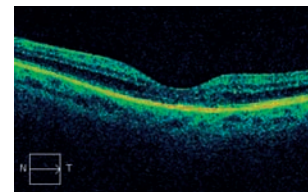
DME je definován jako retinální ztlusnění či přítomnost tvrdých exsudátů v dosahu 1 papilárního průměru (1500 mikronů) od centra makuly. Vzniká následkem zhroucení hematookulární bariéry a ve svém důsledku vede k akumulaci extracelulární tek-

liny, sítnicovému edému a obvykle i k ukládání proteinů a lipidů ve formě tvrdých exsudátů. Kvantitativní hodnocení funkce hemoretinální bariéry (HRB) pomocí fluorofotometrie sklivce prokázala poruchu HRB dříve, než jsou na sítnici klinicky viditelné kapilární uzávěry a mikroaneurysmata. Vznik DME je často potencován neodloučenou zadní hyaloidní membránou sklivce i bez zjevné trakce. Je známo, že u pacientů s odloučenou zadní hyaloidní membránou se DME vyskytuje zřetelně méně často.

DME dělíme na fokální, difúzní a cystoidní. Fokální DME je ohraničen na lokalizované oblasti ztlusnělé sítnice vyvolané únikem tekutiny z vaskulárních abnormalit, doprovázené výskytem tvrdých exsudátů. Difúzní DME je způsoben generalizovaným průnikem tekutiny z dilatovaných kapilár v perifoveolární oblasti a z hlubokého kapilárního řečiště. Vyskytuje se obvykle symetricky na obou očích a není provázen významnou exsudací. Cystoidní DME doprovází zpravidla difúzní edém a je charakterizován prosakováním do transformovaných prostor v hlubších (nervových) vrstvách sítnice. Stupeň ischemického postižení u všech typů DME odhalí vyšetření fluorescenční angiografií (FAG) - rozšíření foveolární avaskulární zóny a zánik perifoveolární kapilární sítě svědčí pro ischemickou makulopatii a výrazně poškozuje zrakovou ostrost.



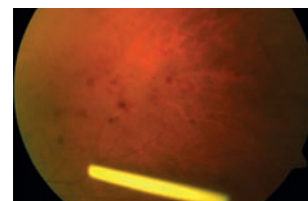
Obr. 2a Pacient s DME: OCT nález před anti-VEGF léčbou Lucentisem - centrální retinální tloušťka 527 µm



Obr. 2b Stejný pacient: OCT nález po 4 intravitreálních injekcích Lucentisu - centrální retinální tloušťka 214 µm

## Diagnostika

Ke stanovení diagnózy DR nebo DME je nutné biomikroskopické vyšetření sítnice na šterbinové lampě po předchozí farmakologické dilataci zornice. K vyšetření se používají bezkontaktní nebo kontaktní biomikroskopické čočky. Biomikroskopie je dostatečně citlivá metoda ke stanovení diagnózy DR nebo DME spádovým oftalmologem a je doporučena pro praktické účely screeningu. Takto by měli být vyšetřováni všichni diabetici.



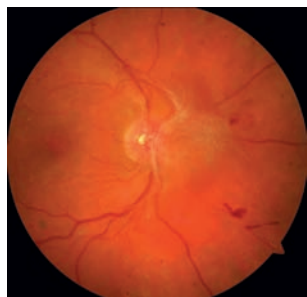
Obr. 1 Implantát Ozurdexu ve sklivci pacienta s DME

Doplňujícími vyšetřovacími metodami jsou fluorescenční angiografie (FAG) a optická koherenční tomografie (OCT). FAG identifikuje místa průsaku, vymezuje jejich rozsah a zobrazuje mikro- i makrovaskulární řečiště sítnice. FAG je indikována ke zjištění jemných neovaskularizací a k identifikaci foveální avaskulární zóny, jejíž rozšíření a nepravidelný tvar jsou signifikantní pro diabetický makulární edém. FAG vyšetření zpravidla indikujeme před laserovou koagulací diabetického makulárního edému.

Další důležitou metodou v diagnostice DME je OCT vyšetření. OCT je neinvazivní bezkontaktní technika, která nám poskytuje kvantitativní informace o tloušťce sítnice v makulární krajině. OCT je využíváno ke sledování anatomických změn v makule v čase a dává nám tak informaci o anatomické účinnosti léčby.



## TRENDY V OFTALMOLOGII



Obr. 4a Těžká forma PDR a DME – předoperační nálezy

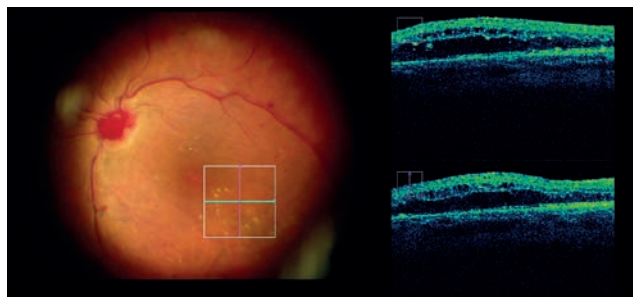
Detailně zobrazuje patologii vitreoretinálního rozhraní a napomáhá nám v rozhodování o indikaci k operační léčbě. OCT je také mnohem citlivější pro záchyt drobných změn intraretinálního ztlustění než biomikroskopie.

### Možnosti léčby DR a DME

Základním předpokladem úspěšné léčby očních komplikací diabetu je zajištění optimální kompenzace základního onemocnění diabetologem a aktivní oftalmologický screening. Včasné zjištění diabetu a jeho dobrá kompenzace obzvláště během prvních let onemocnění mohou rozvoj DR a DME oddálit a zpomalit. Pro stabilizaci DR a DME je nutná i dobrá kompenzace hypertenze a dyslipidemie, které diabetes často provázejí. Specifická farmakologická léčba očních komplikací diabetu neexistuje. Oftalmolog má k dispozici 3 základní možnosti léčby: laserovou koagulaci sítnice, chirurgickou léčbu – *pars plana* vitrektomií – a injekční intravitreální léčbu.

### Laserová koagulace sítnice

Laserová léčba je destruktivní metodou. Principem působení laseru je absorpce intenzivního světelného záření pigmentovými buňkami a přeměna světelné energie v tepelnou. Teplo pak koaguluje cílové buňky a okolní tkáň. Účinnost laserové léčby je preventivní a již ztracenou zrakovou ostrost laserová léčba většinou nevrátí. Efekt laserové fotokoagulace může být pacientem vnímán i negativně, ale je prokázáno, že včasné zahájení a správné provedení fotokoagulace snižuje riziko poklesu zraku a snižuje riziko přechodu do těžkých, proliferativních forem DR. Panretinální fotokoagulaci provádíme u těžkých forem neproliferativní DR a u počínajících forem proliferativní DR. Laserové ošetření makuly se liší podle typu makulárního edému. U fokálního DME indikujeme fokální, cílené laserové ošetření na pod-



Obr. 4b Peroperační OCT s detekcí DME u téhož pacienta – po odstranění fibrovaskulární proliferace z terče zrakového nervu

kladě angiogramu získaného při FAG vyšetření. Laserem ošetřujeme cíleně prosakující mikroaneurysmata a oblast fokálního edému. U difúzního edému volíme tzv. mřížkovou fotokoagulaci. Difúzní edém ale zpravidla na laserovou léčbu nereaguje a v současnosti je u tohoto typu edému preferována injekční intravitreální léčba.

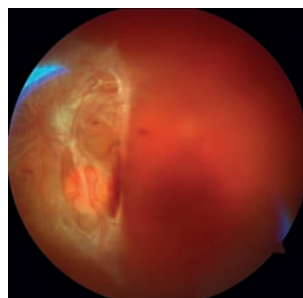
### Injekční intravitreální léčba

Tato metoda zažívá v oftalmologii v posledních letech ohromný rozvoj. V léčbě zrak ohrožujících makulárních edémů jsou stále častěji aplikovány protizánětlivé a antiangiogenní látky přímo do sklivce. Intravitreálně podávané kortikosteroidy inhibují expresi vaskulárního endoteliálního růstového faktoru (VEGF), přispívají ke stabilizaci hemoretinální bariéry a zároveň mají protizánětlivý účinek. Kortikosteroidy se podávají do sklivce buď přímo ve formě roztoku (triamcinolon), nebo ve formě biodegradabilních intravitreálních implantátů, které zajišťují pomalé a dlouhodobé uvolňování účinné látky do sklivce (dexametazon – přípravek Ozurdex, fluocinolon-acetonid – přípravek Iluvien).

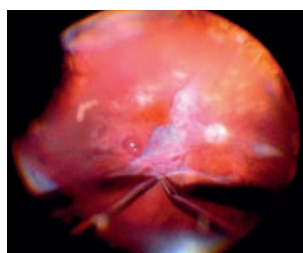
V současnosti se jako nejúčinnější léčba DME nereagujícího na laserovou fotokoagulaci jeví intravitreální aplikace léků působících proti VEGF. VEGF má zásadní význam pro rozvoj očních neovaskularizací, protože je nejsilnějším známým stimulatorem angiogeneze. Byla prokázána zvýšená koncentrace VEGF ve sklivci pacientů s vlhkou formou věkem podmíněné makulární degenerace (VPM), pacientů s proliferativní diabetickou retinopatií i u pacientů s DME. Použitím anti-VEGF protilátek jako léčebného prostředku se blokuje novotvorba cév a zároveň působí antiedematózně potlačení prosakování tekutiny z cév. Léky registrovanými v České republice pro použití v oftalmologii k podání do sklivce jsou v současné do-

bě ranibizumab (Lucentis) a aflibercept (Eylea). Neregistrovaným lékem pro použití v oftalmologii, přesto oftalmology často používaným v *off-label* léčbě, je bevacizumab (Avastin).

Do klinické praxe byly tyto anti-VEGF preparáty zaváděny postupně od roku 2006 zprvu pro léčbu VPM a na základě dobrých výsledků klinických studií následně i pro léčbu DME. Ranibizumab i aflibercept jsou jako centrové léky aplikovány pacientům při splnění indikačních omezení úhrady ve specializovaných centrech pro náklad-



5a Těžká forma PDR s hemoftalmem a peripapilární fibrovaskulární proliferací – nálezy před operací



5b Peroperační foto téhož pacienta – bimanuální preparace proliferací



5c Nálezy po operaci – odlesky způsobeny endotamponádou silikonovým olejem



Obr. 4c Nálezy po operaci

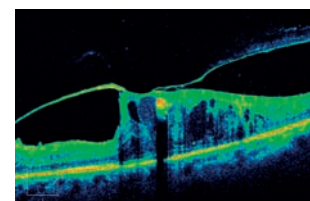
nou intravitreální injekční léčbu (zpravidla při všech fakulních nemocnicích). Indikační omezení úhrady anti-VEGF preparátů pro léčbu DME jsou následující: dobrá compliance pacienta a odpovídající diabetologické zázemí, aktuální hodnota HbA<sub>1c</sub> menší než 70 mmol/mol, doporučená hladina celkového cholesterolu nižší než 4,8 mmol/l, hladina sérového kreatininu nižší než 180 μmol/l, TK nižší než 140/90, doba trvání DME maximálně 2 roky a centrální tloušťka sítnice dle OCT 300 μm a více. Léčba je omezena na jedno oko a je zahájena u pacientů s DME, který je příčinou zhoršení zrakové ostrosti v rozmezí 6/12–6/30.

Ranibizumab je podáván jednou měsíčně do doby, kdy pacientova zraková ostrost je stabilní po tři po sobě jdoucí měsíci vyhodnocení. Léčba je ukončena, jestliže nenastane zlepšení zrakové ostrosti po podání prvních tří injekcí a dále v případě zhoršení zrakové ostrosti o více než 3 řádky ETDRS optotypu. Aflibercept je podáván ve třech úvodních měsíčních aplikacích a následně jednou za dva měsíce. Doba aplikace i podmínky ukončení léčby jsou shodné s ranibizumabem.

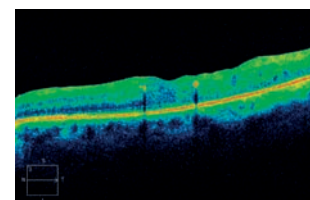
### Chirurgická léčba – *pars plana* vitrektomie (PPV)

Jedná se o mikrochirurgickou operaci sklivce a sítnice, jejímž principem je odstranění patologicky změněného sklivce, přerušování a odstranění vitreoretinálních proliferací, adhezí a membrán a provedení endolaserové fotokoagulace sítnice. PPV je indikována jak u proliferativních forem DR, tak u DME. Vitrektomie je v léčbě DME účinná nejen při přítomnosti vitreomakulární trakce, ale i tam, kde není přítomna deformace makuly. Efekt vitrektomie se vysvětluje jednak zlepšenou oxygenací sítnice u vitrektomovaných očí, jednak tím, že kompletní vitrektomie odstraní exces v produkci růstových faktorů s následným požadovaným vlivem na obnovu funkce hemoretinální barié-

ry. Peroperačním odstraněním vnitřní limitující membrány je navozena buněčná odpověď na úrovni Müllerových buněk, což hraje důležitou roli v regeneraci nervových vláken. Výkon je prováděn na specializovaných pracovištích.



6a OCT nálezy u pacienta s DME a pevným úponem zadní hypoidní membrány před operací



6b OCT nálezy u téhož pacienta po operaci – PPV s peelingem vnitřní limitující membrány a endotamponádou expanzivním plynem

Prevence vzniku i léčba očních komplikací diabetu zaznamenaly v posledních dvou desetiletích významný pokrok. Základním předpokladem úspěchu je odborná spolupráce diabetologů, internistů, praktických lékařů a oftalmologů. První vyšetření oftalmologem musí následovat bezprostředně po stanovení diagnózy DM a spolupráce by měla pokračovat i během aktivní dispenzarizace diabetiků s DR a DME. Zahájení intenzifikovaného režimu diabetologem může vést k akceleraci stávající retinopatie, které můžeme dobrou mezioborovou spoluprací předejít. Oftalmolog by měl mít údaje o celkovém stavu nemocných, zvláště o hladinách glykemie, HbA<sub>1c</sub>, kreatininu, systémovém krevním tlaku i hodnotách tukového metabolismu – a to nejen před zahájením léčby anti-VEGF preparáty. Stejně tak by měl mít diabetolog od oftalmologa údaje o očních postižení svých pacientů. Nezastupitelné místo v prevenci vzniku a vývoji diabetických očních komplikací má edukace nemocného a jeho aktivní spoluúčast. S novými léčebnými možnostmi, dobrou mezioborovou spoluprací a aktivním zapojením pacienta se lépe daří řešit oční postižení diabetiků.



# Počet nemocných s melanomem stále vzrůstá

Odborníci varují před nebezpečným slunečním zářením. Počet nových případů melanomu každoročně přibývá a za posledních 40 let stoupl sedminásobně. S diagnózou tohoto zhoubného kožního nádoru žije v ČR téměř 30 tisíc lidí. Dobrá zpráva je, že v časných stadiích choroby je nádor dobře léčitelný.

Mateřská znaménka i pihy jsou běžné kožní projevy, které se na kůži nacházejí od dětství, mohou ale přibývat i během dospělosti. Jejich zbarvení se zintenzivňuje UV zářením, k jiným změnám by u nich v dospělosti ale nemělo docházet. „Při nadměrném slunečním hrozi riziko poškození pokožky. U znaménka je třeba hlídat vzhled. Jakákoli změna, například vyvýšování, tmavnutí, rozptění znaménka do plochy, zarudnutí, krvácení či pocit svědění může signalizovat problém, který je třeba urychleně řešit s ošetřujícím kožním lékařem. Velmi důležité je provádění samovyšetření pokožky, nezapomínat na kstiči, podpaží, třísla, oblast intimních partií, oblast oka, nehty a sliznice a plošky nohou,“ upozorňuje revizní lékař České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP) MUDr. Jiří Řepišťák. Ta za loňský rok evidovala 8 tisíc pojištěnců s touto diagnózou a na jejich léčbu vynaložila 68 milionů korun. To je téměř o 17 milionů korun více než v roce 2013, kdy bylo s diagnózou zhoubného melanomu v ČPZP evidováno zhruba 7600 lidí.

## Prevence je důležitá

Melanomu, tedy velmi nebezpečnému typu rakoviny kůže, který rychle metastazuje, lze přitom při aktivním přístupu pojištěnců předjet. „S rakovinou kůže bojují čím dál mladší ročníky. Mno-

ho lidí podceňuje své problémy a nedbá dostatečně na prevenci, na kterou má každý nárok. Včasná diagnostika melanomu je přitom rozhodující,“ uvádí mluvčí ČPZP Elenka Mazurová.

Dbát zvýšené opatrnosti by měli lidé, kteří patří do rizikových skupin. Jsou to lidé světlého fototypu (se světlou pleť, rezavými vlasy a pihami). Dalším faktorem je pozitivní rodinná anamnéza či výskyt zhoubného melanomu v minulosti. Ohrožení jsou také lidé se sníženou funkcí imunitního systému, například osoby po transplantaci orgánů, které užívají imunosupresiva.

Prevenci melanomu by ale neměl podceňovat nikdo. Mezi obecné zásady patří vyhýbat se přímému slunečnímu záření mezi 11. a 14. hodinou, užívání dostatečného množství krémů s UV faktorem (SPF 30 až 50) a především v letních měsících volba vhodného oděvu (vyrábí se i oděv uzpůsobený pro nošení na slunce), který chrání pokožku před paprsky. Je nutno si uvědomit, že zvlhčená pokožka především mořskou vodou absorbuje až o 20 procent více UV záření. Ochranný krém je třeba nanášet pravidelně v průběhu dne, i „voděodolné“ přípravky jsou totiž smývány nejen vodou, ale i potem. Chránit před paprsky je třeba i opomíjené části těla, jako jsou ušní boltce, rty či nártky. „Rodiče by zvláště v tomto extrémně slunném létě měli dbát

na nezbytnou ochranu svých rätostí. Opakovaná spálení mohou být rizikovým faktorem i po mnoha letech,“ varuje MUDr. Jiří Řepišťák.

## Samovyšetření

Se samovyšetřením, které odborníci doporučují provádět pravidelně, může pomoci pravidlo ABCDE. Varovné příznaky, kvůli kterým by lidé měli navštívit ordinaci, jsou:

A – asymetrie (*asymmetry*): skvrna má nepravidelný tvar;

B – ohraničení (*border*): skvrna by měla být pravidelná, pokud není, jde o varovný příznak;

C – barva (*colour*): skvrna by měla upoutat vaší pozornost, pokud má skvrnitou pigmentaci s různými odstíny, nebo je tmavě hnědá až černá;

D – průměr (*diameter*): dávejte si dobrý pozor na znaménka, jejichž průměr je větší než 5 milimetrů;

E – vyvýšení (*elevation*): projevem růstu nádoru může být to, že znaménko roste do výšky. Pokud je však znaménko vyvýšené a nijak se nemění, nemusí to znamenat nebezpečí, nicméně je dobré to pro jistotu konzultovat s dermatologem.

V klinické praxi se také vyhodnocuje varovný příznak „ošklivého káčátka“: jde o skvrnu, která se diametrálně odlišuje od ostatních znamének.

(Zdroj: czzp.cz)

(red)

## Výsledky studie LUX-Lung 8

Srovnávací studie u pacientů s dlaždicobuněčným karcinomem plic poukázala na převahu afatinibu nad erlotinibem v parametru celkového přežití.

Studie, která proběhla ve 23 zemích, zahrnovala 795 pacientů léčených v první linii chemoterapií. Jde o první prospektivní studii, která porovnávala dva tyrosinkinázové inhibitory u dlaždicobuněčného karcinomu.

Afatinib ve studii dokázal výrazně oddálit rozvoj plicního karcinomu (primární cíl) a zmírnit další související příznaky, jako je kašel (43,4 % /af/ oproti 35,2 % /er/) či dušnost (51,3 % /af/ oproti 44,1 % /er/). Celková kvalita života ve srovnání s erlotinibem se zlepšila (35,7 % /af/ oproti 28,3 % /er/). Celková míra nežádoucích účinků (≥ stupeň 3) byla u obou terapií podobná, rozdíly byly zaznamenány ve výskytu konkrétních vedlejších účinků. Léčba afatinibem výrazně snížila riziko úmrtí o 19 %, přičemž medián prodlouženého přežití pacientů byl 7,9 měsíců ve srovnání s 6,8 měs-

ci u erlotinibu. Více pacientů léčených afatinibem přežilo po roce ve srovnání s pacienty léčenými erlotinibem (36,4 % oproti 28,2 %). Studie byla prezentována na letošním setkání Americké společnosti klinické onkologie (ASCO) v Chicagu. Kompletní výsledky budou součástí globální žádosti o registraci afatinibu. Ten zatím není schválen pro pacienty s dlaždicobuněčným karcinomem.

Nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC) je nejčastějším typem bronchogenního karcinomu a představuje 85 % všech případů onemocnění. Dlaždicobuněčný neboli skvamózní karcinom, (SCC) představuje asi 30 % případů NSCLC. Léčebné možnosti jsou omezené, skvamózní karcinom má navíc nepříznivou prognózu – méně než 5 % pacientů s pokročilou formou přežívá 5 a více let. (red)



**ZDRAVOTNICTVÍ  
MEDICINA**

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICINA

číslo 7–8/2015

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová  
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz  
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz  
PhDr. Jana 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 Caban,  
Irena Soukupová, David Daniel,  
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,  
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,  
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková  
tel. 225 276 455,  
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
MUDr. Ivan David, CSc.  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.  
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.  
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtišková  
Mgr. Alena Šmídová  
Ing. Bc. Irena Kouřilová  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

Group Sales Manager

František Bauer  
tel. 225 276 393  
e-mail: bauer@mf.cz

Personální inzerce

Vladimír Kratochvíl  
tel. 225 276 255, 602 208 624  
e-mail: kratochvil@mf.cz,  
personalni.inzerce@mf.cz

**mf**  
MLADÁ FRONTA

Generální ředitel

David Hurta

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Retušeri: Miloslav Pařík (vedoucí),  
Libor Horyna, Milan Kubíčka, Zdeněk Němec,  
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

Ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

Ředitelka distribuce a výroby

Soňa Štarhová

Koordinátor výroby a distribuce divize

Medical Services

Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mf.cz

Předplatné

Monika Šnaidrová  
tel. 225 276 392, e-mail: snaidrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.  
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4  
IČ: 01847082

Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,  
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,  
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,  
111 21 Praha 1  
tel. 800 248 248,  
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,  
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,  
Videňská 995/63, 639 63 Brno,  
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,  
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183  
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3  
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819  
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.

Číslo dáno do tisku 31. 7. 2015

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad otevírá ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2015  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524  
ISSN 2336-2987



# PERSONÁLNÍ INZERCE

## Výběrová řízení

### Primář LDN

ŘEDITELKA MĚSTSKÉ  
NEMOCNICE HOŘICE

vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

#### ■ primář LDN MěN Hořice

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- min. 10 let praxe,
- velmi dobré organizační, řídicí a manažerské dovednosti,
- dobré komunikační a prezentační schopnosti,
- zdravotní způsobilost,
- morální a občanská bezúhonnost.

Příhlaška musí obsahovat:

- strukturovaný profesní životopis,
- vyplněný osobní dotazník,
- ověřené doklady o dosaženém vzdělání,
- specializovaná způsobilost v interm oboru, všeobecném praktickém lékařství, chirurgii atestace z geriatry výhodou,
- licence ČLK pro výkon primáře,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 90 dnů),
- osvědčení dle § 4 zákona č. 451/1991 Sb.,

- souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení dle zákona č. 101/2000 Sb.

Písemné přihlášky s profesním životopisem, motivačním dopisem a návrhem koncepce vedení LDN (v max. rozsahu 3 str. formátu A4), výpisem z rejstříku trestů a doklady o dosaženém vzdělání pošlete do 28. 8. 2015 do 12.00 hod. na adresu: Městská nemocnice Hořice, Riegrova 655, 508 01 Hořice s označením „Výběrové řízení primář/ka LDN“.

M151000646

### Primář gynekologicko-porodnického odd.

NEMOCNICE PARDUBICKÉHO  
KRAJE, A. S.,

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice, Orlickoústecká nemocnice vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:

#### ■ primář/primářka Gynekologicko-porodnického oddělení

Požadavky na uchazeče:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví dle zák. č. 95/2004 Sb.,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- minimálně 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon funkce primáře - vedoucího lékaře v oboru,
- řídicí a organizační schopnosti, schopnost koordinace týmové práce, komunikační schopnosti

Nabízíme:

- smluvní finanční podmínky,
- zázemí silné a dynamicky se rozvíjející společnosti,
- práci na stabilizovaném pracovišti,
- možnost sebevzdělávání,
- zaměstnanecké benefity.

Místo výkonu práce:

Orlickoústecká nemocnice

Písemné přihlášky doložené strukturovaným profesním životopisem, ověřenými fotokopii dokladů o kvalifikaci a výpisem z rejstříku trestů (ne starším 3 měsíců), souhlasem s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení dle zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a koncepční činnosti Gynekologicko-porodnického oddělení (max. 2 strany formátu A4) zasílejte v zalepené obálce s označením „Výběrové řízení - primář/-ka G-P, Orlickoústecká nemocnice“ s uvedením adresy podavatele nejpozději do 15. 9. 2015 do 12.00 hodin na adresu: Nemocnice Pardubického kraje, a. s., úsek personálního ředitele, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice.

M151000632

### Více pozic

NEMOCNICE VYŠKOV, P. O., vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

- lékař - geriatr
- lékař - urolog

Požadujeme:

- lékaře s atestací v oboru geriatry, urologie,
- odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- licenci pro výkon lékaře,
- nástup po dohodě.

Informace u náměstka pro zdravotní péči, e-mail: 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 měsíců.

M151000648

### Zástupce primáře

AQUAKLIM, S. R. O., vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

#### ■ zástupce primáře/primářky léčebně-rehabilitačního úseku Sanatorií Klimkovice (v blízkosti Ostravy)

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oboru RFM (FBLR) nebo neurologie,
- odbornou způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb.,
- řídicí, organizační a komunikační schopnosti,
- schopnost aktivního, samostatného jednání,
- pracovitost, spolehlivost a odpovědnost,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost,
- znalost práce na PC na uživatelské úrovni.

Nabízíme:

- zázemí velké a stabilní společnosti,
  - možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu v blízkosti místa výkonu práce,
  - nadstandardní finanční ohodnocení,
  - zaměstnanecké benefity (služební automobil, mobilní telefon, 5 týdnů dovolené),
  - možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady,
  - podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání,
  - nástup po vzájemné dohodě.
- Písemné přihlášky k výběrovému řízení zasílejte na adresu: Sanatoria Klimkovice, Personální oddělení, 742 84 Klimkovice-Hýlov

nebo na e-mail: jklarova@sanklim.cz

M151000683

## Volná místa

### Lékaři

AQUAKLIM, S. R. O., SANATORIA KLIMKOVICE (V BLÍZKOSTI OSTRAVY) přijme:

#### ■ lékaře/lékařky pro práci na dětskou léčebnu

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oborech neurologie nebo dětská pediatrie nebo RFM (FBLR),
- odbornou způsobilost dle zák. č. 95/2004,
- schopnost aktivního, samostatného jednání,
- pracovitost, spolehlivost a odpovědnost,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- zázemí velké a stabilní společnosti,
- jednosměnný provoz,
- možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu v blízkosti místa výkonu práce,
- mzdu 65 000-85 000 Kč,
- zajímavou stabilizační odměnu,
- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání,
- možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady,
- nástup možný ihned nebo podle dohody.

Strukturované životopisy zasílejte na adresu: Sanatoria Klimkovice, Personální oddělení, 742 84 Klimkovice-Hýlov. Tel.: 556 422 122, e-mail: jklarova@sanklim.cz

M151000640


### Fyzioterapeut/ergoterapeut

AQUAKLIM, S. R. O., SANATORIA KLIMKOVICE (V BLÍZKOSTI OSTRAVY) přijme:

#### ■ fyzioterapeuty/fyzioterapeutky ■ ergoterapeuty/ergoterapeutky na dětskou léčebnu

Požadujeme:

- středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání obor fyzioterapeut/ergoterapeut,
- dobrou nebo částečnou znalost angl. jazyka,
- odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění,
- morální a občanskou bezúhonnost,
- samostatnost, spolehlivost a aktivní přístup,
- schopnost týmové spolupráce.



**Centrum sociálních služeb Praha 2**  
hledá

- lékaře z oboru geriatry
- internistu
- všeobecného praktického lékaře

Blíží informace o spolupráci podá ředitelka organizace  
Mgr. Martina Polanská,  
mobil.: 602 683 016  
e-mail: reditelstvi@cssp2.cz

**Nabízíme dobré platové podmínky.**

V případě trvalého pracovního poměru také možnost přidělení služebního bytu a další. Centrum sociálních služeb Praha 2 Máchova 14, Praha 2  
[www.cssp2.cz](http://www.cssp2.cz)

Inzerce M151000303

Nabízíme:

- zázemí velké a stabilní společnosti,
- možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu v blízkosti místa výkonu práce,
- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání,
- možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady,
- jednorázový náborový příspěvek,
- další zaměstnanecké benefity,
- nástupní mzdu 19 500 Kč,
- mzdu registrovaného fyzioterapeuta 21 000-33 000 Kč dle interního kariérního řádu,
- nástup možný ihned nebo podle dohody.

Žádosti o zaměstnání s profesním životopisem zasílejte na adresu: Sanatoria Klimkovice, personální oddělení, 742 84 Klimkovice-Hýlov. Tel.: 556 422 122, e-mail: jklarova@sanklim.cz

M151000642

### Logoped

AQUAKLIM, S. R. O., SANATORIA KLIMKOVICE (V BLÍZKOSTI OSTRAVY) přijme:

#### ■ klinického logopeda/logopedku

Požadujeme:

- VŠ vzdělání zakončené státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie,
- možno i absolvent - předpoklad k zařazení do předatestačního studia podmínkou,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- podmínkou aktivní znalost AJ, RY výhodou,
- aktivní přístup a ochotu se učít novým věcem.

Nabízíme:

- zázemí velké a stabilní společnosti,



Dopravní podnik hlavního města Prahy

přijme

## praktické lékaře/lékařky

do zaměstnaneckého poměru na dobu neurčitou.

Požadujeme:

- specializaci v oboru všeobecné lékařství prvního stupně, výhodou je znalost problematiky pracovního lékařství.

Nabízíme:

- zajímavé platové podmínky
- zaměstnanecké jízdné i pro rodinné příslušníky, 5 týdnů dovolené, stravenky, Flexi Passy a řadu dalších benefitů

Blíží informace na

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

odd. Pracovní příležitosti.

Životopisy a motivační dopisy v českém jazyce zasílejte na adresu: [vyberovarizeni@dpp.cz](mailto:vyberovarizeni@dpp.cz)

Inzerce M151000519



## PERSONÁLNÍ INZERCE

- příjemné a moderní pracovní prostředí,
- možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu v blízkosti místa výkonu práce,
- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání,
- možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady,
- nástup dohodou.

Žádosti o zaměstnání s profesním životopisem zasílejte na adresu: Sanatoria Klimkovičky, personální oddělení, 742 84 Klimkovičky-Hýlov.

Tel.: 556 422 122, e-mail: jklarova@sanklim.cz

M151000644

## Více pozic

**ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ** přijme:

- primáře na chirurgicko-traumatologické oddělení
- zástupce primáře chir. -traumat. oddělení
- primáře na interní oddělení
- zástupce primáře na ARO
- lékaře - absolventy na chirurgii, internu ARO

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídicí schopnosti

Nabízíme: výhodné finanční podmínky, možnost ubytování.

Kontakt: J. Srnská, tel.: 499 502 304 nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000654

## Lékař

**KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S.,** přijme:

- lékaře/lékařku na interní oddělení nemocnice Turnov

Požadujeme:

- odbornou způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění,
- zařazení do oboru interní lékařství.

Nabízíme:

- motivující mzdové ohodnocení,
- možnost profesního růstu na moderně vybaveném pracovišti,
- zaměstnanecké výhody (např. příspěv. na stravování, příspěv. na penzijní nebo životní pojištění).

Příhlašky se strukturovaným životopisem zasílejte na adresu: Krajská nemocnice Liberec, a. s., Ing. Štefan Nebus, vedoucí personálního a mzdového oddělení, Husova 10, 460 63 Liberec 1, e-mail: stefan.nebus@nemlib.cz.

M151000652

## Praktický lékař

**MARMED, S. R. O.,**

přijme praktickou lékařku/lékaře na obvod Plumlov, okr. Prostějov. Možný i zkrácený pracovní úvazek.

Kontakt: tel.: 723 856 269

M151000634

## Lékař

**KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S.,**

přijme lékaře na oddělení následné péče. Bližší informace najdete na adrese: www.nemlib.cz, odkaz kariera.

M151000661

## Ergoterapeut

**NEMOCNICE VYŠKOV, P. O.,**

přijme do pracovního poměru:

- ergoterapeuta

Požadujeme:

- vzdělání podle z. č. 96/2004 Sb.
- osvědčení o způsobilosti k výkonu práce ergoterapeuta bez odborného dohledu,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Nástup dle dohody.

Informace na tel.: 517 315 481 - vrchní fyzioterapeut Hana Pešková, e-mail: peskova@nemvy.cz

M151000650

## Lékař mikrobiolog

**NEMOCNICE VYŠKOV, P. O.,** přijme:

- lékaře/JVŠ pracovníka v oboru lékařská mikrobiologie

Požadujeme:

- lékaře s atestací/JVŠ se spec. způsobilostí v oboru, popř. v přípravě, na plný úvazek,
- odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře/odborného pracovníka v laboratorních metodách v ČR,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., popř. ze státu, kde uchazeč posledních 6 měsíců pobýval.

Nabízíme:

- platové podmínky dle dohody,
- dovolenou 6 týdnů,
- dobré pracovní podmínky,
- možnost dalšího vzdělávání,
- nástup po dohodě.

Informace na e-mailu: menouskova@nemvy.cz, tel.: 517 315 130

M151000670

## Více pozic

**ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ** přijme:

- primáře na internu

- primáře na chirurgii
- zástupce primáře na internu
- zástupce primáře na chirurgii
- větší počet absolventů na oddělení interna, chirurgie, ARO

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídicí schopnosti (vedoucí pozice), certifikát základ. kmene vítán

Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, byt k dispozici.

Kontakt: J. Srnská, tel.: 499 502 304 nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000674

## Více pozic

**NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,**

přijme do pracovního poměru:

- zástupce primáře oddělení následné péče
- lékaře pro oddělení následné péče

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek,
- dobré mzdové ohodnocení,
- náborový příspěvek při nástupu do zaměstnání,
- v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně Nemocnice Tábor, a. s., nebo ve služebním bytě,
- uvítáme lékaře se zájmem o práci v multidisciplinárním týmu zabývajícím se komplexní paliativní péčí, léčbou bolesti, mezioborovou problematikou nebo geriatří,
- dobré podmínky pro další celoživotní vzdělávání.

U zástupce primáře vyžadujeme specializovanou způsobilost v některém ze základních oborů, v paliativní medicíně, geriatrii. Místo lékaře je vhodné pro absolventy VŠ, zařazení ve specializační přípravě či specializace v některém ze základních oborů, v paliativní medicíně, geriatrii vítána.

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

Bližší informace podá: MUDr. Dana Růžičková, primářka oddělení, tel.: 381 607 000, e-mail: dana.ruzickova@nemta.cz.

M151000664

## Psychiatr

Dům duševního zdraví v Ostravě přijme psychiatra s psychoterapeutickým vzděláním.

Informace: Ing. A. Beránek, mobil: 603 702 698, e-mail: ddz@ddz.cz.

M151000545

## Dermatolog

Hledáme dermatologa pro Kožní kliniku Achillea v Praze 8, která se specializuje na chronická kožní onemocnění. Široké spektrum dia-



**ARZT FÜR ALLGEMEIN-MEDIZIN (w/m)**  
mit ius practicandi

Moorheilbad  
**HARBACH**  
Gesundheits- & Rehabilitationszentrum

Das Moorheilbad Harbach ist ein modernes Gesundheits- und Rehabilitationszentrum mit den Schwerpunkten Kur und Orthopädische Rehabilitation in Moorbath Harbach, NÖ. (Prag 183 km, Budweis 44 km, České Velenice 21 km)

## Ihre Aufgabe

Sie arbeiten in einem multiprofessionellen Team in den Bereichen Kur (Stütz- und Bewegungsapparat), orthopädische Rehabilitation sowie ganzheitliche Medizin und Prävention.

## Wir bieten

ein partnerschaftliches und innovatives Arbeitsumfeld, geregelte Dienstzeiten (langfristige Planung), Teilzeit und Dienstwohnung möglich.  
Bruttogehalt ab € 57.000,- (Vollzeit/40 Stunden).  
Überzahlung je nach Berufserfahrung,  
Dienstort: 3970 Moorbath Harbach

## Voraussetzung

gute Deutschkenntnisse, Berufszulassung in Österreich

**Bewerbungen und Rückfragen:** Mag. Dr. Christina Lohninger, christina.lohninger@moorheilbad-harbach.at, Tel. +43 (0)2858/5255-1617, www.moorheilbad-harbach.at

Inzerce M151000585

## Nemocnice Písek, a. s.

přijme **lékaře**, absolventy fakult nebo specialisty pro oddělení:

- chirurgie • interna • neurologie (iktové centrum)
- radiodiagnostické

## Nabízíme:

• nadstandardní finanční ohodnocení • jednorázový náborový příspěvek • pracovní pozici na akreditovaném pracovišti • možnost bezúplatného profesního růstu • zaměstnanecké benefity • zajištění ubytování (1+1, garsonka)

## Příhlašky zasílejte na adresu:

**Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek**  
tel.: 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

Inzerce M151000625

gnóz, včetně možnosti rozvoje v estetické a korektivní dermatologii. Moderní pracoviště, příjemné pracovní prostředí, motivující odměňování, lidsky fungující tým, dobrá dopravní dostupnost. Akreditace MZ pro specializační vzdělávání. Více na: www.achillea.cz nebo na tel.: 603 222 123.

M151000363

## Psychiatr

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA**

**LNÁŘE, P. O.,** hledá lékaře, příp. absolventa LF se zájmem o obor psychiatrie.

Nabízíme byt 3+1 nebo 2+1 přímo v areálu léčebny, dobré pracovní podmínky, nadstandardní platové ohodnocení, možnost odbor-

ného růstu, při stabilizační dohodě významný podíl na nákladech na vzdělání (úhrada seminářů, kurzů atd.). Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl, tel.: 724 002 111, e-mail: vmuchl@email.cz, prim. MUDr. Jana Zahradníková, tel.: 605 164 841, e-mail: sekretariat@pllnare.cz

M151000636

## Biomedicínský technik

**KRAJSKÁ NEMOCNICE**

**LIBEREC, A. S.,** přijme biomedicínské technika/biomedicínské inženýra na kardiocentrum. Bližší informace naleznete na www.nemlib.cz, odkaz kariera.

M151000658

Inzerce M141001532



# beany®

Pohodlně. Zdravě. Bezpečně.



Obojživelná obuv Bonno Beany® vyráběná z ultralehkého materiálu s tvarovou pamětí. Obuv, kterou na chodidlech takřka nevnímáte.

Dlouhodobé sledování a praktické zkoušky prokázaly postupné mírnění bolesti kolenních kloubů a snížené zatížení zádového svalstva!

Obuv **Bonno Beany®** je neobyčejně měkká a pohodlná.

Je testována a schválena jako **lehká pracovní obuv**.

Splňuje parametry ČSN EN ISO 20347.

Materiál obuvi je odolný vůči bakteriím a zápachu.

Uvnitř boty se neusazuje vlhkost, a voda tak obuv nepoškozuje.

Podrážka je testována na protiskluznost a splňuje normu SRA.

Účinně tlumí nárazy a vibrace při došlapu.

Nezanechává na podlaze šmouhy.

Ventilační otvory zaručují dobré provzdušňování a komfort.

Obuv je snadno omyvatelná vodou.



Objednávky na adrese:  
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.  
Husova 523  
370 21 České Budějovice  
oopp@bonno.cz

BONNO®

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