



# ZDRAVOTNICTVÍ

---

# MEDICÍNA



1/2017

vyšlo: 23. 1. 2017

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Placebo je obdobně účinné jako lék (str. 43)

## SPLACHOVATELNÉ SÁČKY AURUM<sup>®</sup> XTRA

Kombinace dvou revolučních novinek  
v jednom unikátním splachovatelném sáčku.

Vnitřní vložka sáčku a podložka jsou  
splachovatelné v jakémkoliv systému,  
kde je možné splachovat toaletní papír  
včetně septiků, extrakčních systémů např.  
v letadlech, mobilních toaletách.



Biologicky  
rozložitelná  
vnitřní vložka sáčku  
a podložka dělají  
sáček Aurum<sup>®</sup> Xtra  
ekologickým.



zelená linka: 800 100 644

J+A zdravotnické potřeby, spol. s r.o. - výhradní distributor a  
bezplatná zásilková služba, [www.ja-zdravotnickepotreby.cz](http://www.ja-zdravotnickepotreby.cz)

# Bude zákon o postgraduálním vzdělávání lékařů?

V debatách o zdravotnické legislativě v roce 2016 jasně dominovaly zákony o vzdělávání zdravotníků. Z nich nejdále pokročil návrh novely zákona č. 95/2016 Sb., o vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. V listopadu prošel více než ústavní většinou 131 hlasů Poslaneckou sněmovnou, ale byl v prosinci překvapivě zamítnut Senátem. Začátkem roku 2017 tak bude zákon ve sněmovně hlasován znovu.

## Více kompetencí mladým lékařům

Co aktuálně brzdí přijetí zákona, je především struktura základních specializačních oborů, která by měla zachovat dostatečně široký záběr jednotlivých oborů a bránit atomizaci medicíny. Paradoxně u všech jiných změn došlo k rozumnému konsenzu, který může řadu problémů mladých lékařů výrazně zlepšit. Zákon totiž mimo jiné:

- upřesňuje složení a úkoly akreditačních komisí, které mají klíčové slovo v racionální konfiguraci vzdělávacích programů,
- zavádí vzdělávací radu jako arbitra v mezioborových sporech, které někdy bývají velmi devastující,
- legalizuje růst kompetencí mladých lékařů, které se přirozeně zvyšují během vzdělávání,
- definuje možnost vícestupňové akreditace vzdělávacích pracovišť, zejména pro základní kmen a pro vlastní specializovaný výcvik, což může podnitit re-

zidenty začínat výuku na malých pracovištích, motivovat je po kmeni ke změně pracoviště a výrazně tak redukovat potřebu externích, velmi kritizovaných stáží.

## Z vyhlášky zpět do zákona

Jedině, na čem vznikla shoda ohledně členění základních oborů, bylo vrácení jejich výčtu z vyhlášky do zákona. Vládou byl naopak schválen návrh jen 33 základních oborů oproti současným 46, což vyvolalo nebyvalou smršť protestů kvůli rušení tradičních oborů, zavedených v Evropě, navíc došlo i k prodloužení délky vzdělávání u oborů přezazených do nstaveb. Přímou výbušnými se staly dva největší obory interny, kardiologie a gastroenterologie, kdy první zůstal základním a druhý „jen“ nstavbou. Oba jsou přitom srovnatelné svojí velikostí a jsou uznávány jako základní obory téměř ve všech zemích EU, ostatně podobně jako dalších 11 nových nstaveb, např. pneumologie či nukleární medicína. Poslanci ve spolupráci s MZ proto následně vypracovali pozměňovací návrh s 43 základními obory. Právě ten se stal předmětem kritiky v Senátu, i když jde o návrh, který tvoří asi nejlepší možný kompromis mezi zvyklostmi v EU a u nás.

## Posílení základních oborů

Je potřeba férově říci, že přílišná atomizace medicíny

skutečně existuje. Pravděpodobně má ale jinou příčinu než velké množství našich základních oborů. Problémy začaly být zjevné v roce 2004, kdy nově vzniklý zákon definoval 83(!) specializačních lékařských oborů bez jakékoliv hierarchie. Základní obory byly sice později redukovány, ale přebytečné byly ponechávány jako nstavbové specializace, které EU nereguluje. U nás si nstavbové obory zachovaly díky popsání vývoji svoji silnou autonomii a příslušným základním oborům se nevrátila možnost rozumně ovlivňovat činnost lékařů v závislosti na rozsahu jejich vzdělání. Proto je nyní potřeba základní obory posílit, zachovat jejich vliv na existenci nstaveb a těm zase přenechat jen úzké spektrum činností, které základní obory nemají ve svém povinném curricula. Takový vývoj bude současná verze zákona umožňovat, a je proto třeba doufat, že k přehlasování senátního veta ve sněmovně dojde.

Leoš Heger

(autor je poslancem Poslanecké sněmovny PČR a místopředsedou TOP 09)

# Babišův příslib

Ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík po nástupu do funkce správně usoudil, že nepsaných, ale tradičních sto dnů hájení v nové funkci se jej týkat nebude. Když pro nic jiného, tak proto, že v jeho případě by se fakticky jednalo o třetinu mandátu, což by byl nedlouho před sněmovními volbami příliš velký luxus. Proto se vrhl do práce skutečně po hlavě.



Foto: archiv MF

A je třeba říci, že se mu vzhledem k možnostem celkem daří. Pomineme-li tedy poněkud trapný pokus hned při nástupu do funkce vyhodit dvě náměstkyně. Ludvík zjevně pozapomněl na služební zákon, velkou to chloubu svého stranického šéfa. A po nárazu do byrokratické zdi si musel na vládě nechat pokorně schválit změnu systemizace pracovních míst na ministerstvu. Od té doby už to celkem jde, pokud tak můžeme nazvat

pokračování ve šlépějích Svatopluka Němečka a jeho politiky házení peněz do zdravotnictví po lopatách.

Hlavní změnu lze ovšem zatím pozorovat ve vztazích mezi ministerstvy zdravotnictví a financí. Ludvík hned zpočátku vystoupil s tím, že jeho prioritou je zabránit privatizaci zdravotnictví. To je tradiční socialistické heslo, které překvapivě celkem funguje i v dobách, kdy se nezdá, že by se někdo k nějaké privatizaci chystal. Andrej Babiš, pravda, ve zdravotnictví veesele nakupuje, ale dosud se plně zaměřoval na nákupy soukromých zařízení. Že by chtěl nějaké nemocnice či kliniky vytrhnout z krajských nebo státních rukou, se zatím opravdu nezdá. Ale postavit se na stráž proti privatizaci, to je pro ministra za ČSSD povinnost.

Nicméně kousek skutečně husarský, aspoň na první pohled, přišel jen o chvíli později. Ludvík se dokázal překvapivě rychle dohodnout s ministrem financí ohledně navýšení plateb na státní pojištěnce. K dohodě došlo zkráj roku a Ludvíkovi se podařilo z Babiše vymámit navýšování této platby o 3,5 miliardy ročně během následujících tří let (tedy stejným tempem jako letos). Dokonce s matným příslibem zákona, který by zakotvil pravidelnou valorizaci plateb státu do budoucna.

Vypadá to, jako by se Ludvík během prvních pár jednání dostal dál, než kam to s Babišem doválčil za tři roky agresivních tahanic Němeček. Jenže sláva tohoto kroku poněkud bledne, i když zrovna patříte k těm, kteří peníze považují za všelék českého zdravotnictví. Ten méně důležitý důvod spočívá v tom, že i na Babiše

tlačí předvolební čas, takže je dohodám nad politicky citlivými otázkami jistě přístupnější než třeba přede dvěma lety. Co je ovšem ještě důležitější, Babiše slib Ludvíkovi moc nebolí, neboť se týká období po volbách, kdy bude pravděpodobně spousta věcí jinak a dílčí dohody vzešlé z předvolebního kvasu snadno upadnou v zapomnění.

Je pravděpodobné, že Babiš, aby byl před volbami za dobráka, propustí Němečkův zákon o pravidelné valorizaci přes vládu, kde je zatím zaseklý, ale lze se vsadit, že si také dobře pohlídá, aby návrh, proti němuž se od začátku staví, do voleb potřebné legislativní kolečko nedoběhl. S rozpuštěním staré sněmovny spadne pod stůl a vyjednávání začnou nanovo a v novém rozložení sil.

Heslo „slibem nezarmoutíš“ bývalo tradičně popisem předvolebních strategií ČSSD, nicméně dnes už je třeba férově přiznat, že se jej postupně zmocnily všechny strany bez výjimky. Včetně hnutí ANO, jemuž jdou sliby obzvláště dobře. Co z Babišova příslibu Ludvíkovi zbude, až voliči v říjnu znovu rozdají karty, je ve hvězdách.

Martin Čaban

(autor je komentátorem deníku E15)



**ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA**

číslo 1/2017

**Šéfredaktorka**Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz**Redakce**Mgr. Markéta Mikšová (Sestra),  
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz  
MUDr. Andrea Skálová  
(Medicína a kongresové zpravodajství),  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz**Editor a korektor**

Mgr. Denis Drahoš, e-mail: drahos@mf.cz

**Stálí spolupracovníci redakce**Martin Čaban, Irena Soukupová, Vladimír Boškova,  
Martin Ježek, Marcela Svěráková**Crafička a technické zpracování**

Radek Koňářík, tel. 225 276 455, e-mail: konarik@mf.cz

**Redakční rada ZAM**prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA  
(předseda)

MUDr. Václava Bártů

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

MUDr. Radkín Honzák, CSc.

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

MUDr. Ondřej Měšťák

Mgr. Jana Nováková, MBA

MUDr. Hana Roháčová

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

MUDr. Jana Vojtišková

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

**Obchodní ředitelka**

Kristína Kupcová, tel.: 225 276 355, e-mail: kupcova@mf.cz

**Personální inzerce**

tel. 225 276 380, e-mail: personalni.inzerce@mf.cz


**Generální ředitel**

Ing. David Hurta

**Ředitel divize Medical Services**

Karel Novotný, MBA

**DTP**

Miloslav Pařík (vedoucí), Milan Kubička, Petr Novák

**Marketing a distribuce****ředitel marketingu a distribuce:**

David Svanda

**Brand Manager:**

Petra Trojanová

**manažerka výroby a distribuce:**

Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@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.

Snímky označené jako „Shutterstock“ použity na základě

licence od Shutterstock.com.

**Tisk TRIANGL, a. s.**

Číslo dáno do tisku 19. 1. 2017

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL &amp; DIGITAL MEDIA s. r. o., 2016

Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

# Jaký bude rok 2017 ve zdravotnictví

*Ministerstvo zdravotnictví pod vedením nového ministra Miloslava Ludvíka oznámilo své záměry pro letošní rok – navýšení plateb za státní pojištěnce i platů zdravotníků, rekonstrukce pátých přímo řízených nemocnic a investice do vzdělávání a vědy.*

Nejdůležitější změnou, s níž ministerstvo od ledna 2017 počítá, je desetiprocentní navýšení tarifních platů a analogické navýšení mezd zdravotníků pro rok 2017, o nichž byla uzavřena koaliční shoda i na vládní úrovni. MZ rovněž avizuje dohodu s kraji o desetiprocentním zvýšení platů v krajských nemocnicích. Zvýšení platů uvedl jako prioritu ministr Ludvík již při svém nástupu do funkce. „Trend navýšení platů pro všechny pracovníky bude pokračovat i v roce 2018,“ řekl před schvalováním státního rozpočtu v prosinci 2016. Ministr také hodlá zvýšit příplatky pro sestry ve směnném provozu. Metodiku zatím úřad nepředstavil, ale změnu předpokládá již k 1. červenci letošního roku.

## Valorizace plateb za státní pojištěnce

Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2017 se odhadují na 274,2 miliardy korun. Již schválená úhradová vyhláška pro rok 2017 tak do systému přidá 13 miliard navíc oproti předchozímu roku a podle ministerstva umožní nemocnicím zvýšit platy zdravotníků. Jak ministr po převzetí funkce uvedl, klíčovou věcí pro něj bude již zahájený proces zvyšování plateb státu za státní pojištěnce, což bude pravděpodobně prioritou ministerstva i pro rok 2018. Platba za státní pojištěnce bude v letošním roce navýšena z 870 na 920 Kč za osobu a měsíc, což do systému veřejného zdravotního pojištění přinese okolo 3,5 miliardy korun.

Miloslav Ludvík letos také plánuje přijmout několik opatření, která vnímá jako systémově prospěšná.

Jedním z nich by měla být tvorba nové úhradové vyhlášky pro rok 2018, kterou začne ministerstvo připravovat a schvalovat na podzim. Měla by zajistit finanční prostředky na další desetiprocentní navýšení tarifních platů zdravotníků. Za aktivní přístup k patientské problematice bude i v letošním roce zodpovídat náměstkyně Lenka Teska Arnoštová. Pacienti již na ministerstvu mají své přímé zástupce a pravidelně mohou mluvit přímo s vedením resortu na setkáních v prostorách MZ ČR.

## Investice do nemocnic

Ministerstvo rovněž letos zahájilo program tzv. strategických investic. V následujících čtyřech letech mohou vybrané nemocnice využít 8,4 miliardy korun, které vláda vyčlenila na jejich rekonstrukci a modernizaci. „Některé velké české nemocnice sídlí v budovách postavených ještě za doby císaře Františka Josefa, od jehož úmrtí jsme si v listopadu připomněli 100 let. Nemocnice nám doslova padají na hlavu a v řadě případech se dostáváme do rozporu s hygienickými předpisy i legislativou EU. Teprve teď se nám daří začít s jejich rekonstrukcí a stavbou nových pavilonů. Podle mého soudu i díky těmto investicím naše zdravotnictví poskočí do 21. století,“ domnívá se ministr Ludvík. A dodal, že majetek státu ve správě nemocnic přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví chátá a stále roste míra amortizace dlouhodobého majetku, což je podle něj odrazem nedostatečných investic do dlouhodobého majetku, kdy nedochází ani k jeho prosté reprodukci





Foto: archiv MF

(plánovitě nahrazování starého dlouhodobého majetku novým – pozn. red.). Investiční rozpočet MZ přitom za období posledních tří let poklesl na jednu třetinu. V návrhu rozpočtu pro rok 2017, ale i ve střednědobém výhledu na roky 2018 a 2019, má ministerstvo na investice rozpočtováno pouhých 630 mil. korun.

### Které nemocnice se dočkají rekonstrukce?

- Fakultní nemocnice Brno se dočká výstavby gynekologicko-porodnické kliniky a přesunu poloviny klinik z nevyhovujících prostor
- Fakultní nemocnice Olomouc zrekonstruuje a dostaví hlavní budovu tzv. Františka Josefa
- Fakultní nemocnice Plzeň postaví pavilon chirurgických oborů
- Thomayerova nemocnice Praha vybuduje centrální urgentní příjem
- IKEM Praha vystaví budovy G1 a G2
- Všeobecná fakultní nemocnice Praha má záměr postavit nový sdružený objekt
- Fakultní nemocnice Hradec Králové zmodernizuje budovy chirurgických oborů, konkrétně zrekonstruuje Bedrnův pavilon

### Mimo strukturální fondy

Rozhodnutí vlády, že bude ze státního rozpočtu zařízení modernizovat, vnímá ministr zdravotnictví jako dobrou zprávu nejen pro nemocnice, ale především pro pacienty. „Ve zrekonstruovaných zařízeních naleznu pacientů modernější zdravotnické služby, například lépe vybavené sály a ordinace i celkově příjemnější prostředí. Samotné nemocnice by se bez těchto peněz neměly šanci do rekonstrukce či rozšíření stávajících pavilonů z vlastních příjmů či dotací pustit,“ uvedl po schválení investic vládou ministr Ludvík.

Připomněl, že v případě přímo řízených organizací není možné rekonstrukce či rozšíření financovat ze strukturálních fondů EU a že úhrady z pojišťoven většinou kryjí jen provozní výdaje a pouze část investičních výdajů. Je proto nutné obnovu zdravotní infrastruktury financovat z dalších zdrojů. Strategické investice by měly nemocnicím v budoucnu přinést snížení provozních nákladů.

Opravy či vzniku nového pavilonu se dočká sedm velkých nemocnic, celkové investiční náklady přesáhnou 10 miliard Kč. Ministerstvo počítá s tím, že všechny projekty budou v průběhu příštího roku zahájeny projektovou přípravou, vlastní výstavba pak bude probíhat v letech 2018–2022.

### Peníze na vzdělávání

Ministerstvo letos také počítá s výdaji na specializační vzdělávání. Celkem 500 milionů korun má napomoci stabilizovat personál a motivovat mladé české lékaře k tomu, aby zůstali v českém zdravotnictví a neodcházeli do zahraničí. Podstatnou částkou v rozpočtu (1,5 miliardy korun) jsou výdaje na výzkum a vývoj, které pomohou české vědě k udržení kontaktu s evropskou a světovou špičkou. Prostředky by také měly přispět ke stabilizaci, nebo možná dokonce i k návratu některých našich špičkových vědeckých kapacit ze zahraničí.

### Rozpočet ministerstva

„Dobrý ministr zdravotnictví nemůže být nikdy zcela spokojen s rozpočtem pro svůj resort. Je přímo mou povinností vždy požadovat více. V tuto chvíli budu muset pracovat s tím, co jsme dostali k dispozici, pro příští rok ovšem budu opět usilovat o další navýšení prostředků,“ dodává k rozpočtu svého resortu ministr. Nárůst celkových výdajů ve srovnání s rokem 2016 je podle něj možný jen díky prostředkům z Evropské unie a finančním mechanismům. Bez nich jsou výdaje na rok 2017 o přibližně 600 milionů korun nižší než rozpočet na letošní rok. Celkové výdaje Ministerstva zdravotnictví pro rok 2017 činí 7 286 milionů Kč.

(klu)



## Obsah

- Bude zákon o postgraduálním vzdělávání lékařů? 3
- Babišův příslib 3
- Jaký bude rok 2017 ve zdravotnictví 4
- Přehled uplynulého roku ve zdravotnictví a výzkumu 6
- Jak řídím svou organizaci ve zdravotnických vodách? 8
- Ohlédnutí za reexportem léčivých přípravků 10
- Kulaté stoly. Zdravotnictví a léková politika 11
- Češi jsou v boji se závislostmi na světové špičce 11
- Miranella Danosová: S agresí se setkáváme denně 12

### Speciál

- Kongresové prostory 14

### Sestra

- Kvalita péče začíná od personálního klíče 19
- Prevence chřipky u seniorův 21
- Varixy 22
- Lenka Gutová: Práce ve zdravotnictví nabízí sestřím jistotu 24
- Psychická podpora pacientů se stomií 26
- Ako vplýva pohybová aktivita na psychiku človeka? 27
- Epidemie chřipky udeřila 28
- Počet lidí s demencí roste 28
- Největší předsudky o práci sester 29
- Pavel Pařko: Laskavý přístup pacient vždycky ocení 30
- Proč jít studovat zdrávkou? 30
- Štěpán Svačina: Ve zdravotnictví si můžete vybrat 31
- Ze společnosti 32

### Medicína

- Moderní lineární urychlovače umožňují inovace radioterapie 35
- Brněnští vědci odhalují původ nedostatečné imunity 37
- Blíží se psychóza? Jak rozeznat první signály 38
- Před rakovinou děložního čípku se lze chránit 40
- Dětská endokrinologie je nekončícím dobrodružstvím 41
- Kontroverze současné medicíny 42
- Radkin Honzák: Etické je všechno, co lidem přinese dobro 43
- Výskyt, prevence a kontrola šíření producentů karbapenemáz 44
- Časná diagnostika hraje v prognóze RS klíčovou roli 46

### Personální inzerce

48



# Co přinesl, změnil a odnesl českému zdravotnictví loňský rok? Co vloni hýbalo světovou medicínou a výzkumem?

## Leden



• Městský soud v Praze stanovil předběžné opatření, které v lednu znemožnilo Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) přístup k elektronickým aplikacím vyvinutým firmou Tronevia. Po únorovém odvolání zpřístupnil soud pro SÚKL osm z devíti aplikací. Na devátou aplikaci – eRecept připravil SÚKL později alternativní elektronické předepisování. Posléze vyhlásil soutěž o veřejnou zakázku na nový systém, kterou vyhrála společnost Solitea Business Solutions (dříve Aqussoft).



• Na státní univerzitě v Boulderu v americkém státě Colorado prokázali, že světlem aktivované nanočástice jsou schopné zabít více než 90 procent bakterií rezistentních na antibiotika, jako jsou *Salmonella*, *E. coli* a stafylokok. Jen v USA infikují ročně asi 2 miliony lidí a jsou zodpovědné za nejméně 23 tisíc úmrtí.

• Výzkumníci představili novou skupinu malých, tenkých elektronických senzorů, které snímají teplotu a tlak uvnitř lebky, což jsou stěžejní parametry zdravotního stavu po poranění či operaci mozku. Ty se následně, když pozbudou funkci, vstřebávají. Eliminují tak nutnost další operace, která by je měla odstranit, a snižují riziko infekce a krvácení.



• Výzkumníci z Washingtonské univerzity prezentovali nový kapesní mikroskop o velikosti pera, který by mohl v ordinacích lékařů a na operačních sálech rozpoznat rakovinové buňky. Zařízení poskytuje vysoce kvalitní obraz při vyšších rychlostech než stávající zařízení. Testování v klinických podmínkách začne v letošním roce.

## Únor



• Na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze bylo otevřeno Centrum pokročilého preklinického zobrazování pro výzkum nových léčiv. Umožní komplexní vyšetření malých laboratorních zvířat mnoha různými zobrazovacími metodami. Pracoviště nabízí zcela novou tomografickou technologii zobrazování paramagnetických částic (MPI), výpočetní tomograf (CT), magnetickou rezonanci (MRI), pozitronový emisní tomograf (PET), jednofotonový výpočetní tomograf (SPECT) i optický zobrazovač.



• Vědci ve Velké Británii dostali zelenou ze strany regulačních orgánů ke genetické modifikaci lidských embryí pomocí nahromaděných pravidelně rozmístěných krátkých palindromických repetit (CRISPR/Cas) a příbuzných technik. CRISPR je prokaryotický imunitní systém, zajišťující rezistenci vůči cizím genetickým elementům, a představuje tedy formu získané imunity.



## Březen



• Česká lékařská komora (ČLK) počátkem března upozornila předsedu vlády Bohuslava Sobotku, že není schopna plnit úlohu garanta kvality lékařské péče ani strážce etiky výkonu zdravotnického povolání. Na vině je podle ČLK nedostatek peněz, lékařů i ostatních zdravotníků, ale také porušování platných zákonů. Komora pohrozila, že lékaři začnou striktně dodržovat zákoník práce. V dubnu pak ČLK vyhlásila akci „Zdravotnictví volá o pomoc“.



• Nové studie uvádějí, že *Homo floresiensis* (člověk floreský), hominid přezdívaný „hobit“, zmizel asi před 50 tisíci lety. Vědci tak opravili dřívější odhad, podle něhož přezíval ještě před 13 tisíci lety. Pozůstatky se našly na indonéském ostrově Flores.



## Duben



• Do lékáren zamířilo první české konopí pro léčebné použití. Smluvní lékárny mohly konopí začít odebírat ze skladu od středy 23. března. Jedná se o konopí *Cannabis sativa L.* s obsahem THC 19 procent a CBD méně než 1 procento. První dodávka od firmy Elkoplast Slušovice měla 40 kilogramů konopí. Další várku ale musela společnost ponechat ve svých skladech, protože nedokázala konopí rozplnit do požadovaných balení. Smlouva na levné konopí od českého pěstitele skončila a SÚKL bude vypisovat novou zakázku.



• Studie provedená na Univerzitě Jižní Kalifornie dospěla k závěru, že pití dokonce i malého množství kávy může významně snížit riziko rozvoje kolorektálního karcinomu. Konzumace jednoho až dvou šálků snižuje pravděpodobnost vzniku rakoviny o 26 procent. Studie prokázala, že snížení rizika se vztahuje na kávu s kofeinem i bez kofeinu.

• Vědci rozpoznávají dvojici molekulárních signálů určujících barvu pokožky a vlasů, které by mohly

dát za vznik novým léčebným přípravkům k léčbě poruch tvorby kožního pigmentu, jako je například vitiligo, což je autoimunitní onemocnění, které se projevuje bílými nepravidelnými skvrnami na kůži.

## Květen



• Asociace zdravotnických záchraných služeb oznámila, že zdravotnickým záchraným službám v České republice chybí 400 lékařů. Vedle nedostatku kmenových i externích lékařů sužuje záchranou službu suplování ostatních složek systému zdravotnictví a porušování zákoníku práce. Záchranky nejsou schopny svými kmenovými lékaři saturovat výpadky a mnohdy i více než polovinu lékařů tvoří externisté. Tedy ti, kteří přicházejí sloužit z nemocnic i praktických a dalších ambulancí a kteří mají oprávnění (a jsou ochotni) na záchrance pracovat. Bohužel, i externisté už postrádají energii a prostor v těchto provozech sloužit, protože svými přesčasy suplují nedostatek lékařů v domovských zařízeních.



• Průzkum mezi 216 tisíci adolescenty ze všech 50 amerických států zjistil, že počet dospívajících s problémy souvisejícími s užíváním marihuany má klesající tendenci a že i její užívání je na poklesu. Uvedený trend se objevil navzdory skutečnosti, že některé americké státy přistoupily k legalizaci nebo dekriminalizaci užívání marihuany.

• Výzkumníci získali nové důkazy, že beta-amyloid protein působí jako přírodní antibiotikum v mozku. Amyloidní plaky spojené s Alzheimerovou chorobou mohou být běžnou součástí imunitního systému a jejich odstranění je ve skutečnosti škodlivé.

## Červen




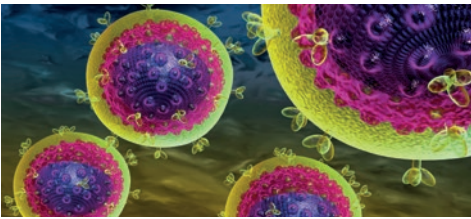
• Redakce časopisu Zdravotnictví a medicína udělila jako každoročně zvláštní ocenění vybranému studentovi/studentce za práci prezentovanou v rámci Studentské vědecké konference 1. lékařské fakulty UK. Letošní cenu získala postgraduální studentka Mgr. Eva Rubášová, která v rámci konference prezentovala pilotní studii „Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice“. Jejím školitelem byl prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., z Kliniky adiktologie 1. LF UK a FVN v Praze.




• V rámci studie provedené na stanfordské klinice bylo zjištěno, že kmenové buňky podané injekčně přímo do mozku pacientů, kteří jsou v chronickém stadiu cévní mozkové příhody, obnovují již odumřelé mozkové okruhy a pomáhají pacientům znovu začít chodit.


**Červenec**

 Hlavní hygieničkou ČR se stala Mgr. Eva Gottvaldová. Nahradila ve funkci Vladimíra Valentu, který byl hlavním hygienikem od října 2012. Do výběrového řízení se přihlásily tři kandidátky. Pavlu Svrčinovou výběrová komise pro nesplnění podmínek vyřadila a nynější zástupkyně hlavního hygienika Jarmila Rázová stáhla svoji přihlášku. Nová hlavní hygienička působila od roku 2007 na Ministerstvu zdravotnictví v sekci ochrany a podpory veřejného zdraví. Od listopadu 2012 pracovala pro Stálé zastoupení ČR při EU v Bruselu, kde měla na starosti veřejné zdraví a farmaceutické produkty. Tehdejší ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček vytyčil hlavní hygieničce jako klíčový úkol zlepšování prevence před nakažou HIV a AIDS, jejichž šíření má v ČR vzrůstající tendenci.




 Vědci ohlásili identifikaci sady 355 genů posledního univerzálního společného předka (LUCA - last universal common ancestor) všech živých organismů na Zemi. LUCA podle odhadů žil před 3,5-4 miliardami let. Nejpravděpodobněji to byly jednoduché mikroskopické jednobuněčné organismy podobné bakteriím, které žily ve vodě.


**Srpen**

 Do funkce ředitele Fakultní nemocnice Hradec Králové (FNHK) byl uveden její dosavadní lékařský náměstek a proděkan místní lékařské fakulty prof. Vladimír Palička. Ve vedení střídá prof. Romana Prymulu, jenž byl odvolán ministrem zdravotnictví kvůli střetu zájmů a který zůstává předsedou České vakcinologické společnosti. „Fakultní nemocnice Hradec Králové vždy patřila k vlajkovým lodím českého zdravotnictví a já udělám vše pro to, abychom v této ‚flotile‘ měli i v budoucnu velmi dobré postavení,“ uvedl před svým jmenováním Vladimír Palička, který ve FNHK působí od roku 1984.




 Prokázalo se, že aducanumab, nová lidská monoklonální protilátka, výrazně snižuje škodlivé beta-amyloidní plaky u pacientů s časným stadiem Alzheimerovy nemoci. Látka je vyvíjena společností Bio-gen Inc. Fáze Ib studie byla zveřejněna v srpnu 2016 a III. fáze klinické studie právě probíhá.

**Září**

 Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) spustila portál pro klienty nazvaný Moje VZP, který šesti milionům pojištěnců umožňuje on-line přístup k informacím souvisejícím s jejich pojištěním (např. kolik sami za zdravotní pojištění platí či kolik hradí jejich zaměstnavatel). Získají také informace o čerpání zdravotních služeb, které pojišťovně vykázali jejich ošetřující lékaři. Pojištěnci budou moci zpětně kontrolovat platby za péči v období předchozích deseti let a vykázané služby za čtyři roky. Portál vyvinul IT tým pojišťovny.




 Pomocí nové kontroverzní metody „trojrodičovství“ se narodilo první dítě na světě. Američtí lékaři tým v Mexiku zahájili novou éru v reprodukční medicíně. Jordánským rodičům se narodil chlapeček Abraham, který kromě DNA otce a matky má také genetický kód dárkyně. Lékaři využili metodu přenosu mitochondriální DNA.


**Říjen**

Zástupci praktických lékařů obhájili možnost vyjednat nad rozvolněním preskripčních omezení. Jednání mezi Ministerstvem zdravotnictví, VZP a praktickými lékaři přislíbil náměstek ministra zdravotnictví Tom Philipp a zabránil tak stávce, kterou praktici chystali. Kvůli preskripčním omezením podle praktických lékařů pendlují denně mezi jejich ordinacemi a praxí ambulantních specialistů tisíce chronických pacientů. Často potřebují recept na lék, který jim praktičtí lékaři nemohou vystavit. Upozorňují na nadbytečnou duplicitu vyšetření a následné plýtvání veřejnými penězi i časem lékařů.




 Studie publikovaná na veřejné výzkumné univerzitě v Milwaukee ve státě Wisconsin ve Spojených státech amerických potvrzuje, že konzumace kofeinu může u žen snižovat riziko demence až o 36 procent. Ukázalo se, že účinná látka nivolumab ve srovnání s chemoterapií více než zdvojnásobuje počet pacientů s rakovinou hlavy a krku, kteří přežijí déle než rok, ve srovnání s těmi, kteří byli léčeni chemoterapií. Nivolumab je prvním a jediným PD-1 inhibítorem imunitního checkpointu schváleným v Evropě, který prokázal přínos v celkovém přežití oproti standardní léčbě pacientů s pokročilým RCC.


**Listopad**

 Během druhého čtení návrhu novely zákona o léčivech 378/2007 Sb. v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR byly v rychlosti předloženy poslanecké pozměňovací návrhy, které rozpoutaly boj mezi výrobcí a distributory léků na jedné a poslanci (se zdravotními pojišťovnami v zádech) na straně druhé. Dva pozměňovací návrhy (jeden na snížení maximální ceny na trh nově vstupujících biosimilars, druhý na rozvolnění distribučního procesu) podle jejich navrhovatelů uspoří finance a zamezí reexportu. Odpůrci z řad výrobců naopak upozorňují na fakt, že velmi nízké ceny českých léků a zároveň více pravomocí distributorům posílí reexport a nedostupnost léků.




 Vědci z Perelmanovy fakulty medicíny Pensylvánské univerzity prokázali, že zobrazování lidského mozku pomocí funkční magnetické rezonance (fMRI) je při detekci lží podstatně účinnější než tradiční polygrafický test. Laboratorní studie ukázaly, že rezonance odhalí podvod s přesností až 90 procent. Podle studie Americké společnosti pro výzkum rakoviny (ACS) otištěné v časopisu Lancet by v roce 2030 mohlo na rakovinu celosvětově zemřít až 5,5 milionu žen. Hlavní příčinou je hlavně vzestup počtu obyvatel, ale i jejich stárnutí (v roce 2012 podleho 3,5 milionu žen). Obzvláště silně postihne nárůst počtu případů onemocnění rakovinou rozvojové země, kde se zvyšuje střední délka života, rozvíjí obezita a zároveň chybí dostatek prostředků na prevenci a léčbu.

**Prosinec**

 Premiér a předseda ČSSD Bohuslav Sobotka oznámil rok před komunálními volbami výměnu některých svých ministrů, mezi nimi také ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka. Na jeho místo byl vybrán tehdejší ředitel Fakultní nemocnice v Motole Miloslav Ludvík. Ten za své priority při vedení resortu označil zvyšování platů zdravotníků (10procentní zvýšení tarifů, 2000 Kč navíc pro sestry ve směnném provozu), další valorizaci plateb státu za tzv. státní pojištění a dohled nad rekonstrukcemi sedmi velkých přímo řízených nemocnic.



 Národní zdravotnický systém Spojeného království oznámil, že deseti nevidomým pacientům budou implantovány „bionické oči“, které jim pomohou v léčbě dědičné slepoty. Jejich součástí jsou brýle s kamerou, která vysílá obraz přímo do mozku. Zdroj: Wikipedia, Science Daily, The Guardian, BBC, University of Colorado Boulder (klu, dd)



# Jak řídím svou organizaci ve zdravotnických vodách?

Ředitelé různých společností, které působí ve zdravotnictví, odpovídají na dotazy spojené s tvorbou zisku, dalším vývojem jejich společnosti či o finančních rezervách. Manažeři vidí východiska v diverzifikaci portfolia i opětovném vložení zisku do investičních projektů. Při řízení jim pomáhá také respekt k dodavatelům a firemní kultura.

**1. Firmám se v loňském roce ekonomicky dařilo. Růst ale nemusí být patrný na první pohled. Kde ve vaší společnosti nyní vidíte či chystáte rozvoj? A jakými nástroji ho dosahujete?**

**2. Myslet se musí také na zadní vrátka. Ve své podstatě a za jistých předpokladů je trh přece jen nepredikovatelný. Vytváříte ve společnosti rezervy na horší časy?**

**PharmDr. Jiří Stránský,**

ředitel divize Pharma ve společnosti Sprinx Systems

1. Sprinx Systems byl v loňském roce při plnění svých cílů úspěšný, na čemž se nemalou měrou podílela i skupina Pharma. V našem případě je trvalý růst postaven zejména na kontinuální práci při zlepšování našich produktů v oblasti CRM, řízení a automatizace firemních procesů, a to jak z pohledu funkcionalit, tak také z pohledu uživatelského komfortu. Pokračuje i rozšiřování našeho portfolia o nové produkty a aplikace v oblasti Market Access.

Zkušenost nám ukázala, že pokud jsou naši zákazníci s aplikacemi spokojeni, rádi se pouštějí nejen do jejich rozšíření a úprav podle svých individuálních zadání, ale i do užívání nových produktů. Nástrojem jsou tedy inovace a odkrývání dalších firemních procesů, které je možné automatizovat a zbatvit je manuální práce a chybovosti.

2. Spíše než na horší časy vytváříme rezervy na investice do inovací a zlepšení našeho portfolia produktů a služeb. Budeme-li mít dostatečně diverzifikované portfolio, pak věříme, že i horší časy v jednom tržním segmentu budeme zvládat lépe. Ale samozřejmě to neznamená, že všechno ostatní „projíme“.

**MUDr. David Kostka, MBA,**

generální ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR

1. Jistým paradoxem v „podnikání“ zdravotních pojišťoven je fakt, že ekonomický růst v ostatních odvětvích se v činnosti zdravotní pojišťovny odráží jen částečně. Daří-li se firmám, většinou s tím rostou mzdy a platy, a to se kladně promítá do příjmů zdravotní pojišťovny. Naše výdaje jsou závislé především na legislativě a stanovených pravidlech úhrad, ale také na politické vůli představitelů státu, nikoliv tedy primárně na vyjednávacích schopnostech pojišťovny s poskytovateli zdravotní péče. Ačkoliv vyšší pravomoci pojišťovny právě v této oblasti by českému zdravotnictví velice prospěly.

Pojišťovna navíc nesmí tvořit zisk, který by poté investovala a podporovala tím růst firmy. Na druhé straně dobré hospodaření (i v takto legislativně striktních podmínkách) umožnilo, aby pacienti téměř nezaznamenali dopady nedávné ekonomické krize. Pojišťovna – na rozdíl od ostatních odvětví – naopak neustále zvyšovala náklady na zdravotní péči, i když to nebylo tempem, které požadovali lékaři.

2. Pokud by zaměstnanecké zdravotní pojišťovny nehospodařily efektivně, pak by možná některé z nich svoji činnost ukončily. V posledních letech je vyvíjen silný tlak na růst výdajů, kterému však neodpovídají příjmy z výběru pojistného. Díky rezervám z minulých „tučných“ let tak pojišťovny dokážou tento tlak ustát a dorovnat rozdíl v příjmech a výdajích právě z vytvořené rezervy.

**Dr. Ing. Ivan Oliva,**

ředitel Nemocnice Na Homolce



Foto: archiv NNH

1. Nemocnice na Homolce (NNH) ve své strategii definovala a chce dlouhodobě rozvíjet tři hlavní programy: kardioprogram, neuroprogram a komplexní diagnostický program. NNH má příjmy převážně od zdravotních pojišťoven, které jsou výrazně odvislé od parametrů úhradové vyhlášky a od individuálních kontraktů se zdravotními pojišťovnami. Schopnost NNH podporovat rozvoj výše uvedených programů je tedy závislá na parametrech aktuální vyhlášky a schopnosti NNH dojednat se zdravotními pojišťovnami reálnou úhradu poskytnuté péče.

2. NNH je státní příspěvková organizace nepohybující se v tržním prostředí, ale působící ve veřejném zájmu. Jejím primárním cílem je poskytování zdravotní péče, nikoliv tvorba zisku, což jí ukládá zákon. Jak je uvedeno v první odpovědi, příjmy NNH jsou výrazně závislé na parametrech úhradové vyhlášky. Zvýšení úhrad v minulých letech bylo u všech přímo řízených nemocnic povinně použito na zvýšení platů zaměstnanců nemocnic. K navýšení rezerv tedy mohlo dojít pouze v omezené míře a aktuální výše rezervních fondů NNH odpovídá potřebám nemocnice.

**PharmDr. Vladimír Finsterle,**

majitel lekarna.cz a Pears Health Cyber



Foto: archiv MF

1. Z našeho pohledu se nám dlouhodobě vyplácí růst tempem, které odpovídá potřebám našich zákazníků a klientů. To znamená, že nevolíme cesty, které mají krátkodobý dopad, což je v on-line lékárenství tzv. „nákup návštěvnosti“. Chceme se odlišovat zákaznickým servisem, který naše klienty přesvědčí, že se vyplatí nakoupit u nás, i když třeba nejsme v cenových srovnávacích mezi nejlevnějšími lékárnami.

Zcela klíčová je personalizace naší nabídky a řešení problémů, které i zákazníka trápí. Klient pak ví, že jsme pro něj udělali maximum. Neustále proto zvyšujeme investice do IT a logistiky. A je pro nás samozřejmě důležitá kontinuální zpětná vazba. I proto jsme vytvořili program Index štěstí, kterým nám klienti sdělují, a to i svými podnětnými komentáři, jak jsou s námi spokojeni. Fakt, že dosahujeme na [www.lekarna.cz](http://www.lekarna.cz) Indexu v rozmezí 82 až 87 (maximum je 100 a lze jít i do záporných hodnot), ukazuje na vysoký standard klientské orientace.

2. Na otázku je možné odpovědět čistě účetně, ale i manažersky. Jelikož nejsem účetní, soustředím se na podstatu. Prvním přístupem je reinvestice vygenerovaného zisku zpět do investičních projektů a částečně i do vylepšení operativy. Druhou rezervou je budování firemní kultury, která dává kolegům a spolupracovníkům jistotu, že se o ně postaráme i v horších časech. Takže pokud se mohou spolehnout na mě, tak já očekávám, že se mohou spolehnout na ně. Třetí oblast jsou dodavatelско-odběratelské vztahy.

Pokud jsou budovány na vzájemném respektu, důvěře a férovém profitu pro obě strany, pak si dokážu představit, že právě tento postoj podrží firmu i v horších časech.

Připravila Petra Klusáková





# PORADNA

Všeobecné zdravotní  
pojišťovny ČR

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

## Jak indikovat a vykázat očkování

**V první letošní Poradně bychom se chtěli zaměřit na téma očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění, především na pravidla pro správnou indikaci a úhradu. Zároveň chceme poukázat na to, s jakými nedostatky se v této oblasti nejčastěji setkáváme.**

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je hrazeno očkování, tj. očkovací látka a její aplikace, v následujících případech:

- **„povinné“ očkování**, kdy jsou právními předpisy definovány případy, kdy je před provedením pravidelného očkování fyzická osoba povinna podrobit se vyšetření stavu imunity a kdy je povinna podrobit se stanovenému druhu očkování (pravidelné očkování; očkování proti tetanu a proti vzteklině);
- **„nepovinné“ očkování**, které je pojištěncům hrazeno, pokud je indikováno ošetřujícím lékařem a pojištěnec s jeho aplikací souhlasí. Toto očkování může být určeno pro širokou skupinu pojištěnců (pak je zpravidla nárok na úhradu definován přímo zákonem), nebo je určeno pro užší skupinu pojištěnců s konkrétním onemocněním (a úhrada je stanovena rozhodnutím SÚKL).

### Indikace, vykázání a úhrada pravidelného očkování

V případě **pravidelného očkování** je distribuce očkovací látky k lékařům zajišťována distributorem, a to na základě smlouvy uzavřené se zdravotními pojišťovnami. Úhrada je pak realizována mezi pojišťovnou a distributorem, samozřejmě při splnění stanovených podmínek.

První podmínkou úhrady je **provedení pravidelného očkování v souladu s právními předpisy**, tj. se zákonem o ochraně veřejného zdraví (zákon č. 258/2000 Sb.) a vyhláškou o očkování proti infekčním nemocem (vyhláška č. 537/2006 Sb.). Očkování tedy musí být provedeno oprávněným poskytovatelem, správnou a schválenou očkovací látkou a v neposlední řadě **v souladu s očkovacím kalendářem a nastavenými termíny**.

Vlastní úhrada pravidelného očkování z prostředků veřejného zdravotního pojištění pak navazuje na splnění předchozích podmínek v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění.

Očkování musí být provedeno očkovací látkou, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění na základě smlouvy uzavřené mezi pojišťovnou a distributorem ve smyslu § 17 odst. 8 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění. **Zdravotní pojišťovna hradí plně celé očkování, tj. výkon pro aplikaci i očkovací látku.**

Dále musí být dodržena zásada 1 kód pro aplikaci očkování + 1 kód pro ZULP (očko-



MUDr. Emília Bartišková,  
ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče

vací látka; **s nulovou hodnotou**) + příslušná diagnóza.

**Zdravotní výkon se vykazuje zejména kódem 02105 - Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění - případ, kdy ZULP hradí příslušná zdravotní pojišťovna.**

V případě nižší kombinace hrazených vakcín **z důvodu zdravotní indikace** pojišťovna uhradí **všechny vykázané výkony aplikace + očkovací látky** bez ohledu na počty dávek (očkování se vykazuje kódem 02105).

**Při aplikaci jiné očkovací látky, která není hrazena** v rámci smlouvy zdravotní pojišťovny s distributorem, hradí **pojišťovna pouze zdravotní výkon aplikace (02100 - Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění - případ, kdy očkovací látku na základě volby hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce)**. Očkovací látku bude v tomto případě plně hradit pojištěnec.

### Nepovinná, zvláštní a mimořádná očkování hrazená z pojištění

V případě **nepovinného očkování** (očkování proti chřipce, pneumokokové infekci, lidskému papilomaviru a další očkování, pokud úhrada očkovacích látek byla stanovena SÚKL) jsou očkovací látky zajišťované cestou ošetřujícího lékaře. Jejich úhrada je ve výši ekonomicky nejméně náročné varianty, resp. ve výši, kterou stanoví SÚKL. Předpokladem úhrady je splnění podmínek definovaných zákonem o veřejném zdravotním pojištění a indikačním omezením SÚKL.

Vykazuje se 1 kód pro aplikaci očkování + 1 kód pro ZULP (očkovací látka; příslušná úhrada ZULP) + příslušná diagnóza.

Zdravotní výkon se vykazuje zejména kódem **02125 - Očkování včetně očkovací látky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění**.

U **zvláštních a mimořádných očkování** je hrazena **pouze aplikace** očkovací látky (výkon **02130 - očkování v případech, kdy očkovací látka je hrazena podle předpisů o ochraně veřejného zdraví**), očkovací látka je hrazena ze státního rozpočtu.

### Hlavní chyby v indikaci při vykazování

- nesprávná kombinace výkonu a očkovací látky - např. s kódem pravidelného očkování je vykázan kód s úhradou očkovací látky pro nepovinné očkování, nebo není vykázan ZULP k výkonu 02105
- nesprávné množství očkovací látky - nesprávné jednotkové množství nebo nesprávný počet aplikací
- vyúčtování očkování mimo termíny stanovené právními předpisy (tj. „mimo očkovací kalendář“) bez zdravotní indikace k úhradě z veřejného zdravotního pojištění
- vykázaní přeočkování proti pneumokoku u osob nad 65 let (např. aplikace očkovací látky Pneumo 23 po očkování očkovací látkou Prevenar 13)
- očkování v jiných indikacích, než stanovil SÚKL v indikačním omezení (Hiberix, Meningate)

Kompletní informace k indikaci očkování a vykazování úhrad naleznete na stránkách [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz) v sekci „Poskytovatelé - Informace pro praxi - Očkování“.



# Ohlédnutí za reexportem léčivých přípravků

Paralelní obchod s léčivými činidly v EU za předchozí rok celkem 5,2 miliardy eur. V České republice jde ročně o 3 miliardy korun. Odborníci se na speciálním semináři Paralelní export, který uspořádala společnost Androsa, shodli, že oba trhy – evropský i český – mají klesající tendenci.

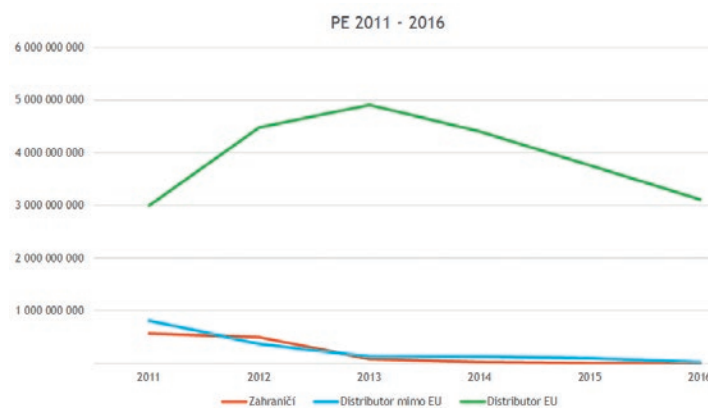
Hynek Valerián ze společnosti Quintiles, která se věnuje farmaceutickému výzkumu, uvedl, že trend paralelního exportu v EU za posledních 12 měsíců zaznamenal čtyřprocentní pokles oproti předchozímu referenčnímu období. Hlavními importními trhy, kam také směřují přepravené české léky, jsou Německo, Velká Británie, Holandsko, Irsko a skandinávské země. Za klíčový trh, s objemem cca 3 miliardy eur, označil právě Německo.

„Celkem 60 procent podílu reexportu tvoří přípravky na specializovanou léčbu, jež mají vysokou cenu, kde distributory láká zajímavý cenový diferenciál mezi importní a exportní zemí. Jsou to přípravky pro oblast onkologie, imunologie nebo k léčbě nemocí centrální nervové soustavy,“ vyjmenoval hlavní segmenty reexportu Hynek Valerián.

Pokles o tři procenta

Český vývoj paralelního exportu ozřejmil Jiří Stránský, ředitel divize Pharma společnosti Sprinx Systems. Uvedl, že zásadní roli v reexportech hrají distributoři ze zemí Evropské unie. Vrcholem přepravej léků z ČR byl podle něj rok 2013, kdy vývoz činil pět miliard korun. Od té doby vývoz klesá a v loňském roce 2016 tvořil tři miliardy korun.

Reexportní činnost způsobuje výpadky léčivých přípravků na trhu, odkud je vyvezen, ale není tomu tak vždy. Ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv Zdeněk Blahuta připomněl, že nedostupnost léků může být způsobena rovněž výrobními výpadky či administrativními a logistickými komplikacemi.



Vývoj paralelního obchodování v ČR

Zdroj: Sprinx Pharma

SÚKL má dosud tři možnosti řešení nedostatku. První eventualitou je individuální dovoz ze zahraničí, druhou možností je institut „specifického léčebného programu“ pro větší skupiny a třetí je tzv. mimořádný dovoz (např. u vakcín). Příkladem typického výpadku je nedávny nedostatek antibiotické masti Framykoin. Jedna z jejích substancí byla vyráběna v Číně, ovšem SÚKL neuznal změnu v registrační dokumentaci, kde nebyl garantován parametr kvality (konkrétně se jednalo o sterilitu). Látka se tedy sterilizovala dodatečně ve Spojených státech, což způsobilo půlroční přerušení dodávky masti na český trh. Ředitel Blahuta přiznal, že evropské lékové úřady nejsou v přístupu jednotné. Právě u Framykoinu slovenský ŠÚKL registrační změnu u ste-

rility za překážku nepovažoval. Mast proto tak na Slovensku dostupná byla.

Obdobnou situaci, kdy SÚKL neschválil postup výroby lékové substance vyráběné v Číně, postihl před časem například také přípravek Pendepon. České levné antibiotikum tak rozhodnutím SÚKL zmizelo z českého trhu. V ČR se nyní používá nákladnější varianta zahraničního generického výrobce. Pendepon lze přesto objednat ze Slovenska.

Kam dál?

Míru budoucího objemu reexportu českých léků do zahraničí ovlivní novela zákona o léčivech, která ještě stále prochází legislativním schvalováním (nyní je projednávána v senátu). Hladké to ale není. Průběh schvalování zkomplikoval mimo jiné pozměňovací návrh, který při schvalování v Poslanecké sněmovně

předložil poslanec a hejtman Kraje Vysočina Jiří Běhounek. Návrh dává distributorovi právo požádat výrobce (resp. držitele rozhodnutí o registraci) o dodávku léku a ten má povinnost žádosti vyhovět. „Tato konstrukce je na samé hranici proveditelnosti. Nejzávažnějším problémem je fakt, že by tento postup omezil dostupnost léků v ČR. Právo distributora na léky od výrobce není (v poslaneckém návrhu – pozn. red.) dále navázáno na povinnost dodat léky do českých lékáren a působí tak výslovně proexportně. Ochromilo by to obecné fungování mezi distributory a výrobci a tím i celý dodavatelský řetězec,“ uvedl na semináři Martin Mátl, ředitel České asociace farmaceutického průmyslu (ČAFF).

Petra Klusáková

## Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek **BALÍČEK PÁNSKÉ KOSMETIKY v HODNOTĚ 497 Kč**



Dárkový balíček s exkluzivní limitovanou edicí pánské kosmetiky **Manufaktura**. Každý muž ocení originální retro design a účinky tradičních bylin obsažených v kosmetice, ženy pak neodolatelnou vůni...

**Dárkový balíček obsahuje tyto produkty:** pánský bylinný sprchový gel & šampón 2 v 1, pánské bylinné mýdlo s mandlovým olejem a pánský bylinný hydratační balzám po holení s panthenolem.

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

**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen do 19. 2. 2017.**

**Předplatné na rok pouze za 399 Kč.**



**Předplaťte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [mladafrota@predplatne.cz](mailto:mladafrota@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0117**. Předplatit si můžete také **on-line** a 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 0117**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

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

# Kulaté stoly. Zdravotnictví a léková politika

Unie zaměstnavatelských svazů a divize Medical Services Mladé fronty uspořádaly sérii kulatých stolů, které plynule navázaly na témata konference Zdravotnictví 2017.

Kulatý stůl na téma Zdravotnictví

„České zdravotnictví působí na první pohled sympaticky – má velmi dobré výsledky ve specializované péči, ale hodně mizerné v péči všedního dne. Hlubším pohledem na péči o chronicky nemocné, kteří spotřebují 80 procent nákladů na zdravotní péči, ale zjistíme, že chybí koordinace jejich jednotlivých poskytovatelů a odpovědnost. To se pak podepisuje na zdravotním stavu populace,“ uvedl jeden ze tří hlavních diskutujících – MUDr. Pavel Vepřek, předseda sdružení Občan. Změna podle něj musí nastat u pojištění, které vnímá jako pasivní správce daně, již distribuuje dle pokynu ministerstva. „Pojišťovny se po vzoru západních systémů musí stát konkurenceschopné a naplňovat principy duálního systému veřejného pojištění. Musí péči organizovat, proto je potřeba zrušit úhradovou vyhlášku i stávající podobu seznamu výkonů. Tomu by měla předcházet zákonná definice rozsahu bezplatné zdravotní péče,“ navrhl Vepřek klíčové změny ve financování.

Předseda Lékařského odborového klubu Svazu českých lékařů MUDr. Martin Engel v souvislosti s úhradami péče připomněl, že mechanismus dohodovacího řízení už neplní svoji funkci – segment nemocnic provází již několik let „standardní“ nedohoda.

K principu úhrad ve zdravotnictví se vyjádřil také předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D. „Úhradovou vyhlášku bych úplně nerušil. Ve financování zdravotnictví je řada proměnných a vyhláška funguje jako distribuční mechanismus prostředků, které jsou k dispozici. Zároveň ale zavedla řadu netransparentních a komplikovaných mechanismů,“ uvedl profesor Prymula. Moderátor kulatého stolu a prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, připomněl závěry, na nichž se diskutující shodli – větší zapojení občanů a stimulování osobní odpovědnosti za zdraví.

Kulatý stůl na téma Léková politika

Ředitelka odboru farmacie PharmDr. Alena Tomášková a koordinátor registrace léčiv Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) PharmDr. Kamil Rössler se v diskusi dotkli problematiky seznamu vyhrazených léčiv. Alena Tomášková uvedla, že na Ministerstvu zdravotnictví vzniká vyhláška, která tato léčiva (lze je používat bez odborné konzultace a slouží kakutinému pokrytí individuální potřeby pacienta – pozn. red.) do budoucna upraví. Naznačila, že by bylo vhodné seznam současných osmi skupin

vyhrazených léků zúžit o dvě molekuly (paracetamol a ibuprofen). Důvod vidí zejména v bezpečnosti pacienta, protože nadužívání může přinášet zdravotní rizika. „Vyrůstá nám generace, která extrémně dostupný paracetamol a ibuprofen nepovažuje ani tak za lék jako spíš za standardní součást života. Výdej těchto molekul by se měl vrátit výhradně do lékáren,“ uvedla.

Zástupce SÚKL Kamil Rössler připomněl, že máme několikanásobně vyšší spotřebu těchto léků oproti okolním státům. Řešení by mohlo poskytnout zlepšení systému kontroly a školení výdejčů vyhrazených léků. Za neúměrně velký považuje seznam vyhrazených léků také emeritní předseda České farmakoeconomické společnosti profesor Jan Švihovec, který se přimlouvá za přehodnocení pravidel, za jakých jsou léky do seznamu zařazovány. Do diskuse vstupoval také vedoucí lékárník ústavní lékárny Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) PharmDr. Michal Hojný. Shrnuje závěry diskuse, v níž se účastníci shodli na nežádoucím posunu startu e-receptu, nutnosti nastavit pravidla ke snížení reexportu a zvýšení dostupnosti léků.

Petra Klusáková

## Češi jsou v boji se závislostmi na světové špičce

**Prof. Dr. Michael Kunze** z Centra pro veřejné zdraví při Institutu sociální medicíny Vídeňské univerzity hodnotí práci českých specialistů s nelegálními návykovými látkami velmi pozitivně. Rezervy vidí v českém přístupu k legálním drogám.

Možné řešení problému legálních drog představuje holistický koncept harm reduction (HR, redukce rizik), který kombinuje moderní medicínský výzkum s aktuálními socioekonomickými ukazateli a spíše než teoretické poučky staví na první místo zdraví pacienta. Čeští odborníci sklízí úspěchy na mezinárodních fórech nejen díky aplikaci této politiky. Ale právě díky ní se mezi drogově závislými v ČR snižuje prevalence hepatitidy C, HIV a dalších infekčních chorob. Závislí mají navíc velmi dobrý přístup k adekvátní a flexibilní zdravotní péči. Překvapivě odlišné klima panuje v oblasti legálních drog, konkrétně v boji proti kouření. S blížícím se přijetím tzv. protikuřáckého zákona se v České republice otevírá nebývalý prostor pro veřejnou diskusi.

Harm reduction k omezení kouření

Každá úspěšná protikuřácká strategie má v základu stejný obsah. Akcentuje redukci negativních fenoménů, jakými jsou předčasná úmrtí či závažné choroby. „Na základě více než čtyřicetileté praxe jsem přesvědčen, že strategie pro boj se závislostí na kouření je skutečně účinná, pokud splňuje čtyři základní předpoklady. Musí poskytovat silné podněty k tomu, aby lidé s kouřením nezačínali. Motivuje lidi a pomáhá jim, aby s návykem přestali. Redukuje riziko u těch, kteří

nejsou schopni zbavit se nikotinové závislosti, a snižuje nebezpečí, jemuž jsou vystaveni nekuřáci,“ uvedl prof. Kunze.

Stejně jako u nelegálních návykových látek je i v případě legálních drog klíčem úspěchu redukce rizik. Před více než čtyřiceti lety Michael Russell ve své přelomové práci prokázal, že zatímco lidé kouří pro nikotin, umírají kvůli dehtu. Adekvátní redukcí rizik je konzumace nikotinu bez dehtu a jedovatých plynů. Ve vědeckých kruzích panuje široký konsenzus, že tzv. bezdýmné nikotinové produkty jsou daleko méně nebezpečné než samotné kouření.

### Švédská zkušenost

Tzv. švédská zkušenost (Swedish Experience) je termín, kterým se označuje jedinečný vývoj ve Švédsku, kde díky preferenci harm reduction produktů došlo mezi uživateli nikotinu od roku 1970 k dramatické eliminaci chorob způsobených kouřením. V roce 2016 je Švédsko zemí s jednou z nejménších prevalence onemocnění způsobených kouřením v EU.



Foto: Michael Kunze

Kouření škodí zdraví

V roce 2016 britská Královská lékařská společnost potvrdila, že nejčastější příčinou předčasných úmrtí, invalidity a sociální nerovnosti v oblasti zdraví je kouření. Bohužel, počet kuřáků, kteří se úspěšně zbavili své závislosti je nízký. To platí i pro Českou republiku, kde Státní zdravotnický ústav eviduje pouze 4 procenta bývalých kuřáků, kteří se ke své závislosti již nevrátí.

Zástupci Královské lékařské společnosti považují poskytování HR produktů (elektronických cigaret kouření) za de facto veřejný zájem a tím i za politiku veřejného zdraví. Ve své nedávné studii, která se věnovala výzkumu norských uživatelů tzv. snusu (specifického druhu orálního tabáku) mezi lety 2013–2015, podal Karl Erik Lund přesvědčivé důkazy o tom, že aplikace snusu významným způsobem eliminovala počet kuřáků v Norsku. Výsledky potvrzují, že tzv. Švédská zkušenost není geograficky determinována a že může docílit pozitivních výsledků i v dalších státech Evropy, tedy i v našem kulturním okruhu. (red)



# Miranella Danosová: S agresí se setkáváme denně

Setkat se s prezidentkou Komory záchranářů **Mgr. Miranellou Danosovou, DiS.**, je poměrně náročné. Kromě plného úvazku zdravotnické záchranářky ve Zdravotnické záchranné službě Olomouckého kraje, kde působí také jako lektorka, pracuje i jako odborná asistentka na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, kde je organizačním garantem oboru Zdravotnický záchranář.

## Záchranářství znáte z teorie i praxe, je to tak?

Pro vyučujícího je to ideální stav. Dříve jsem ale budoucí zdravotnické záchranáře jen učila, u zdravotnické záchranné služby jsem pátým rokem.

## Není to unavující? Setkáváte se přece jen s lidskou bolestí a utrpením...

Někdy je pedagogická činnost dokonce náročnější než ta výjezdová, hlavně po časové stránce. Psychicky je zase náročnější záchranářství. Je to totiž pokaždé trochu jiné, nikdy nevíte, co vás čeká. Je pravda, že jsou období, kdy musíme řešit stavy spíše interního charakteru, tedy somatické choroby u starších lidí, kteří jsou polymorbidní, většinou jsou to exacerbace chronických onemocnění. Převážně jsou to ale traumata při pádech či dopravních nehodách. Na silvestra je zase více poranění horních končetin, která bývají spojena i s popáleninami. V období jara a podzimu, kdy je méně slunce, bývá víc psychiatrických případů, protože lidé mají více sklony k depresím.

## Vyjíždíte i k případům, které pro záchrannou službu vlastně nejsou?

Občas si nás zavolají senioři, kteří žijí sami. Říkají, že je něco bolí. Na místě zjistíme, že si chtějí ze všeho nejvíc popovídat, protože je trápí samota. Když je zima, jsme voláni k bezdomovcům. Ti se zase chtějí někde ohřát.

## Zavolají si vás, abyste je odvezli někam do tepla?

Dobře vědí, že to by jim neprošlo, dispečink by nás za někým takovým neposlal. Bezdomovec zavolá, že vedle něj někdo leží a nereaguje. Přijedeme tam, ale on je při vědomí a ten, který volal, říká, že nereagoval, nemluvil a že měl strach, že se mu něco stalo.

## Co v takových případech děláte?

Když tam přijede posádka s lékařem, pak musí rozhodnout, co bude dál. Pokud ovšem primárně vyjíždí dvojposádka ve složení řidič a záchranář a na místě je zjištěno, že člověk nejeví známky nějaké choroby nebo na něm není viditelné zranění, musí si dovolat druhou posádku s lékařem k posouzení stavu pacienta, zda může být ponechán na místě. Takže jsou u něj vlastně sanitky dvě.

## Setkáváte se často s násilím?

Agrese je problém, který řešíme téměř denně. Je to většinou spojeno s alkoholem a dalšími omamnými látkami. Pod jejich vlivem někteří lidé reagují ne vždy právě příjemně. Nevolají si nás totiž sami. Pokud někdo vidí člověka ležícího na zemi, který mnohdy jen spí, tak má strach, že je v bezvědomí. Ležícího neosloví, ale zavolají rovnou záchranku. My přijedeme, ten člověk po nás ale nijak netouží. Pak ho svou přítomností obtěžujeme. My ho chceme vyšetřit, při-

padně odvézt do nemocnice, pokud je například příliš zmožen alkoholem. Když totiž člověk není schopen stát na nohou, nemůžeme ho nechat ležet na zemi. Je to spojeno s verbální i brachiální agresí, mnohdy mají potřebu se bránit. A neděje se to jen v sobotu či neděli, kdy mívají lidé volno, stává se to i ve všední dny. Agrese ale může být spojena i s psychiatrickým onemocněním.

## Jak se bráníte? Neměl by tedy aspoň jeden člen posádky absolvovat třeba kurz sebeobranu?

Někteří kolegové ve Zdravotnické záchranné službě Olomouckého kraje již kurz sebeobranu absolvovali, myslím si, že tuto možnost mají členové posádek i v jiných krajích.

## Mají záchranné služby personální problémy?

V současné době je vzdělaných záchranářů dostatek, možná je poptávka i vyšší než nabídka. Problémem jsou spíš kompetence záchranářů. Je legislativně ukotveno, co může dělat záchranář sám a k čemu potřebuje dohled lékaře. To jej vede k tomu, že si v určitých případech lékaře zavolat musí. Jedním z příkladů je situace, kdy pacient odmítá transport do nemocnice. V některých krajích to mají ošetřeno vnitřním předpisem, kdy záchranář stav pacienta konzultuje s lékařem telefonicky, ten tak může rozhodnout, že hospitalizace není nutná, a umožní mu, aby pacientovi dal podepsat tzv. negativní revers.

## Budete nějak prosazovat zvýšení kompetencí záchranářů?

Je to běh na dlouhou trať, nelze to udělat ze dne na den, ale chceme, aby kompetence záchranáře byly větší. Je to ovšem spojeno s nutností se také dále vzdělávat.

## Vyjíždíte jen skutečně k závažným případům?

Dnes je to nastaveno tak, že má záchranná služba široké rozpětí – od bolestí zad až po život ohrožující stavy. Takže laické představy, že se staráme opravdu jen o vážné případy, jsou zkreslené. Občas řešíme chronické problémy, které by mohl řešit praktický lékař nebo ambulantní odborný lékař. Pro pacienty je ale jednodušší, když pro ně přijede sanitka a odveze je přímo na cílové pracoviště.

## Dá se tedy nějak účinně bránit zneužívání záchranné služby?

Vše začíná na dispečinku a tam to mnohdy nebývá jednoduché. Dispečerů pacienta nevidí, mohou se jen doptat, a vlastně se rozhodují intuitivně. Lidé také někdy nejsou schopni popsat skutečný stav, mnohdy ho zkreslují k horšímu, protože vědí, že v takových případech záchranka zaručeně přijede. Dispečerů jsou ve velmi těžké roli a je na nich, aby rozhodli, jestli sanitka vyjede.



Foto: Martin Ježek

## Máte „stálé“ klienty, kteří si vás volají často?

Ano, i takoví jsou. U těchto známých firem už víme, proč si nás volají.

## Má záchranka v současnosti dostatek lékařů?

Nemá. I když jsem se nedávno dočetla, že nedostatek lékařů v záchranných službách je uměle vytvořený fenomén, myslím si, že to není pravda.

## Z jakých důvodů?

Je to náročná práce v terénu a má širokou variabilitu. Lékař se v záchranné službě dostane ke všem věkovým kategoriím od novorozence po seniora, setkává se s příchodem nového života na svět, ale také se smrtí. A co se týče oborového průřezu, tak tam najdete skutečně skoro vše. Od neurologických problémů po kardiologické potíže přes polytraumata, spektrum je opravdu velké. Znalosti tedy musí mít lékař povšechné. Ne sice do hloubky, ale musí mít přehled ve všech oborech.

## Je ta práce alespoň slušně zaplácena?

Obecně lze říci, že ve zdravotnictví nejsme dobře finančně ohodnoceni. Zdravotnická záchranná služba je příspěvková organizace, a patří tedy pod kraj. Z krajského rozpočtu jde tak část financí do rozpočtu zdravotnické záchranné služby. Stejně jako sestry a lékaři, tak ani záchranáři rozhodně přepřeláčení nejsou, je to spíš průměrné ohodnocení. Letos nám byly tarifně navýšeny platy o deset procent, ale ve srovnání s jinými zeměmi to stále není mnoho. Zdravotníci by si rozhodně zasloužili lepší ohodnocení své práce, při níž mnohdy mohou být sami v ohrožení života. Naše povolání je rizikové, fyzicky a psychicky náročné, nikdy nevíme, zda zrovna nejsme v kontaktu s pacientem s přenosnou nákazou, jsme v kontaktu se smrtí, dostáváme se do rodin s nízkým sociálním statutem, musíme se celoživotně vzdělávat. Myslím si, že by to mělo být finančně zohledněno.

## Které situace považujete z hlediska záchranářky za nejtěžší?

Así ty, kdy vím, že je nedokážu změnit, že už nedokážu udělat více. To jsou náročné chvíle. Znáám ale mnoho lidí, kteří jsou záchranáři celý život a berou to jako součást svého života a krásnou práci a kteří by nechtěli dělat nic jiného. Mě tato práce hodně naplňuje, takže dnes nedokážu říct, jestli se třeba za pět let nedostanu do fáze vyhoření. Je to však hodně individuální. Myslím, že záleží hodně na přesvědčení a jestli člověk práci bere jako každou jinou, anebo do ní dává kus sebe. Když ji máte hodně rád a splňujete fyzické a psychické předpoklady, dá se dělat celý život.

Martin Ježek



# Ples sester

PLES ČESKÉ ASOCIACE SESTER

3. BŘEZNA 2017  
PALÁC ŽOFÍN

(Slovanský ostrov 226, 110 00 Praha)

VSTUPNÉ 690 Kč / VSTUPENKY OBJEDNÁVEJTE ELEKTRONICKY NA [WWW.PLESPROSESTRY.CZ](http://WWW.PLESPROSESTRY.CZ)  
KONTAKT: [PLESSESTER@MF.CZ](mailto:PLESSESTER@MF.CZ)

## Kam v zimě za vzděláváním?

Přinášíme výběr ze seznamu kurzů, které pořádá Česká lékařská komora, místa jejich konání a počet přidělených kreditních bodů do systému celoživotního vzdělávání.

### **Nové poznatky - aktuální stav dermatovenerologie a problematika revizní činnosti**

*Datum akce:* 24. 1. 2017

*Místo konání:* Budějovická 15, Praha 4, Hotel ILF

*Pořadatel:* IPVZ

*Garant:* MUDr. Jan Calta

*Počet kreditů:* 6

### **Reforma psychiatrické péče**

*Datum akce:* 24. 1. 2017

*Místo konání:* Ústavní 91, Praha 8, Psychiatrická nemocnice, katedra psychiatrie – pavilon 27, první patro

*Pořadatel:* IPVZ

*Garant:* doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

*Počet kreditů:* 6

### **XVII. Live a Video Surgery**

*Datum akce:* 27.-28. 1. 2017

*Místo konání:* Kongresové centrum ÚVN Praha - Střešovice

*Pořadatel:* Oční klinika 1. LF UK a ÚVN

*Garant:* doc. MUDr. Jiří Pašta, CSc., FEBO, přednosta kliniky

*Počet kreditů:* 12

### **Úzkostné a afektivní poruchy v dětském a dorostovém věku**

*Datum akce:* 27. 1. 2017

*Místo konání:* Budějovická 15, Praha 4, Hotel ILF

*Pořadatel:* IPVZ

*Garant:* prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

*Počet kreditů:* 6

### **Seminář KARIM**

*Datum akce:* 27. 1. 2017

*Místo konání:* Aula FN v Plzni

*Pořadatel:* KARIM FN Plzeň

*Garant:* doc. MUDr. Ivan Chytra, CSc.

*Počet kreditů:* 3

### **Kurz rehabilitace spastické parézy A**

*Datum akce:* 27.-28. 1. 2017

*Místo konání:* EuroPainClinics, Starochodovská 91, Praha 4

*Pořadatel:* As. MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D.

*Garant:* As. MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D., prof.

MUDr. Robert Jech, Ph.D.

*Počet kreditů:* 12

### **18. dny dětské endokrinologie**

*Datum akce:* 27.-28. 1. 2017

*Místo konání:* Hotel Zlatá štika, Pardubice

*Pořadatel:* Univerzita Palackého v Olomouci

*Garant:* prof. MUDr. Jan Lebl, CSc., FCMA

*Počet kreditů:* 11

### **Funkční vyšetření v pneumologii**

*Datum akce:* 28. 1. 2017

*Místo konání:* Ordinace pneumologie a diagnostiky plicních funkcí, Závodu míru 582, Karlovy Vary

*Pořadatel:* Česká lékařská komora, Oddělení vzdělávání ČLK

*Garant:* MUDr. Jan Chlumský, Ph.D.

*Počet kreditů:* 6

### **1. Sokolovský pediatrický den**

*Datum akce:* 28. 1. 2017

*Místo konání:* Gymnázium Sokolov, Husitská 2053, Sokolov

*Pořadatel:* NEMOS Sokolov s.r.o., Dětské oddělení

Nemocnice Sokolov

*Garant:* MUDr. Luboš Vaněk

*Počet kreditů:* 6



**TOP HOTEL Praha**  
& Congress Centre

## NEJVĚTŠÍ KONGRESOVÝ HOTEL V EVROPĚ

★★★★

**UBYTOVÁNÍ & WELLNESS**

- 810 pokojů typu 4\*, byznys apartmány
- Wellness s bazénem a vířivkou, masáže
- Tenisové kurty, bowling a japonská zahrada

**KONGRESY & KONFERENCE**

- 5 sálů a 16 salóneků s kapacitou až 5000 míst
- TOP Congress Hall pro 2000 osob
- Parkování až pro 800 vozů

**RESTAURACE & CATERING**

- 5 stylových restaurací, výjimečná gastronomie
- Špičkový catering, možnost externí objednávky
- Lobby bar se zimní zahradou a krbem

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

# SPECIÁL KONGRESOVÉ PROSTORY



## WELLNESS HOTEL BABYLON & EVENT COMPLEX BABYLON LIBREC

Největší hotelové a eventové centrum mimo Prahu



### Ideální zázemí pro pořádání nejen zdravotnických konferencí, kongresů, sympozíí a vzdělávacích seminářů.

- komfortní ubytování ve WELLNESS HOTELU BABYLON až pro 1 000 osob
- více než 20 konferenčních a eventových sálů s kapacitou od 10 do 1 000 osob
- cateringové služby vysoké kvality
- terapie a procedury hotelového WELLNESS CENTRA o rozloze 1 000 m<sup>2</sup>
- indoor AQUAPARK, LASER GAME, BOWLING, INDOOR ADVENTURE GOLF a další doprovodné programy
- snadná dostupnost z Prahy, do 60 minut

**VŠE POD JEDNOU STŘECHOU!**

Centrum Babylon, Nitranská 1, 460 07 Liberec | tel.: 485 249 778 | obchod@centrumbabylon.cz | www.centrumbabylon.cz

#### Jediná jistota je stálá změna (i ve zdravotnictví)

*Datum akce:* 28. 1. 2017

*Místo konání:* Oválná pracovna ČLK, Lékařská 2, Praha 5

*Pořadatel:* Česká lékařská komora, Oddělení vzdělávací ČLK

*Garant:* MUDr. Marcela Černá

*Počet kreditů:* 5

#### Teorie II. psychoanalytického myšlení – 5. blok

*Datum akce:* 28. 1. 2017

*Místo konání:* SPS Břehová, Břehová 3, Praha 1

*Pořadatel:* ČSPAP – Česká společnost pro psychoanalytiku psychoterapii

*Garant:* MUDr. David Holub

*Počet kreditů:* 6

#### Aktuality z posudkové medicíny a sociálního zabezpečení pro západočeské zdravotníky

*Datum akce:* 28. 1. 2017

*Místo konání:* Šafránkův pavilon, Alej Svobody 31, Plzeň

*Pořadatel:* Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni

*Garant:* Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

*Počet kreditů:* 6



## KONGRESOVÉ CENTRUM PRAHA

VÝJIMEČNÉ MÍSTO PRO VÝJIMEČNÉ AKCE

Připravujete společenské setkání, seminář nebo konferenci?

Využijte nejširší nabídky prostor v České republice. K dispozici 70 sálů a salonků s kapacitou 12 - 2764 osob.

Vlastní hotel Holiday Inn Prague Congress Centre.

Bližší informace na telefonu 261 172 222.

tel: 261 172 222  
booking@kcp.cz  
www.kcp.cz



# SPECIÁL KONGRESOVÉ PROSTORY



## PRACOVNÍ DNY KOLOPROKTOLOGICKÉ SEKCE ČCHS ČLS JEP

8. února 2017

Motel (kapacita 20 účastníků)

vstup 500 Kč

9.–10. února 2017

Žižkovská věž

9. 2. 2017 Večer v divadle Archa s občerstvením

Vizita – Neudržitelný rozvoj (Jaroslav Dušek, Pjér la Šéz, Zdeněk Konopásek, Viktor Zborník)

vstup 750 Kč

**TÉMA: MINIINVAZIVITA, TECHNIKA A NOVÁ ŘEŠENÍ V KOLOPROKTOLOGII**

Garantem odborného programu je přednosta Chirurgické kliniky

2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol v Praze prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.

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

Cena KPS ČCHS (5000 Kč) za nejlepší publikaci s koloproktologickou tematikou  
(info o ceně KPS: doma i v zahraničí, na návrhy autorů nebo kohokoli jiného, kopie publikace nutná).

Návrhy zasílejte do 31. 1. 2017 na e-mail: [matouskova@mf.cz](mailto:matouskova@mf.cz)



MEDIÁLNÍ PARTNER

ORGANIZÁTOR



### Neodkladná resuscitace a urgentní stavy

Datum akce: 1. 2. 2017

Místo konání: Oranžérie, Lázně Hodonín, p. o.

Pořadatel: OS ČLK Hodonín a RZP, a s. Trenčín

Garant: MUDr. Milan Brázdil

Počet kreditů: 6

### Symposium ke Světovému dni proti rakovině

– Nádorová onemocnění hlavy a krku

Datum akce: 1. 2. 2017

Místo konání: Lékařský dům ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

Pořadatel: Liga proti rakovině Praha, z. s., ve spolupráci  
s Českou lékařskou společností J.E.P.

Garant: prim. MUDr. Miloslav Pála, Ph.D., MBA

Počet kreditů: 6

### Akrální koaktivační terapie u kojenců a dětí

Datum akce: 9. 2. 2017

Místo konání: ACT centrum s. r. o., nám. 5. května 2/12,  
Čelákovice

Pořadatel: ACT centrum s.r.o.

Garant: MUDr. Pavel Drlík

Počet kreditů: 6

## XXIII. PAŘÍZKOVY DNY

9. a 10. 3. 2017

CLARION CONGRESS HOTEL

Ostrava

### ZAHŘANIČNÍ HOSTÉ KONFERENCE:

Professor John W. Weisel, Ph.D.  
Leonardo R. Brandão, MD, M.Sc  
Lubica Rauova, MD, PhD

## SOUTĚŽ O NEJLEPŠÍ POSTER

Vědecký výbor bude hodnotit v těchto kategoriích:

- A** lékařská sekce–lékař do 35 let (1. místo – 25.000 Kč)
- B** sesterská sekce (1. místo – 10.000 Kč)
- C** laboratorní sekce (1. místo – 10.000 Kč)

Aktuální informace a přihláška na [www.hanzo.cz/pd](http://www.hanzo.cz/pd)

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č.16.

Vzdělávací akce je pořádána podle vyhlášky MZČR č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb.





## VÁŠ KONFERENCEČNÍ PŘÍSTAV HOTEL PORT...

- ✓ Bohaté zkušenosti s velkými konferencemi i menšími školeními
- ✓ 3 salonky a další variabilní prostory
- ✓ Konferenční sál až pro 200 osob
- ✓ Možnost jednání nebo párty na lodi

★★★★  
**HOTEL PORT**  
MÁCHOVO JEZERO  
[www.hotelport.cz](http://www.hotelport.cz)

# MEDICAL SERVICES



MLADÁ FRONTA

## Aktuální vzdělávací akce

**Revmatologie  
a revmatochirurgie  
pohybového aparátu**

**Hotel NH Prague City**

**3. 2. 2017**

**Pracovní dny  
koloproktologické sek-  
ce ČCHS ČLS JEP**

**Žižkovská televizní věž**

**8. 2. 2017**

**Lícni nerv – anatomie,  
patologie, léčba**

**Hotel NH Prague City**

**23. 2. 2017**

**Ples sester**

**Palác Žofín**

**3. 3. 2017**

**Sestra roku**

**Hudební divadlo Karlín**

**28. 3. 2017**

**3. pražský sexuologicko-  
andrologický  
mezinárodní kongres**

**Hotel NH Prague City**

**7. 4. 2017**

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



# Kvalita péče začíná od personálního klíče

*Biografie v managementu dlouhodobé péče byla tématem odborného sympozia, které koncem loňského roku uspořádal Erwin Böhm Institut ve spolupráci s divizí Medical Services Mladé fronty.*

Kongres se konal v prostorech Magistrátu hl. města Prahy. Odborným garantem byla PhDr. Eva Procházková, Ph.D., certifikovaná lektorka psychobiografického modelu péče s mezinárodní akreditací ENPP/EU. Jedná se o nový přístup k ošetrovatelské péči o seniory s využitím znalosti jejich životního příběhu a je zaměřen na podporu sebestaršování a zmatených lidí a na způsoby, jak oživením jejich psychiky tuto schopnost co nejdéle uchovat. Úvodní slovo si vzala ministryně práce a sociálních věcí Mgr. Michaela Marksová. Informovala auditorium o probíhajícím jednání se zdravotními pojišťovnami stran ekonomických aspektů zdravotní a sociální péče a o přípravě tzv. změnového zákona, který by propojil zdravotní a sociální péči.

Prezidentka České asociace sester (ČAS) PhDr. Martina Šochmanová, MBA, poděkovala nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří každodenně a neúnavně pečují o seniory. Uvedla, že se asociace snaží o to, aby nedošlo ke znevážení povolání sestery a ostatních nelékařských pracovníků. Za dílčí úspěch považuje, že ministr zdravotnictví vyslyšel argumenty a projednávání novely zákona č. 96/2004 Sb. přesunul na lednové jednání sněmovny. „Věřím, že jednání o novele povedou k tomu, aby se nedegradovala naše nelehká povolání. Vyspělá společnost se pozná podle toho, jak se dokáže postarat o své potřebné. Naši snahou je, aby se péče o seniory svou kvalitou rovnala péči ve vyspělých zemích EU,“ dodala prezidentka ČAS. Účastníky akce pozdravil i viceprezident APSS ČR Ing. Jiří Procházka.

Dlouhodobá péče – možnosti řešení

Ředitel odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) Mgr. Bc. David Pospíšil, DiS., představil základní vizi v dlouhodobé péči, která probíhá v sociálních službách i ve zdravotnických zařízeních. Tuto péči definoval jako spektrum služeb. „Důležitou roli pro fungování proto hrají nadresortní opatření podporující provázanost a propustnost. V ČR dlouhodobě chybí koncepční řešení péče o lidi, kteří potřebují v důsledku neuspokojivého zdravotního stavu a nepříznivé sociální situace souběžně čerpat zdravotní i sociální péči. Pokusíme se zdravotní a sociální složku vzájemně propojit,“ dodal autor prezentace.

David Pospíšil vidí problémy i v oblasti kvality a v oblasti materiálně technického a personálního zajištění. „Právě z těchto důvodů připravujeme tzv. změnový zákon, který se bude snažit reagovat na současný stav v obou resortech. Současně se budeme snažit o to, aby personální požadavky odpovídaly současnému stavu. Změnový zákon jsme dostali od vlády jako legislativní úkol, který řešíme ve spolupráci s MZ ČR a MPSV je hlavním gestorem,“ řekl. Návrh zákona bude primárně měnit zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s tím, že následně bude zasahovat i do prováděcích právních předpisů zdravotnické legislativy. Zejména se to bude týkat úhradové vyhlášky. Dále vysvětlil, že úprava zavádí vznik nové pobytové sociální služby, nazývané jako ošetrovatelský domov.

Ošetrovatelské domovy

Domovy jsou určeny osobám se sníženou soběstačností, které se kvůli zdravotnímu stavu neobejdou bez pomoci jiné osoby. David Pospíšil uvedl, že služba by měla být připravena pro resort sociálních věcí i zdravotnictví. Tyto domovy poskytují současně i pobytové sociální služby a na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb i domácí ošetrovatelskou péči osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci z důvodu snížené soběstačnosti. Službu ošetrovatelský domov mohou nabízet současní poskytovatelé sociálních služeb, tedy domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, ale i další sociální pobytové služby nebo služby v resortu zdravotnictví, kupříkladu LDN. Současní poskytovatelé zdravotních služeb, kteří budou mít zájem vykonávat novou sociální službu, budou muset získat plnou registraci sociální služby dle zákona o sociálních službách a mohou být rovněž zařazeni do sítě poskytovatelů sociálních služeb.

Ošetrovatelské domovy

Domovy jsou určeny osobám se sníženou soběstačností, které se kvůli zdravotnímu stavu neobejdou bez pomoci jiné osoby. David Pospíšil uvedl, že služba by měla být připravena pro resort sociálních věcí i zdravotnictví. Tyto domovy poskytují současně i pobytové sociální služby a na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb i domácí ošetrovatelskou péči osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci z důvodu snížené soběstačnosti. Službu ošetrovatelský domov mohou nabízet současní poskytovatelé sociálních služeb, tedy domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, ale i další sociální pobytové služby nebo služby v resortu zdravotnictví, kupříkladu LDN. Současní poskytovatelé zdravotních služeb, kteří budou mít zájem vykonávat novou sociální službu, budou muset získat plnou registraci sociální služby dle zákona o sociálních službách a mohou být rovněž zařazeni do sítě poskytovatelů sociálních služeb.



Povinností dodavatele sociálních služeb je naplnění kritérií standardů kvality sociálních služeb. Cílovou skupinou jsou pak lidé se sníženou soběstačností, rozdělení do čtyř základních kategorií. Rozhodnutí o kategorii bude v kompetenci ošetřujícího lékaře. „Resort práce umožní, aby se v těchto službách hradily tzv. hotelové služby (ubytování a strava), jak je známe v současných zařízeních pro seniory či z jiných pobytových sociálních zařízení, současně však bude umožněno financování z příspěvku na péči. Změní se úhrada zdravotní péče skrze novou odbornost 923 s tím, že na jednotlivé kategorie klienta by se poskytovala paušální platba,“ vysvětlil ředitel odboru. Závěrem shrnul, že nová úprava nabízí možnost poskytování rozšířené ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a přináší možnost paušální úhrady za ošetrovatelskou péči na těchto lůžkách. Vybraným poskytovatelům zdravotních služeb přináší větší dostupnost sociální péče a je dobrým podkladem pro budoucí jednání o komplexní úpravě této oblasti.



Zleva Heidemarie Staflingerová, Eva Procházková, Michaela Marksová a ředitel divize Medical Services Mladé fronty Karel Novotný  
Foto: Jana Schrammová

Odpolední program otevřela svým příspěvkem Eva Procházková. Předložila problematiku personálního klíče pro sociální bytové služby jako téma, které je v současnosti velmi aktuální a které je nutno uchopit v podkladových materiálech s výslednými čísly a grafy. Tyto výstupy jsou a musí být podloženy skórovacími mechanismy pro stanovení stupně kvality péče, kterou je nutné umět definovat v termínech optimální, přiměřená, bezpečná a nebezpečná kvalita péče v návaznosti na stupeň zátěže pečovatele, který ovlivňuje stanovenou kvalitu péče a výsledně i personální klíč. Ve svém příspěvku také upozornila na kooperaci s Komorou pracujících Horního Rakouska ve vědecko-výzkumném programu, zaměřeném na podporu pečujících v dlouhodobé péči.

Jak pracuje Komora pracujících Horního Rakouska

Komoru pracujících Horního Rakouska představila MMag. a Heidemarie Staflingerová. Podle jejích slov je činnost komory velmi specifická. Členství v komoře pracujících je ze zákona povinné, své zástupce má ve všech devíti rakouských zemích a jen v Horním Rakousku je v ní registrováno 40 tisíc členů. Komora má také svůj parlament, díky čemuž je v úzké spolupráci s politickým zastoupením země. Pokud se mění legislativa v oblasti péče, jsou její zástupci vždy přizváni k jednání.

Autorka prezentace také uvedla, že v Rakousku se, podobně jak v Česku, zabývají také personálním obsazením v dlouhodobé péči a seniorských domech. Za důležitou oblast považuje nejen personální klíč, ale i oblast vzdělávání, kde by uvítala spolupráci obou zemí. Závěrem přítomným přiblížila současné trendy v oblasti poskytování péče. Uvedla, že je kladen důraz na rychlost, větší kontrolu a vyšší kvalitu poskytnuté péče. Tyto požadavky mají totiž negativní dopady v praxi.

Personální klíč v dlouhodobé péči o seniory a pozice mentora

Lenka Haslarová ze Stuttgartu hovořila o svých zkušenostech z práce v oblasti sociální péče v Německu. V úvodu vysvětlila pojem personální klíč. „Tento pojem nám říká, na kolik klientů připadne jeden pracovník na plný úvazek. Obsahuje brutto pracovní čas, tedy včetně dovolené, pracovní neschopnosti, školicích aktivit, pro sedm dní v týdnu a 24 hodin denně. Zda jsou zahrnuti vedoucí ošetrovatelského úseku a sociální pracovníci, záleží na jednotlivých zemích. Nejedná se o počet pracovníků na směně,“ uvedla autorka prezentace. Stanovení personálního klíče totiž závisí na mnoha faktorech, jakými jsou například stupeň závislosti na péči, výsledky jednotlivých vyjednávání/rízení a uzavření smlouvy, na roli ministerstva zdravotnictví jednotlivých zemí a dalších partnerů. „V současnosti neexistuje jednotný způsob výpočtu personálního klíče,“ poznamenala Lenka Haslarová.

Vysvětlila také, proč je klíč důležitý a proč může být užitečný. Pro stát je významný kvůli transparentnosti, srovnatelnosti a vývoji cen v sektoru. Pro zaměstnavatele pak, aby věděl, zda dodržuje či překračuje zákonné normy, aby se choval hospodárně a aby měl argument pro vyjednávání s odbory. Pro zaměstnance je argumentem při vyjednávání se zaměstnavatelem a poskytuje právní jistotu v případě ošetrovatelských chyb. Personální klíč je důležitý také pro klienta, jemuž zaručuje zajištění péče a ochranu zdraví a života.

V další části výkladu se Haslarová věnovala otázkám, které jsou v Německu v současné době v ošetrovatelství nejvíce diskutovány. Jak financovat práci nové generace

sester, zda má jejich činnost platit zaměstnavatel, jestli má finančně participovat i klient či zda jsou jiné možnosti, jak ošetrovatele zaplatit. Otevřela také otázku vzdělávání – od tříleté školy směrem k dalšímu studiu, a jak sestry nejlépe připravit na praxi v době, kdy stoupá počet seniorů, jejichž multimorbidita zvyšuje nároky na kvalitu péče a vzdělávání.

Měříme růst kvality péče

Mapováním kvality přímé péče s výstupem pro personální klíč se zabýval Ing. Josef Trčka, ředitel Domova sociální péče Kralovice, p. o. Zařízení poskytuje péči 90 klientům se zdravotním postižením od 40 let věku, přičemž jejich průměrný věk je 82,4 let a průměrná doba pobytu okolo tři a půl let. V zařízení pracuje celkem 64 zaměstnanců.

Dlouhodobým cílem domova je dominance v tržním segmentu v teritoriu severního Plzeňska.

„Na cestě od nemocnice k sociálnímu zařízení musíme nahradit ‚efektivní‘ a necitlivou funkční péči jinou metodou – humánní péčí orientovanou na individuální potřeby klienta. Je tedy třeba změnit přístup pečujících ke klientovi. Začali jsme pracovat s biografií klientů na základě vzdělávání vedeného lektorkou Evou Procházkovou.“ Kvalitu péče přednášející rozdělil na optimální, přiměřenou, bezpečnou a nebezpečnou a seznámil přítomné se způsoby měření kvality péče a stanovení finanční odměny klíčovými pracovníkům a vedoucím za každého klienta s kvalitou péče optimální či přiměřené. Bc. Libor Formánek, zástupce ředitele a vedoucí sociální pracovník domova Kralovice, pokračoval ve svém příspěvku v tématu měření kvality péče, která je významně ovlivněna zátěží pečovatele. „Na základě mapování skóre zátěže pečovatele je možné modulovat personální klíč na jednotlivých úsecích, ale hlavním přínosem je aktivní zpětná vazba pečovatele, který si tuto zátěž umí skórovat samostatně i v týmu,“ sdělil přednášející a uvedl příklady z praxe.

Přínos práce mentora pro implementaci biografické koncepce péče. Vyhodnocení projektu RevitaS

Mentorka Bc. Alena Bártíková z Domova pro seniory v Bechyni představila projekt RevitaS, jehož cílem je vybudování oddělení s individualizovanou péčí o klienta podle jeho biografie. Věnovala se implementaci biografie do praxe, což znamená především využívání znalostí práce s biografií, práce s klienty v malých skupinách a jejich aktivizace podle individuálních potřeb. Klientovi je třeba poskytnout dostatek času, slovní popis každé činnosti a zajistit mu asistenci při běžných činnostech. Důležité je sjednocení postupů při péči, využívání specifických přístupů personálu ke klientům a zapojení rodinných příslušníků. Nastavená péče se zaznamenává do tabulky na pokojích. K tomu byl vypracován hodnotící systém pro kategorii kvality péče při jejím dlouhodobém poskytování.

Výsledky hodnotícího systému pro kategorii kvality

Projekt byl zahájen 1. února loňského roku. K 1. 2. 2016 byla z celkového počtu 23 klientů přiměřená péče poskytována 9 klientům a optimální péče 14 klientům. K 30. 9. 2016 byla přiměřená péče poskytována pěti klientům a optimální péče 18 klientům. Došlo tedy ke zlepšení péče (přechodu z přiměřené do optimální péče). Kategorie bezpečná a nebezpečná péče se v projektu nevyskytovala.

K šetření byl použit dotazník pro pečující s cílem zjistit, zda ošetrovatelům znalost biografie pomáhá v každodenní péči o klienta, jestli jsou biografické údaje doplňovány průběžně a jestli jim pomáhají při výběru vhodných aktivit. Všichni dotazovaní se shodli, že biografie je klíčová, i když sběr dat je někdy velmi obtížný. Zejména byl oceňován individuálnější přístup. Problémy bývají ze strany rodiny, která nemá zájem spolupracovat, a někdy si dokonce nepřeje, aby byly některé informace o klientovi zjištěny. Ze všech dotazníků vyplývá, že personál chápe důležitost znalosti životního příběhu seniora a že jej uznává jako základ přímé péče.

Hlavními partnery odborného sympozia byly společnosti SCA Hygiene Products, s. r. o., a CLINITEX s. r. o.

(eta)



# Prevenencia chrípkvy u seniorov

Chrípka je sezónne vysoko nákazlivé vírusové ochorenie s maximálnym výskytom v chladných mesiacoch, najčastejšie medzi decembrom a marcom. Ochorenie sa vyskytuje celosvetovo, pričom najohrozenejšou skupinou sú malé deti, pa-cienti s chronickým respiračným alebo kardiovaskulárnym ochorením, diabetici, imunosuprimovaní pacienti, pacienti s AIDS a seniori.

U seniorov je zistený najvyšší počet úmrtí v súvislosti s chrípkou. Je nutné si uvedomiť, že úmrtie v dôsledku chrípkových komplikácií nie je ničím výnimočným, do dnešného dňa zomrelo na celom svete na chrípku viac osôb než na ochorenie AIDS.

## Očkovanie

Najvýznamnejším preventívnym opatrením, ktoré pomáha znížiť počty chorých na chrípku, prípadne skrátiť dobu ochorenia a znížiť výskyt komplikácií, je očkovanie. Zaočkovanosť v slovenskej populácii je bohužiaľ veľmi nízka - pohybuje sa okolo 5 - 7 % populácie. V porovnaní s ostatnými vyspelými európskymi štátmi je to asi 3x menej. Liečba chrípkvy je symptomatická, k dispozícii sú aj antivirotiká, ktoré sú však podávané iba u rizikových skupín populácie. V bežnej populácii je často bežné vírusové ochorenie dýchacích ciest zamieňané za chrípku, ktorá však má odlišné príznaky. Chrípka je ochorenie s explozívny charakterom, k prenosu dochádza kvapôčkovou infekciou (rozprávaním s prskaním, kýchaním, kašľom) alebo prostredníctvom kontaminovaných predmetov, vstupnou bránou býva sliznica nosohltana a vzácné aj očné spojivky. Inkubačná doba je 2 - 3 dni. Pri chrípkve sa jedná o náhle vzniknutú vysokú horúčku (aj cez 39 °C), triašku, silnú bolesť hlavy, svalov a kĺbov, únavu, slabosť, bolesť hrdla, suchý, dráždivý kašeľ (popr. s bolesťou za hrudnou kosťou) často prechádzajúci do kašľa produktívneho, u detí sa objavuje spavosť, niekedy až s halucináciami, u dojčiat a batoliat býva prítomná nauzea a hnačka. Na rozdiel od iných vírusových infekcií nebyva u chrípkvy výrazná nádcha. Pri nekomplikovanom priebehu trvá chrípka 7 - 10 dní. Horúčka 38 - 41 °C býva u nekomplikovanej chrípkvy prítomná obvykle po dobu 3 dní, potom postupne v priebehu 2 - 3 dní klesá. Suchý kašeľ ustupuje väčšinou za 3 - 4 dni po normalizácii teploty a postupne prechádza v kašeľ vlhký s miernou expektoráciou. Ustupuje do 10 - 14 dní. Zvýšená únavnosť môže pretrvávajúť až mesiac.

Veľmi rizikový je vznik komplikácií, ako je zápal pľúc. Často sa pridružuje aj zápal prínosových dutín a zápal stredného ucha. Primárnou komplikáciou je vznik primárnej intersticiálnej chrípkovej pneumónie. Rozvíja sa krátko po počiatkových symptómoch ochorenia, dochádza k zhoršeniu kašľa, dýchavičnosti, cyanózy až k akútnej dychovej nedostatočnosti. Vzhľadom na to, že je tento typ pneumónie spôsobený chrípkovými vírusmi, antibiotiká nie sú indikované. Pacient musí byť ihneď hospitalizovaný a musia mu byť včasne podané protinádchové antivirotiká. Sekundárnou komplikáciou chrípkvy je bakteriálna superinfekcia vyvolaná najčastejšie baktériami Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus a Streptococcus pyogenes, spôsobujúci bakteriálny zápal pľúc. Dôkladnú osvetu o dôležitosti očkovania chrípkovou vakcínou by mali vykonávať najmä praktickí lekári, ku ktorým sa pacienti s dôverou obracajú, a rovnako tak aj lekárnici. Terapia nekomplikovanej chrípkvy je symptomatická. Vyžaduje sa pokoj na lôžku, dostatočný príjem tekutín a vitamínu C. Zo symptomatických liečiv sa využívajú pri bolestiach hlavy, svalov a kĺbov analgetiká, pri horúčke antipyretiká, pri suchom dráždivom kašli antitusiká, pri expektorácii hlienu naopak mukolytiká, pri rozvoji bakteriálnych komplikácií sú nasadené antibiotiká. Z bežných analgetík je liekom voľby paracetamol, prípadne je možné použiť nesteroidné antiflogistiká (NSAID). Pri horúčke nad 38 °C sú indikované antipyretiká.

Chrípka je globálnym endemickým ochorením

Je veľa dôvodov, prečo je potrebné ochoreniu predchádzať, aby sa dopad na spoločnosť

v čo najväčšej miere znížil. Každoročný výskyt chrípkvy s častými komplikáciami a nemalým počtom úmrtí oprávňuje opätovne zdôrazňovať lekárom a všetkým zdravotníckym pracovníkom, ale i laickej verejnosti možnosti prevencie vrátane očkovania. Očkovanie proti chrípkve, i keď sa musí v súčasnosti každoročne opakovať, chráni pred ňou do značnej miery. U osôb vyššieho veku očkovanie proti chrípkve výrazne znižuje počet komplikácií s možným smrteľným zakončením. Odporúčania pre očkovanie proti chrípkve vychádzajú z epidemiologických analýz, pozorovaní a zo skúseností, možnosti prevencie.

Každoročne ochorenie na chrípku viac ako 500 miliónov ľudí, t. j. 10 % z celosvetovej populácie, v období pandémie môže ochoriť až 50 % populácie. Chorý človek je vysoko infekčný. Imunita po prekonaní ochorenia je krátkodobá. Veľká premenlivosť vírusu a krátkodobá imunita majú preto za následok rýchle šírenie chrípkových vírusov, najmä v uzavretých a preľudnených priestoroch s nedostatočným vetraním. Každoročne sa zaznamená takmer 5 miliónov ťažko prebiehajúcich prípadov, z ktorých až 500 tisíc končí úmrtím. U oslabených osôb, osôb s chronickým respiračným alebo kardiovaskulárnym ochorením, alebo u starších ľudí ochorenie častejšie končí smrťou. Vysoká je aj úmrtnosť u osôb vo veku nad 60 rokov. Tvoria 80 - 90 % z počtu zomrelých počas chrípkových epidémií. Podľa najnovších odhadov Európskeho centra pre kontrolu a prevenciu chorôb zomrie v Európskej únii každý rok v dôsledku chrípkvy minimálne 40 000 ľudí. Väčšina z týchto úmrtí je u starších ľudí, ktorí trpia chronickým ochorením, napr. srdcovým alebo pľúcny.

## Medzinárodné odporúčania pre očkovanie proti chrípkve

Svetová zdravotnícka organizácia označila za kľúčové rizikové skupiny, ktoré môžu mať prospech z očkovania proti chrípkve, starších ľudí a ľudí s chronickým ochorením, napr. srdcovým alebo pľúcny. Títo ľudom hrozí najvyššie riziko úmrtia alebo závažných zdravotných problémov, ak ochorejú na chrípku. Väčšina krajín EÚ preto odporúča očkovanie proti chrípkve najmä tejto populácii, ale zdôrazňuje aj dôležitosť očkovania proti chrípkve pre starých ľudí žijúcich v domovoch sociálnych služieb a iných kolektívnych zariadeniach a odporúča očkovanie aj zdravotníckym zamestnancom a ľuďom, ktorí môžu byť pri svojej práci vystavení riziku nákazy. Očkovanie proti chrípkve sa odporúča všeobecne pre celú populáciu, i keď sú skupiny obyvateľstva, ktorým hrozí vyššie riziko ochorenia a vyššie riziko komplikácií po chrípkve.

Na Slovensku sa očkovanie odporúča vykonať v jesenných mesiacoch pred obdobím zvýšenej aktivity chrípkvy, môže sa však vykonať i v ďalších mesiacoch. Ak sa však očkovanie vykoná v čase zvýšenej aktivity chrípkvy, môže byť efektívnosť očkovania nižšia. V priemere o 10 - 14 dní po očkovaní sa vytvárajú protilátky. Rýchla imunitná odpoveď na očkovanie sa potvrdila po 7 dňoch po očkovaní u 59 % zaočkovaných.

Efektívnosť očkovania závisí od veku, imunitného systému očkovanej osoby, od podobnosti kmeňov vo vakcíne a cirkulujúceho kmeňa v populácii v danej sezóne. V prípade podobnosti kmeňov je efektívnosť očkovania u osôb mladších ako 65 rokov 70 - 90 %, u mladých zdravých dospelých je efektívnosť vyššia ako 90 %. U oslabených alebo starších osôb je efektívnosť očkovania iba 30 - 40 %, ale zvyšuje sa v prevencii hospitalizácií na 50 - 60 % a v prevencii úmrtí u starších osôb na 80 %.

PhDr. Iveta Ondriová PhD., PhDr. Ivana Ivanová,  
ondriova@unipo.sk

Inzerce M17100041



Jedinečné vzdelávaní pro vedoucí pracovníky v sociálních službách

## CERTIFIKOVANÝ MANAŽER V SOCIÁLNIH SLUŽBÁCH

rozsah 20 dnů po 8 vyučovacích hodinách během 2 let

**Tematické bloky:** Právní minimum, Ekonomika, Manažerské dovednosti, Strategický management, Řízení lidských zdrojů

**Zahájení:** 2. března 2017, Praha (na jaro připravujeme také pro Moravu)

**Kontakt:** Mgr. Magda Dohnalová, mob.: 724 940 126, institut@apsscr.cz

**Přihláška na [www.institutvzdelavani.cz](http://www.institutvzdelavani.cz) v záložce Otevřené kurzy.**



# Varixy

Žilní varixy neboli křečové žíly jsou nejčastějším žilním onemocněním. Jako typická civilizovaná choroba postihují zejména obyvatele vyspělých zemí. Onemocnění se týká mužů i žen a není zdaleka jen otázkou vysokého věku. U dětí a mladistvých se objevují vzácně, občas se vyskytnou i v těhotenství.

Příčin vzniku křečových žil může být celá řada. Jsou-li povrchové žíly přetěžovány velkým objemem krve nebo je-li narušená žilní stěna, která tak ztrácí pevnost, začnou se vakovitě rozšiřovat. Významným faktorem je chronická žilní insuficience. Tento stav bývá vrozený a projevuje se poruchou funkce žil dolních končetin či poruchou funkce žilních chlopní. Žilní nedostatečnost se zejména u žen může kombinovat se sedavým neaktivním způsobem života (není využívána svalová pumpa) a hormonálními změnami v těhotenství.

Důsledkem je pak městnání krve v žilním systému dolních končetin a kvůli narušené funkci chlopní v spojovacích žilách také přelévání krve z hlubokého systému do povrchového. Povrchový systém není na tak velikou objemovou zátěž stavěný, a proto se jeho žíly začnou vakovitě rozšiřovat. Dojde-li v povrchovém systému k opakovaným záležitostem povrchových žil, naruší se žilní stěna, sníží se její mechanická odolnost a vznik varixů je mnohem pravděpodobnější.

Žilní varixy se nejčastěji objevují na žilách dolních končetin a nelze je považovat jen za kosmetický problém. Dlouhodobým zanedbáváním křečových žil si můžeme přivodit i závažné obtíže, jako jsou žilní trombóza nebo bércový vřed. Proto by se jejich léčba neměla podceňovat.

Hlavním rizikovým faktorem je dědičnost, která má vliv na abnormální žilní stavbu. Dalšími činiteli jsou vyšší věk (s přibývajícím věkem se snižuje pružnost a pevnost žil), gravidita (u žen se často vyskytují až po více porodech), obezita (souvisí se sedavým způsobem života a zácpou), působení hormonální léčby či hormonální antikoncepce a kouření.

Specifika předoperační přípravy a pooperační péče v Nemocnici Znojmo, p. o.

Nejprve si lékař vyžádá souhlas pacienta s druhem operace a anestezie (celková nebo spinální). Dále ho seznámí s riziky operace (krvácení s podlitinami na končetině, infekční komplikace hojení ran, zánět žil, plicní embolie, recidiva křečových žil). Sestra v rámci svých kompetencí poučí pacienta o předoperační přípravě a provede zápis do ošetřovatelské dokumentace. Večer před operací mu podá Clexane injekci jako prevenci TEN (tromboembolické nemoci). V den operace je pacientovi ohlášeno operační pole – celá dolní končetina včetně třísla (dle druhu operace). Operátor označí průběh operace křečových žil.

Po zákroku je důležité dodržovat elevaci dolních končetin. Podle druhu operačního výkonu končetiny bandážujeme buď jen pod koleno, nebo až do třísla. Podle zvolené anestezie a aktuálního zdravotního stavu mobilizujeme pacienta za doprovodu sestry již v den operace. Podle ordinace lékaře podáváme analgetika a sledujeme jejich účinek. Kontrolujeme stav krytí, zda po operaci neprosakuje. Pečujeme o žilní vstupy a sledujeme vyprazdňování po operaci. První den po výkonu bandáž neodstraňujeme, pouze upravíme dle pokynu lékaře. Druhý den převazujeme a dezinfikujeme ránu, případně ujmeme Novikou. Pokud se na končetině objeví hematomy, pak aplikujeme

## Prevence vzniku varixů

- Každý den se věnujte pohybové aktivitě, prospěšná je i chůze.
- Provádějte jednoduché cviky, třeba zkuste nohama psát písmenka ve vzduchu.
- Vyvarujte se dlouhého stání nebo sezení a snažte se nohy dávat častěji do zvýšené polohy.
- Neseďte s překříženými nohama.
- Choďte raději v botách s nižším podpatkem.
- Nenoste oblečení, které je velmi stažené v oblasti třísel a kolen, čímž omezuje tok krve směrem k srdci.
- Dbejte na důslednou hygienu dolních končetin.
- Omezte pohyb v příliš teplé vodě, na závěr koupele sprchujte nohy studenou vodou.
- Udržujte si optimální váhu a stravujte se podle zásad zdravé výživy. Na dodržování by měly dbát těhotné ženy, neboť náhlá změna tělesných proporcí bývá rizikovým faktorem vzniku žilních problémů.

lokálně Lioton 100 000 gel, Heparoid mast (ale ne přímo do rány). Bandáž přiložíme pod koleno, někdy obvazujeme končetinu celou. Probláhá-li hojení bez komplikací, odchází pacient do domácího ošetření již druhý pooperační den.

Pacient je poučen o možných komplikacích. Je doporučeno aplikovat obvazy dolních končetin do vytažení stehů s tím, že se nechávají i na noc. Lze je sejmut pouze z důvodů provedení hygieny, kdy se dolní končetina osprchuje vodou, na rány se nepoužívá mýdlo a poté se končetina opět zabandážuje. Extrakce stehů se provádí za sedm až deset dní v chirurgické nebo cévní ambulanci.

Po odstranění stehů je třeba, aby pacient nosil dva až tři měsíce elastické punčochy a fyzickou námahu omezil ještě jeden až dva měsíce po operaci. V případě hematomů je nasazena lokální terapie podle doporučení lékaře. Pacient je sledován v cévní ambulanci, kam přichází na další kontrolu zhruba půl roku po operaci.

Moderní postupy v léčbě křečových žil

Jednou z užívaných metod je sklerotizace, která spočívá v použití sklerotizační látky do žil a žilek.

Její aplikací dojde k postupnému uzavírání žil. Poté zkolabují a s určitým časovým odstupem dojde k přeměně na vazivové pruhy. Aby ke změně mohlo dojít, musí se po aplikaci látky přiložit kompresivní obvaz a po jeho sejmutí nosit elastické punčochy dva až šest týdnů.

Metoda EVLT

Další metodou je laserová operace neboli léčba endovaskulárním laserem (endovenous laser therapy – EVLT), jejíž princip je založen na tepelném účinku laseru. Při výkonu v místním znečistlivěni jsou cítit pouze vpichy při napouštění lokálního anestetika. Laserové vlákno je zavedeno do žíly v oblasti třísla nebo kolene. Vlákno působí tak, že po celém obvodu a průměru vnitřní stěny žíly způsobí její uzavření. Za pomalého vytahování vlákna dojde k zatavení celé žíly nebo jejího úseku efektem termokoagulace (světelná energie laseru se mění na teplo). Vlastní uzávěr žíly trvá asi jen dvě až tři minuty. Takto ošetřená žíla se zmenšuje a postupně mizí. Celý výkon trvá přibližně 45 minut. Metoda EVLT je spojena s brzkou rekonvalescencí a minimálními pooperačními bolestmi.

Flebektomie neboli CHIVA

Metoda CHIVA je miniinvasivní operace s dobrým efektem odstranění křečových žil. Na rozdíl od klasické operace se při ní chirurgicky odstraní pouze poškozené části žíly. Výkon je vhodný k likvidaci drobných žilek mimo hlavní kmen. Jedná se o metodu odstranění křečových žil v místní anestezii či s podáním sedativ. Pro její volbu není ani tak rozhodující věk, jako spíše zdravotní stav, a je možné ji provádět ambulantně. Pacientům se doporučuje nosit minimálně dva týdny bandáže či kompresivní punčochy. Vpichy nebo ranky se po výkonu obvykle zhojí do jednoho týdne. Drobné podlitiny se vstřebávají v intervalu dvou až šesti týdnů. Mírné snížení citlivosti v místě vpichu vymizí během krátké doby. Vstřebávání modřin lze urychlit mastí s obsahem heparinu.

Nošení kompresivních punčoch

Kompresivní léčba napomáhá návratu krve z dolních končetin zpět směrem k srdci. Jejím principem je tlak na žilní a lymfatický systém končetin, čímž dochází k vyprázdňování a přeměrování krve do hlubokého žilního systému a k urychlení toku v hlubokých žilách i zlepšení odtoku krve z končetin. Komprese posiluje činnost svalové žilní pumpy a podporuje funkci chlopní. Základní podmínkou úspěšné kompresivní léčby je odstupňování tlaku působícího na končetiny, a proto má být největší v oblasti nártů a kotníků a směrem k tříslu se postupně snižovat. Kompresivní léčba nevyléčí už vzniklé křečové žíly, může však zabránit jejich dalšímu zhoršování. Punčochy je po operaci nutné nosit po celý den. Jako prevence otoků dolních končetin se oblékají ráno ještě na lůžku a na spaní se sundávají. Pacientům je předepisuje praktický lékař, internista či chirurg.

Šárka Šeregélyová, DiS., Lůžkové oddělení chirurgických oborů I,  
Nemocnice Znojmo, p. o., sarkaseregelyova@seznam.cz,  
PhDr. Monika Zakopčanová, vrchní sestra Lůžkového oddělení chirurgických oborů I,  
Nemocnice Znojmo, p. o., monika.zakopcanova@nemzn.cz



Ilustrační foto: Shutterstock

# Léčba suchého a dráždivého kašle



## Drosetux<sup>®</sup> neo

Léčba suchého a dráždivého kašle

- Pro děti od narození a dospělé
- Vhodný i pro těhotné a kojící ženy
- Neobsahuje alkohol



**Složení:** 100 g sirupu obsahuje: Arnica montana 4 CH 0,1 g; Belladonna 4CH 0,1 g; Cina 4 CH 0,1 g; Coccus cacti 5 CH 0,1 g; Corallium rubrum 4 CH 0,1 g; Cuprum metallicum 5 CH 0,1 g; Drosera 4 CH 0,1 g; Ferrum phosphoricum 5 CH 0,1 g; Ipeca 4 CH 0,1 g; Solidago virga aurea 3 DH 0,1 g. Pomocné látky: natrium-benzoát, monohydrát kyseliny citronové, čištěná voda, prostý sirup (roztok sacharózy). **Držitel rozhodnutí o registraci:** BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. **Indikace:** Homeopatický léčivý přípravek užívaný tradičně v homeopatii k léčbě suchého kašle, dráždivého kašle nebo jiných forem neproduktivního kašle. **Dávkování:** Děti mladší 5 let: 2,5 ml sirupu 3–4× denně. Děti starší 5 let: 5 ml sirupu 3–5× denně. Dospělí: 15 ml sirupu 2–3× denně. **Způsob podání:** Perorální podání; pro odměření uvedených dávek použít přiloženou odměrku. Množství v ml je uvedeno na odměrce. Jednotlivé dávky je třeba užívat v pravidelných intervalech během celého dne, nejlépe mimo dobu jídla. Poslední dávku je vhodné užít před spaním. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, rostliny z čeledi hvězdnicovitých nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nežádoucí účinky:** Žádné nežádoucí účinky se neočekávají. **Interakce:** Neužívat současně s expektorancii. **Upozornění:** Tento léčivý přípravek nesmí být užíván v případě produktivního kašle. Obsahuje sacharózu (100 g sirupu obsahuje 64,14 g sacharózy). Je nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficiencí by tento přípravek neměli užívat. **Tento léčivý přípravek může být užíván v době těhotenství a kojení.** Datum první registrace: 17. 8. 2016. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



# Práce ve zdravotnictví nabízí sestřám jistotu

„Být ve vedoucí pozici znamená mít odvahu dělat rozhodnutí a umět za ně přijmout odpovědnost. Musíte se smířit s tím, že s každým rozhodnutím získáváte přátele i nepřátele, ale každé je dobrou zkušeností. Dobrá rozhodnutí posilují a ta méně dobrá jsou užitečnou lekcí do budoucna,“ říká **Mgr. Lenka Gutová**, náměstkyně pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče Ústřední vojenská nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha.



Foto: Zx Jan Pírgl

## Proč jste si zvolila sesterské povolání?

Byla to tehdy přirozená volba, o jiné profesi jsem vůbec neuvažovala. Maminka byla zdravotní sestra, takže jsem občas měla možnost nahlédnout do prostředí nemocnice. Ale hlavně mě okouznil ten bílý čepček, který tehdy sestry nosily. Moc jsem nevěděla, co mě čeká, ale o jiném povolání jsem nepřemýšlela.

## Kde jste studovala?

Přihlásila jsem se na Střední zdravotnickou školu do Pardubic. Tehdy byl obrovský převís poptávky po zdravotnických školách. Podle mě to souvisí i s některými otázkami kolem dnešní úrovně středních zdravotnických škol. Já jsem tam šla se samými jedničkami, absolvovala jsem úspěšně přijímací zkoušky, a přesto jsem byla nervózní, jestli mě přijmou. Nakonec to dobře dopadlo.

## Ozývají se hlasy, že dnešní „zdrávky“ už nemají tu úroveň jako dříve...

Hovoří se o současné úrovni středních zdravotnických škol. Nejde však ani tak o úroveň vzdělávacího programu, ten byl vytvořen pro absolventa oboru zdravotnický asistent. Ten však v žádném případě neměl nahradit profesi sestry. Praxe se však s tímto záměrem nevyvíjela. Systemizace pracovních míst ve zdravotnických zařízeních nebyly o tuto profesi navýšeny a asistenti mnohde nahradili sestry.

Jde tedy především o úroveň uchazečů o studium a jejich předpoklady ke studiu. Dnes jsou přijímáni na školu bez přijímacích zkoušek a jejich připravenost ke studiu se moc nezkoumá. A protože to často nejsou děti s velmi dobrými studijními výsledky, nedostatky vědomostí se dohánějí na střední škole a především pak v praxi. Je ale také třeba vzít v úvahu, že dnešní generace 15letých dětí je jinak vychovávána, prostě o pečující profesi nestojí. Už na základních školách jsou děti vysílány do zahraničí, aby se rozkoulaly, existují sociální sítě, média, komunikují s lidmi z celého světa. Jsou zkrátka jinak nastaveny, než jsme byli my. Faktem je, že zájem o tuto profesi klesá.

## Pamatujete si na své začátky?

Pamatuji si to velmi dobře. Chtěla jsem se osamostatnit a pracovat v nějaké nemocnici, která byla hodnocena jako prestižní, takže jsem odešla z Pardubic. Vybrala jsem si Střešovic, kde jsem se ucházela o pracovní pozici. Byla tady velká poptávka po pracovním zařazení, ale asi i proto, že jsem dobře uspěla u maturity, mě přijali. Nastoupila jsem na ortopedicko-traumatologické oddělení jako sestra. Práce mě ohromně bavila. Tehdy tady bylo hospitalizováno hodně mladých lidí, převážně vojáků základní služby. Pro mě byla naprosto vyhovující především kombinace traumatologie a ortopedie. U lůžka jsem strávila asi rok a pak jsem byla přeřazena na operační sál. Když dneska vzpomínám na všechny pracovní pozice, jimiž jsem prošla, řekla bych, že práce na operačním sále mě bavila nejvíce. Nepřicházela jsem sice do styku s pacienty, ale ten pocit, že jsem součástí týmu, který vlastně navrácí pacienty zpět do života, mě uchvacoval. Už tehdy se tady dělaly náhrady velkých kloubů a já byla pyšná, že jsem zvládla instrumentovat tak náročný výkon. Už nemluví o tom, že jsme pacientům také velmi ulevovali od bolesti. Tady jsem pracovala jako řadová instrumentářka až do odchodu na mateřskou dovolenou. Vracela jsem se již do pozice staniční sestry.

## Bavilo vás to?

Bavilo. Pozice staniční sestry má zase jinou zajímavou náplň. Měla jsem důvěru svých tehdejších nadřízených. Mohla jsem zasáhnout do nastavených procesů na operačním sále a navrhnout změny. Jako dneska si vzpomínám, že jsme tehdy na sál obvykle chodili v šatech, ve kterých jsme mohli chodit po celé nemocnici, a operační plášť jsme si oblékali na tyto pracovní šaty. Vrátila jsem se tehdy z nějakého semináře a celý tým, který pracoval na operačním sále, jsem převlékla do ochranných oděvů určených pouze pro sál. Od té doby jsme se už do nich převlékali vždycky. Začala se dodržovat pravidla, která prakticky platí dodnes. Zřejmě jsem se v té pozici osvědčila, protože mi nikdy nečinilo problém navrhovat změny a usilovala jsem o to, abychom se posouvali někam

dál. Pak jsem byla oslovena, abych se přihlásila do výběrového řízení na vrchní sestru oddělení ortopedie a traumatologie. Bylo to první výběrové řízení po revoluci, které se tady v Ústřední vojenské nemocnici konalo. Uspěla jsem a tým sester jsem poté vedla vlastně až do té doby, než jsem nastoupila do pozice hlavní sestry a pak náměstkyně ředitele. Ve Střešovicích jsem strávila svůj dosavadní profesní život, kdy jsem postupovala od řadové sestry, přes staniční a vrchní sestru až do funkce, kterou zastávám dnes. Musím říct, že v každé té pozici jsem pracovala ráda.

## Odcházejí od vás sestry? A víte kam?

Sestry přicházejí a odcházejí. Nemyslím si, že by se v poslední době počet odcházejících nějak změnil. I důvody k odchodu jsou za ta léta stále stejné. Odcházejí si například plnit mateřské povinnosti. Mimopražská děvčata se po mateřské většinou vrací do svých domovů. I nespokojenost je zcela běžným důvodem. Je proto pochopitelné, že hledají štěstí na jiném pracovišti. Otázkou zůstává, jak uspějí jinde. Problémem však v současné době je, že za odcházející se nová kvalitní sestra získává velice obtížně. Nedostatek sester je ve většině zdravotnických zařízení a nabídka pracovních míst je velká. Absolventů škol oboru všeobecná sestra se moc nehlásí.

## Stává se vám, že sestry chtějí jít pracovat do zahraničí?

Ano, ale v žádném případě to není nijak masivní. Podporuji je v tom, že chtějí získávat zkušenosti jinde. Každý rok se objeví sestry, které usilují o zaměstnání v Saúdské Arábii, některé odcházejí pracovat třeba i do Spojených států. A já je vždycky pak ráda vezmu zpátky, protože jejich zkušenosti ze zahraničních zdravotnických zařízení mohou být jedině přínosem. Můžeme porovnávat podmínky a nastavené procesy, bývá to zajímavé.

## Potýkáte se i vy s nedostatkem sester?

S nedostatkem se potýkáme také, ale jak říkám, není to jev posledního roku. Zdravotníci chyběli vždycky. Na druhou stranu je pravda, že dnešní mladí lidé nejsou ochotni trávit celý svůj život v zaměstnání, prostě si chtějí odpracovat hodiny, za ně být slušně zaplacení a nechtějí pracovat nad rámec stanovené pracovní doby. Neláká je sbírat přesčasové hodiny, aby nahrazovali práci chybějících kolegů. Systemizace pracovních míst v nemocnicích jsou nastaveny tak nízkou, že pak stačí, aby z týmu vypadly dvě tři sestry, a už mluvíme o nedostatku. V uplynulém roce jsme pro nedostatek sester zavírali některá pracoviště, ale zase se nám stav podařilo doplnit a myslím, že to takhle bude pořád. Prostě se vždy nějakou část roku budeme potýkat s nedostatkem sester. Zatím to ale nemohu hodnotit jako kritický stav.

## Myslíte, že navrhovaná podoba vzdělávání sester pomůže jejich nedostatek vyřešit?

Podle mě úprava nedostatek sester rozhodně nevyřeší. Naopak se obávám, že tímto krokem se situace ještě zhorší, protože vlastně posune nástup lidí do praxe. Jsem na vývoj zvědavá. V České republice mladí lidé i jejich rodiny obecně usilují o to, aby měli vysokoškolské vzdělání. Doteď mohli absolventi střední zdravotnické školy jít rovnou na vysokou školu, kde si dokončili kvalifikaci. Teď si vlastně sice prodlouží přípravu na povolání sestry o rok, a přesto nebudou spokojeni s tím, že nemají titul. Ale názory sester nikdo neposlouchá. Nás se před lety nikdo neptal, zda potřebujeme v praxi profesi zdravotnického asistenta. Vyrovnali jsme se s tím a zaměstnali jsme je. Ale stejně ti, kteří na to mají, si zvýšit kvalifikaci na vysoké škole chtějí. Platilo, že jsme děvčatům, která se po maturitě nedostala na vysokou školu, umožnili, aby šla studovat na diplomované specialistky. Ale i ony šly dál na vysokou školu, přestože už kvalifikaci měly. Bude to určitě stejné. S tím rozdílem, že v praxi budeme mít o problém víc. Abychom udrželi kvalitu péče, budeme muset deficit odborných znalostí a dovedností, které studenti nemohou za rok studia na vyšší odborné škole získat, dohánět v rámci adaptačního procesu. Zodpovědní za úroveň lidí, které pouštíme k pacientům samostatně pracovat bez odborného dohledu, jsme totiž my. Dá se tedy říct, že povinnost připravit sestru do praxe, která dosud byla na školách, přeneseme do praxe zdravot-





nických zařízení. Kromě naší povinnosti starat se o pacienty budeme ještě dovzdělávat absolventy těchto škol.

### **Nešlo by chybějící sestry nahradit zdravotníky ze zahraničí? Máte nějakou vizi, jak by se dal nedostatek sester vyřešit?**

Nejsem si jistá, zda je nahrazování chybějící sestry zahraničním personálem správnou cestou. I když to tak dělá celý svět, kde je angličtina běžným komunikačním jazykem. Administrativa s tím spojená je velmi náročná a čeština je těžký jazyk. Naše sestry se naučí bravurně anglicky nebo německy, ale čeština je tak rozmanitá, že největší problém bude v komunikaci ve zdravotnickém týmu a ve směru k pacientovi. Třeba to bude nutné, pokud se situace nezmění. Uvažovala jsem o tom, ale v současné době se nechci věnovat náboru zahraničních sester. V České republice je to dosud velmi komplikované. Pokud se situace změní a budu mít informace jiné, ráda tady zahraniční sestry připravené pracovat v českém zdravotnickém prostředí přivítám. Zkousím vlastní strategii, jak získávat sestry. Intenzivně se věnuji a zaměřuji na studenty, kteří u nás praktikují. Dbáme na to, abychom u nás měli hodně kvalitních mentorek a abychom dosáhli toho, že studenti, kteří jsou tady na praxi, budou chtít v naší nemocnici pracovat. Jednou z mých současných priorit je soustředit se na to, aby u nás byli studenti spokojeni. Dohodli jsme se s 3. lékařskou fakultou UK, že jedna skupina studentů bude přímo v naší nemocnici, že se tak zapojíme i do teoretické výuky ošetrovatelských postupů a že se jim budeme individuálně věnovat na všech našich pracovištích. Už příští rok se mi potvrdí, zda je tato cesta správná. Jsem přesvědčena, že ano.

### **Některé sestry odcházejí mimo obor. Myslíte si, že mají dostatečnou motivaci, aby ve zdravotnictví zůstaly?**

Dlouhá léta se zabývám tím, jak je motivovat. Proto provádíme různé průzkumy spokojenosti a řekla bych, že finanční ohodnocení, o němž se v současné době nejvíc mluví, není vždy tím největším motivátorem. Podle mě jsou mnohem důležitější pracovní vztahy a atmosféra v pracovních týmech. Jsou-li v práci spokojené, tak to, že jsou dobře zaplacené, je spíše přidanou hodnotou. Vztahy na pracovišti pro ně bývají ještě důležitější. Nemám pocit, že by sestry obor masivně opouštěly. Když už si tuto práci jednou vyberou, jsou to většinou sestry, které k ní mají vztah a chtějí na sobě pracovat. A ty ve zdravotnictví zůstávají. Je úkolem managementu, aby vytvořil takové pracovní podmínky, aby nám sestry neodcházely.



### **Nabízíte jim speciální motivační programy?**

Jako v každé jiné nemocnici máme nastavený program benefitů. U nás je také zaveden program podpory zdraví pro zaměstnance. Máme tým lidí, který plánuje sportovní aktivity a každý měsíc pro zaměstnance připraví různé turnaje a sportovní vyžití. Mohou využívat tělocvičnu, posilovnu, nabízíme relaxační cvičení, jógu či netradiční jógu smíchu. Myslím, že kdo chce relaxovat a mimopracovně se setkávat s členy svého pracovního týmu, má dostatečný prostor. Dalšími benefity jsou podpora stravování v nemocnici a podobně jako jinde příspěvky z Fondu kulturních a sociálních potřeb. Máme velmi dobře nastavený systém vzdělávání, který je pro naše zaměstnance bezplatný. Nabízíme jim spoustu certifikovaných kurzů a umožňujeme sestřím účastnit se i externích vzdělávacích aktivit. Máme vlastní e-learningový portál, kde si každý může vybrat kurz podle svého zaměření. Kdo se chce vzdělávat, a mohl s čistým svědomím říct, že na celoživotní vzdělávání na základě potřeb praxe klademe velký důraz, tak na sobě může pracovat.

### **Máte problémy s administrativou? Myslíte, že by šla zjednodušit?**

Naše nemocnice směřuje k „bezpapírovému“ zařízení. Již před lety jsme se začali snažit o to, abychom administrativy měli co nejméně. Máme elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, takže sestry nemusí vyplňovat žádné tiskopisy. Není ale možné spojit dokumentaci poskytování ošetrovatelské péče a administrativu. Nikdo se nedívá, že lékaři píšou příjem, odebírají anamnézu a plánují léčebný postup. Totéž platí o sestřích. Musí pacienta vstupně vyšetřit a zamyslet se nad tím, co mu můžeme nabídnout. Chceme po nich, aby se především zaměřily na identifikaci rizik v průběhu poskytování ošetrovatelské péče, jednoduché plánování s cílem předcházet poškození pacienta na základě identifikovaných rizik, zlepšení soběstačnosti a aby dále zhodnotily stav pacienta během jejich směny a zamyslely se nad tím, co pro něj ještě mohou udělat, a aby tuto informaci pak předaly další kolegyni. Tomu já neříkám administrativa. Jsou to povinnosti, jejichž plněním dokazujeme, že ošetrovatelskou péči poskytujeme dobře.

### **Existují názory, které hovoří o zbytečné duplicitě lékařské a ošetrovatelské dokumentace...**

Obě jsou nezbytné. Tam, kde je potřeba je spojit dohromady, využijeme náš elektronický informační systém. Sestry i lékaři se mohou kdykoliv na záznamy v systému nezávisle na sobě podívat a není potřeba neustále listovat nějakými tiskopisy. Ale není možné zrušit dokumentování poskytování zdravotní péče. Někdy zaměňujeme pojmy, když tomu říkáme přebujelá administrativa. Je přece jasné, že musíme mít důkaz o tom, jak lékařská i ošetrovatelská péče v průběhu hospitalizace probíhaly.

### **Co říkáte tomu, jak jsou zdravotníci prezentováni v některých našich filmech a TV seriálech?**

Mediální obraz je takový, jaký jsme si ho vytvořili. Vzpomínám, jak jsem dělala odbornou poradkyni při natáčení TV seriálu Nemocnice na kraji města. Když jsem poprvé četla scénář, říkala jsem si, že bych některé dialogy a další věci, které se mi na chování zdravotníků nelíbily, nějak upravila. A také si pamatuji, jak mi na to pan režisér Polesný řekl: „Děvenko, nenatáčíme populárně naučný film, ale seriál ze života. Veřejnost se chce bavit, chce emoce a jeho sledovanost se odvíjí právě od těchto životních příběhů.“ Je zajímavé, že zdravotnické prostředí je pro scenáristy a filmaře tak atraktivní. Možná by bylo dobré zeptat se jich, kde k takovým příběhům, které formují obraz sester a lékařů, vůbec přišli, jestli jsou to skutečné příběhy ze života jejich známých, nebo fikce. Některé seriály jsou skutečně úsměvné a záleží na nás, jak se k tomu postavíme. Je ale důležité, když jsme jako profesionálové osloveni a jsme dotazováni na naše názory, abychom odpovídali tak, jak se na odborníky sluší. Samozřejmě je jasné, že takové pořady nebudou motivovat mladého člověka k práci ve zdravotnictví. Jsou to příběhy lidí pro pobavení laické veřejnosti.

### **Co by podle vás mohlo podnítit mladé lidi ke studiu na středních zdravotnických školách a aby chtěli pracovat ve zdravotnictví?**

Rozhodně je to stabilita profese a jistota práce ve zdravotnictví. To je velice důležité. Rozhodne-li se mladý člověk pro pečující profesi, má zde profesní rozvoj jistý. Když chce na sobě pracovat, chce studovat a vzdělávat se, případně budovat nějakou kariéru, je to možné. Lidé budou nemocní vždycky. A zdravotnictví je služba, po které bude trvale velká poptávka. Jistota pracovního uplatnění ve zdravotnictví je tedy velmi vysoká.

### **Čím se podle vašeho názoru může ÚVN především pochlubit?**

Není to jenom nějaký můj pocit, ale na základě výsledků různých průzkumů spokojenosti, které děláme, především průzkum „Kvalita očima pacientů“, vím, že sestry ve Střešovcích jsou velmi dobře hodnoceny a že jsou na špičce fakultních nemocnic. Toho si velmi cením a jsem na jejich práci pyšná. My jsme vždycky usilovali o to, abychom byli mezi nejlepšími i s projekty, které směřují k bezpečí pacientů. Uvedu jeden konkrétní příklad. Myslím, že jsme jediné zdravotnické zařízení v České republice, jež bezpečně ví, která sestra, kdy a jaký lék pacientovi podala. Máme totiž zavedenou elektronickou evidenci podávání léčiv. Každý pacient má na zápěstí identifikační náramek s čárovým kódem, rovněž každá sestra má svůj jedinečný čárový kód a ve chvíli, kdy podává pacientovi lék, tak si načte svoji identifikaci, kód pacienta a také čárový kód léčiva. A to je velmi bezpečný systém vůči nemocnému, protože si každý může být jist, že dostává léky, které mu lékař naordinoval. Cílem projektu bylo nejen to, abychom zabezpečili, že pacient dostane správné léky a ve správnou chvíli. Dalším důvodem bylo také to, že jsme chtěli ušetřit finance a stlačit zásoby léčiv v nemocnici na minimum, což se nám podařilo. Mám z toho velkou radost.

### **Co je na vaší práci nejkrásnějšího?**

Nevím, zda se to tak dá nazvat, ale jsou chvíle, kdy mám radost a kdy ze své práce cítím uspokojení. Mám radost, když nám spokojený pacient napíše děkovný dopis, když moje přednáška studenty zaujme, když znovu obhájíme akreditaci či jiné ocenění a když se podaří dokončit nějaký projekt, který je nadčasový a který ošetrovatelskou péči zase posune někam dál. To jsou chvíle, kdy si říkám: Stojí to za to.

# Psychická podpora pacientů se stomií

Založení stomie je pro pacienta velkým zásahem do života. Jde o závažný odborný výkon, který může změnit život nemocného. Člověk potřebuje dostatek kvalitních informací, které mu pomohou zvládnout novou situaci.

Slovo stomie pochází z řečtiny a znamená otvor, vyústění nebo vývod. Jedná se o vyústění dutého orgánu na povrch těla. Indikací pro založení je celá řada a také počet stomiků neustále stoupá. Mezi nejčastější indikace pro ileostomie a kolostomie patří Crohnova choroba, colitis ulcerosa, maligní onemocnění tlustého střeva a konečníku, familiární adenomatózní polypóza po totálním odstranění tlustého střeva, obstrukce tlustého střeva, nádorové onemocnění dolní třetiny konečníku, poranění tlustého střeva a konečníku, recidivující prolaps konečníku a zánětlivá onemocnění tlustého střeva, případně divertikulitida.

Se stomií se nemocný musí naučit žít

Založení vyústění je vždy velkým zásahem do života nemocného. Život se stomií není snadný a život zákrokem nekončí. Je třeba se s ní naučit žít. Podstatné je, aby měl pacient odbornou ošetrovatelskou péči a dostával relevantní informace. Pro většinu lidí představuje nemoc náročnou, někdy až svízelnou životní situaci, která může být v některých případech vnímána jako obtížně zvládnutelná nebo dokonce bezvýchodná.

Změna zdravotního stavu vyžaduje jistou míru adaptability a postupné vyrovnávání se s nepříjemnými projevy nemoci. Každý člověk si ke svému onemocnění vytváří určitý postoj. Řada pacientů má tendenci příznaky onemocnění i vlastní nemoc zlehčovat či popírat, vytváří si tzv. repudiační postoj, jehož projevem je nepřiznat si onemocnění, nebrat ho na vědomí a často i oddalovat návštěvu lékaře. Základním problémem u těchto lidí bývá strach z vážné diagnózy, která by mohla ohrozit jejich společenskoeconomické postavení, partnerské soužití a v neposlední řadě i vlastní život.

Holistický přístup v péči o stomika

Současné ošetrovatelství věnuje vysokou pozornost holistickému pojetí ošetrovatelské péče. V tomto duchu je nutno vnímat i nemocného člověka jako bytost biopsychosociální, kdy každá ze složek je v přímé interakci s ostatními. Dojde-li k narušení jedné z nich, je ohrožena i funkce celého systému. V případě nemocného člověka, který se připravuje na život se stomií, bývají jednotlivé součásti narušeny, a proto je péče o něho velmi náročná a vyžaduje přísně holistický přístup.

Psychické přípravě pacienta by měla být věnována náležitá pozornost:

- měla by být profesionální a naprosto individuální,
- v úvodu je nutné zjistit, co všechno pacient o své nemoci ví a jaké má představy o dalším způsobu života,
- při sdělování závažné diagnózy je vhodné kromě jisté míry empatie zohlednit i další faktory, mezi něž patří věk pacienta, fyzický a psychický stav a vedlejší přidružené choroby,
- zdravotník by si měl s pacientem vybudovat profesionální vztah založený na důvěře,
- pacient by měl mít dostatek informací, které mu jsou poskytovány jasně a srozumitelně s ohledem na jeho osobnost, věk a vzdělání,
- je potřebné, aby se pacient rozhodoval vědomě a svobodně, k čemuž je nutné, aby měl zodpovězené otázky, které k danému tématu patří,
- mimořádnou pozornost je zapotřebí věnovat rodině nemocného, která může pomoci zvládat nelehkou zdravotní situaci,
- zdravotník by měl respektovat konečné rozhodnutí pacienta, ať už je jakékoliv, a ne být vůči němu kritický.

Kvalitní sociální komunikace je nutností

Snahou zdravotnického týmu je hledat vhodné řešení dané situace, neodsuzovat nemocného člověka za nedostatečnou spolupráci či za odmítnutí chirurgického výkonu. Posláním zdravotníků je odborná pomoc spojená s psychosociální podporou, která umožní pacientům vést plnohodnotný život. V centru pozornosti v rámci účinné spolupráce mezi zdravotníkem a nemocným člověkem je proto kvalitní sociální komunikace. Právě ta může stát na počátku úspěšně zvládnutého léčebného a ošetrovatelského procesu.

Při komunikaci zdravotníka s pacientem v rámci sdělování diagnózy a přípravy na odborný výkon jsou časté následující otázky:

- Proč právě já?
- Jak bude vypadat moje tělo?
- Přijme mě životní partner a rodina?
- Budu se moci zařadit do běžného života?
- Zvládnou ošetřování stomie?
- Budu zvládat běžné denní činnosti?
- Můžu se vrátit do svého původního zaměstnání?
- Zvládnou sportovní či jiné aktivity?
- Budu mít stejně kvalitní sexuální život jako dřív?

I zde je zapotřebí vysoce profesionální a odborný přístup zdravotníků, který pomůže vhodně volenou verbální a neverbální komunikací objasnit a vysvětlit nelehkou situaci pacienta. Nemocný člověk má kromě obav z přijetí vlastního těla a nefyziologického vyprazdňování také pocity strachu, úzkosti a mnohdy i beznaděje z nové životní situace a následné terapie, která je pro něj zásahem do dosavadního způsobu života.

Psychická příprava na operaci a na péči o stomii je důležitá

V rámci ošetrovatelské praxe by měli zdravotníci věnovat pozornost i psychické přípravě pacienta na operační výkon i následné pooperační péči:

- seznámit s operačním výkonem včetně možných komplikací,
- minimalizovat pocity strachu a úzkosti z operačního zákroku,
- omezit stres a stresující faktory vhodně vedeným rozhovorem,
- správně vést sociální komunikaci s pacientem a rodinnými příslušníky,
- zapojit stomické sestry do poradenské činnosti a ošetrovatelské péče,
- včasné edukovat pacienta a rodinné příslušníky při návratu ošetřování stomie,
- zajistit psychickou podporu a pomoc při dosažení samostatnosti v následné ošetrovatelské péči.

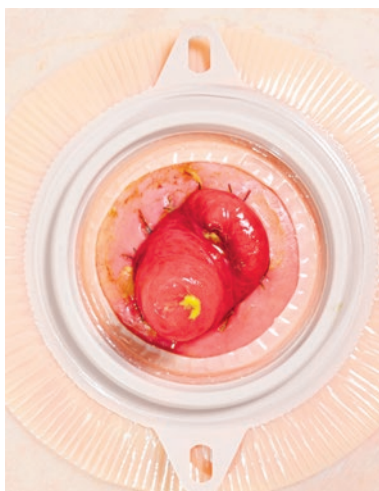
Komunikace s pacientem se stomií vyžaduje trpělivost

Při každodenní ošetrovatelské péči si zdravotníci musejí uvědomit, že kontakt s nemocným člověkem je ovlivněn nejen vážností diagnózy, ale i prostředím, v němž diagnosticko-terapeutický proces probíhá. Je potřebné respektovat nejen zvláštnosti spojené s léčbou, individuální rozdíly mezi pacienty, prognózu onemocnění, ale i vůli nemocného se do léčebného procesu aktivně zapojit. K tomu, aby se nemocný s nelehkou životní situací postupně vyrovnal, je potřebná psychická podpora ze strany zdravotníků i příbuzných pacienta či jeho přátel. Důležitá je trpělivost, ochota ke komunikaci a spolupráci, motivace k péči o sebe a k soběstačnosti, povzbuzování a pochvala při zvládnání ošetrovatelských úkonů. Zdravotnický personál by měl rovněž zvládat doprovázení nemocného v závěrečné etapě života.

V denní klinické praxi má nezastupitelnou úlohu stomická sestra, která se stává pro pacienta oporou při řešení stávajících i nově vzniklých problémů. Je to právě ona, kdo připravuje pacienta na běžný život. Poskytuje mu totiž vhodnou psychickou oporu, zajišťuje dostatek informací pro zvládnání domácí péče o stomii, informuje jej o rozsahu odborné péče a nutnosti pravidelné kontroly a v neposlední řadě obstarává i kontakty na patientské organizace a kluby stomiků, kde se nemocný může seznámit s lidmi, které postihl stejný zdravotní problém.

Závažné somatické onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, které mají vliv na psychiku pacienta, a může pozměnit i jeho vlastnosti. Stane-li se člověk stomikem, neznamená to, že by se měl uzavřít před vnějším světem. Odborně vedená ošetrovatelská péče a psychická podpora nemocného ze strany zdravotníků značnou měrou přispívají k zvládnání nelehké životní situace.

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.,  
Lékařská fakulta Ostravské univerzity, eva.zacharova@seznam.cz



Ilustrační foto: Shutterstock

# Ako vplýva pohybová aktivita na psychiku človeka?

*Pohyb je nielen prejavom života, ale aj nositeľom informácie o procesoch vo vnútornom prostredí, o stavoch vnútorných orgánov a hlavne i o stave mysle. Dnešný životný štýl a rozvoj techniky možnosti telesného pohybu znižujú.*

Pohybová aktivita sa definuje ako mnohostranná pohybová činnosť človeka vyznačujúca sa ľudskými atribútmi, medzi ktoré patria: cieľavedomosť, sociálna determinovanosť, komunikácia atď. Je to súhrn všetkých pohybov dôležitých na dosiahnutie primeraného telesného a psychického rozvoja. Obsah a zameranie pohybových aktivít určujú ciele činnosti. Odborníci, ktorí sa z fyziologického hľadiska zaoberajú cvičením, rozlišujú 5 rôznych druhov cvičení:

- **Izometrické cvičenie** – je charakterizované tlakom proti pevnej prekážke – napr. dlaniami do steny. Je dobrým cvikom pre získavanie svalovej sily.
- **Izotonicke cvičenie** – vyžaduje stahovanie svalov a zároveň počíta s pohyblivosťou kĺbov. Príkladom je zdvíhanie člniek. Je obľúbeným telesným cvičením u ľudí, ktorým ide o zlepšenie celkového telesného vzhľadu.
- **Izokineticke cvičenie** – počíta s cvičením sily, s pohybnými kĺbmi a pridáva sa regulácia odporu. Stretávame sa s ním v telocvičniach, ktoré majú k tomuto druhu cvičení zvláštne trenažéry.
- **Anaerobické cvičenie** – vyžaduje krátkodobý výbuch svalovej energie. Stretávame sa s ním napr. pri vzpieraní a behoch na krátkych tratiach.
- **Aerobické cvičenie** – je ním každý druh cvičenia, pri ktorom sa vyžaduje zvýšená spotreba kyslíka, a to nielen na chvíľu, ale v priebehu dlhšej doby. Príkladom môžu byť behy na dlhé trate, plávanie, beh na lyžiach, výstupy v horách, jogging a pod.

Pohybová aktivita môže v živote každého človeka zohrávať veľmi dôležitú úlohu. Okrem potrebného telesného a psychomotorického zdokonaľovania poskytuje široký priestor pre osobnú realizáciu v otvorenej sociálnej skupine, v ktorej má človek možnosť konfrontácie úrovne svojich pohybových schopností a zručností, ale aj psychických vlastností.

Vplyv pohybovej aktivity na psychiku človeka

## Pohybová aktivita:

- prináša nové situácie a zážitky, pri ktorých dochádza k preladeniu duševných zameraní a stavov od stereotypu a rytmu pracovného procesu smerom k odpočinku,
- zlepšuje držanie tela, celkový telesný vzhľad a prípadná kompenzácia niektorých pohybových nedostatkov vedie k posilneniu sebadôvery a sebaistoty,
- vyláča negatívne emócie, znižuje psychické napätie, strach, úzkosť a depresívnu náladu, čo priamo vplýva na prežívanie psychickej pohody, zlepšenie predstáv o sebe a na následné sebauvedomenie; tieto zmeny vyúsťujú do celkového zlepšenia psychickej stability a odolnosti voči negatívnym psychickým vplyvom vonkajšieho prostredia,
- otvára možnosti pre abreakciu stresov, frustrácií a napätí, objavuje sa celkové psychické osvieženie a lepší spánok, kompenzujú sa nepríjemné pocity z duševnej námahy, zvyšuje sa pracovná motivácia a výkonnosť, zlepšuje sa celková nálada, spokojnosť a vyrovnanosť, celkovo dochádza k zlepšeniu psychických stavov potrebných pre prácu a život,
- zvyšuje sebadôveru a sebauvedomenie človeka, ktoré spoločne vedú k lepšej sebaakceptácii jedinca a k uvedomeniu si vlastnej hodnoty a identity,
- zvyšuje zodpovednosť voči svojmu zdraviu a tým celkovo i k sebe, rozvíja kontrolu a zvládanie záťažových situácií a prostredníctvom zlepšeného sebaovládania zvyšuje psychickú stabilitu,
- vyvoláva príjemnejšie prežívanie súčasnosti, človek sa všeobecne cíti lepšie a telo mu nie je príťažou, ale naopak zdrojom radosťných emócií,
- zvyšuje sebaaponímanie a sebauvedomenie; sebaaponímanie v sebe zahŕňa nielen to, ako sa človek vníma, tzv. „reálne Ja“, ale je tu prítomný i ideál, aký by mal a aký by chcel byť, tzv. „ideálne Ja“,
- rozvíja sociabilitu, sociálne správanie a umožňuje vznik nových neformálnych medziludských vzťahov; upevňuje sa spolupatričnosť so skupinou a rozvoj zmyslu pre kolektív; optimalizuje sa sociálne správanie, zlepšuje sa sebauposudzovanie, sebahodnotenie a sebanachádzanie sa v sociálnom kontexte,
- formuje osobnosť, je pozorovateľný rozvoj vôľových vlastností v zmysle zlepšeného prekonávania prekážok a dosahovania cieľov; dochádza k väčšej vyváženosti medzi racionalitou a emocionalitou; zlepšuje sa vnútorná organizácia života, zvyšuje sa zdravé sebauvedomenie, prehľbuje sa integrita osobnosti a sebaopoznanie, človek je dynamickjší, cieľavedomejší, voľnejší a sebaistejší,
- rozvíja kognitívne funkcie, zvyšuje sa asociačná pohotovosť, uvoľnenosť, pružnosť myslenia, rýchlosť rozhodovania, zlepšujú sa orientačné a pozorovacie spôsobilosti, organizácia pozornosti a spracovanie informácií.



Ilustrační foto: Shutterstock

## Diskusia

Ľudia, ktorí pravidelne cvičia, povedali, že sa cítia voľnejší, sviežejší, menej úzkostní. Preto sa nečudujeme, že tento vzťah sa začal skúmať systematicky. Hinkle (1992) realizoval štúdiu, v ktorých ukázal, že cvičenie preukázalo kladný vplyv na zníženie úzkosti, na depresie a zvýšenie miery kladného sebahodnotenia. Sonstroem (1988) povedal, že: „Kladný vplyv cvičenia nepôsobí priamo, ale okľukou – cez zvyšovanie sebadôvery, pocitu vlastnej hodnoty, cez zvyšovanie povedomia o sile sebadisciplíny, pocite zdravia, o zvýšení energie, povedomia o zlepšenom celkovom fyzickom vzhľade.“ Niet teda divu, že ten, kto cvičí, sa cíti lepšie. S údajmi o tom, že ľudia, ktorí pravidelne cvičia, lepšie zvládajú problémy každodenného života, skúmal Brown (1991) priamy a nepriamy vplyv pohybu na zmenu stresom vyvolaného napätia. Sústredil sa na pohybovú aktivitu u detí a žien. Zistil, že tak ako u detí, tak i u žien, mali tí jedinca, ktorí sa málo pohybovali, vyšší počet rôznych ochorení a vyššiu mieru príznakov stresu.

## Záver

Ak sa má stať pohybová aktivita pevnou súčasťou životného štýlu človeka, prvým krokom všetkých výchovno-vzdelávacích činiteľov a inštitúcií musí byť snaha o vytvorenie pozitívneho postoja vychovávaného jedinca k tejto činnosti. Keďže ide o celoživotný proces, nikdy nie je neskoro. Je ale alarmujúce, že pohybové aktivity predstavujú náplň voľného času iba u malého množstva detí aj dospelých, a to aj napriek tomu, že majú kladný vzťah k športu. Príkladom pre deti sú v prvom rade rodičia – tak ako v spôsobe života, tak i v správaní a záujmoch. V dnešnom uponáhľanom svete však rodičia mnohokrát ani nevedia, čo vlastne ich deti vo voľnom čase robia, s kým sa stretávajú, s kým komunikujú. Rodičia často nemajú na svoje deti čas, nemajú kedy sa im venovať, porozprávajú sa s nimi o problémoch, ktoré ich trápia, a tak deti hľadajú pochopenie u rovesníkov. Svoj voľný čas netravia aktívne, ale pasívne. Kým v minulosti boli deti zvyknuté ísť si po škole zahrať futbal, hokej, jednoducho ísť von, dnes si radšej sadnú za počítač, surfujú po internete a nemožno ich od neho odtrhnúť. A s nami dospelými to tiež nie je ružové. Pridáme domov z práce unavení, vystresovaní a namiesto toho, aby sme sa šli odregovať do telocvične, alebo na prechádzku do prírody, lahneme si na pohovku pred televíziu a zaspíme. Na pohyb sa nemôžeme pozeráť len ako na prostriedok ovplyvňujúci fyzické zdravie, ale je dôležité si uvedomiť aj jeho ďalšie hodnoty. Okrem účinkov socializačných, komunikačných sú to aj účinky psychoregeneračné, psychoregulačné a psychorelaxačné, ktoré priaznivo pôsobia na duševný stav jedinca. Cieľene realizovaný aktívny pohyb by sa preto mal stať neoddeliteľnou súčasťou životného štýlu dnešného človeka, jeho každodenného režimu.

Lucia Katerinková,

študentka VŠ sv. Alžbety, Katedra verejného zdravotníctva, Bratislava,

PhDr. Hilda Balková, PhD.,

ÚOS, NÚSCH, Bratislava a.s.

# Epidemie chřipky udeřila

V prvním kalendářním týdnu letošního roku byla celková nemocnost akutními respiračními infekcemi včetně chřipky na úrovni 1528 nemocných na 100 tisíc obyvatel, což při porovnání s minulým týdnem představuje vzestup o téměř 49 procent.

Ve srovnání s předvánočním týdnem se jednalo o dvanáctiprocentní nárůst. Vzestup byl evidován ve všech věkových skupinách a ve všech krajích ČR. Nejvyšší nemocnost hlásili z krajů Jihomoravského, Moravskoslezského, Olomouckého a z Kraje Vysočina. „Nejnovější údaje Státního zdravotního ústavu potvrzují, že probíhá plošná chřipková epidemie na celém území ČR. Dominujícím původcem je virus chřipky typu A/H3N2,“ uvedla hlavní hygienička ČR Eva Gottvaldová. Národní referenční laboratoř pro chřipku a oddělení epidemiologie infekčních nemocí Státního zdravotního ústavu ve spolupráci s krajskými hygienickými stanicemi vývoj nemocnosti i nadále monitorují.

„Doporučíme občanům, aby se, je-li to možné, vyhýbali větším uskupením lidí a zejména ve zvýšené míře dodržovali základní hygienická pravidla, jako kýchat do kapesníku či si po cestě hromadnou dopravou vždy umýt ruce. Pro posílení imunity je vhodné konzumovat dostatečné množství ovoce a zeleniny jako přirozených zdrojů vitamínů. Pokud už nemocní jste, chovejte se zodpovědně a infekci nepodceňujte – je mnohem lepší chřipku vyležet než nákazu dále šířit,“ upozorňuje hlavní hygienička.

Zdravotníci se nechali očkovat proti chřipce

Epidemie chřipky si tuto zimu již vyžádala lidské životy. I proto se část zaměstnanců I. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze nechala očkovat.

Zdravotníci stojí v první linii, jsou v neustálém kontaktu s nemocnými, a jsou tak vystaveni vysokému riziku nákazy. Každý rok onemocní na celém světě chřipkou A nebo B okolo 5 procent dospělých a 20 procent dětí. V důsledku onemocnění dochází na každých 10 milionů osob k hospitalizaci 7 až 16 tisíc lidí a na její následky jen v ČR 1500 až 2 tisíce z nich zemře.

Nejefektivnější prevencí je očkování, jehož pravidelná aplikace je také doporučována Světovou zdravotnickou organizací (WHO), a to nejen rizikovým skupinám obyvatel (seniorům nad 65 let a chronicky nemocným), ale rovněž osobám, které s nimi v rámci své práce přicházejí do kontaktu. Jde o zdravotníky, ošetřovatele v ústavech sociální péče a veškerý personál, který poskytuje nemocným a nemohoucím lidem péči.

Proočkovanost se v České republice pohybuje mezi pěti až sedmi procenty populace, což zdaleka neodpovídá doporučením Světové zdravotnické organizace (naočkovat 30 procent populace a 75 procent osob v rizikových skupinách). Benefity očkování jsou přitom prokazatelné. U zdravých dospělých v 70–90 procentech zabrání onemocnění, u starších osob snižuje potřebu hospitalizace související s chřipkou o 30–70 procent a riziko úmrtí dokonce až o 80 procent.

Chřipka je vysoce nakažlivé akutní virové onemocnění a neočkovaný zdravotník může pro osoby s oslabenou imunitou představovat hrozbu. Zatímco v USA je očkování proti chřipce u zdravotníků povinné, v ČR je nepovinné pro lékaře i sestry, přitom pečují v nemocnicích o vážně nemocné na JIP a ARO. Záleží na zodpovědnosti každého, zda vakcinaci absolvuje. Očkování zdravotníků proti chřipce je velmi smysluplné, vždyť i sami lékaři jsou v ohrožení, neboť přicházejí do kontaktu s nemocnými. Podle epidemiologů by měli být povinně očkováni ti zdravotníci, kteří pracují na rizikových odděleních. Jedná se hlavně o oddělení, kde pečují o pacienty s oslabenou imunitou.

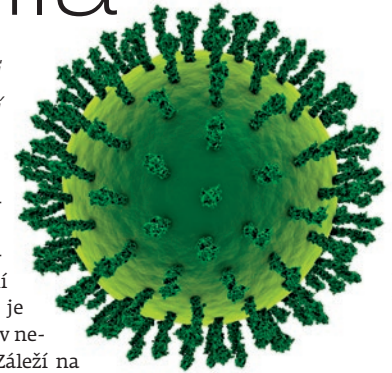
„Legislativní zajištění povinnosti očkování zdravotního personálu v ČR dosud není a tuto povinnost nemají ani jednotlivá zdravotnická zařízení ve svých požadavcích na personál. Očkování tedy probíhá na dobrovolné bázi a například v jedné z největších

pražských nemocnic, Nemocnici Na Bulovce, je před sezónou očkována jen třetina zaměstnanců,“ říká MUDr. Zdeňka Jádrová, ředitelka protiepidemického odboru Hygienické stanice hl. města Prahy.

Inspiraci v tomto směru může Česká republika čerpat například z USA, kde je od roku 2007 poskytování očkovací látky zdravotníkům jejich zaměstnavatelem součástí akreditačního procesu zdravotnických zařízení. Očkování je nařízeno pro pracovníky JIP, ARO a některá další pracoviště. Odmítnou-li se nechat očkovat, musejí následně po celou sezónu používat ochrannou roušku nebo polomasku. V případě, že zaměstnanec neakceptuje ani jedno z těchto dvou preventivních opatření, je propuštěn. V Kanadě je strategie ochrany proti chřipce více dobrovolná, ovšem

dojde-li k epidemii a zdravotník je neočkovaný, nesmí pracovat a odchází na tzv. nucenou dovolenou.

Více o očkování zdravotníků proti chřipce se dozvíte na [www.ockovaniprotichripce.cz](http://www.ockovaniprotichripce.cz). (red)



Ilustrační foto: Shutterstock

# Počet lidí s demencí roste

V České republice postupně přibývá lidí, kteří trpí demencí. Od roku 1990 se počet nemocných zdvojnásobil, je jich už přes 150 tisíc.

V roce 2020 by pacientů mohlo být přes 180 tisíc a v polovině století pak ještě o 200 tisíc více. Důvodem je stárnutí společnosti. Vyplývá to ze zpráv o stavu demence, které vydala Česká alzheimerská společnost. Bohužel, péče o nemocné u nás proti vyspělým zemím zaostává. „Riziko onemocnění demencí narůstá s věkem. Zatímco v nižších věkových skupinách se prevalence pohybuje v jednociferných řádech, zlom nastává v důchodovém věku, kdy s každým dalším rokem výskyt nemoci přibývá,“ uvádí zpráva. Podle výpočtů a odhadů odborníků trápí demence v Česku každého druhého člověka nad 90 let, každého pátého nad 80 let a nad 65 let každého třináctého. Dvě třetiny nemocných přitom tvoří ženy.

Lidé nad 65 let nyní představují téměř pětinu obyvatel republiky. Podle údajů Českého statistického úřadu jich bylo přes 1,9 milionu a osob nad 90 let žilo v Česku přes 43 tisíc. Podle nejnižších propočtů statistiků by v roce 2030 mohlo být v naší zemi přes 2,4 milionu lidí nad 65 let a přes 720 tisíc lidí nad 80 let, podle druhé varianty by skutečný nárůst u obou skupin byl ještě o sto tisíc větší. V polovině století by mohlo mít osmdesáté narozeniny za sebou dokonce téměř 1,2 milionu lidí a pětadesátiny přes 3,3 milionu mužů a žen. Stoletých by mohlo být kolem 20 tisíc. Experti se domnívají, že přibývání lidí ve velmi vysokém věku je nejvýraznější demografickou změnou.

Podle České alzheimerské společnosti není péče v Česku provázaná, část poskytuje zdravotnictví a část sociální služby. Dlouhodobá zdravotně sociální péče v ČR zatím stále neexistuje. Zatímco v Německu potřebné služby dostává čtvrtina pacientů,

v Rakousku třetina a ve Švédsku téměř polovina, u nás je poskytována jen necelé desetiny potřebných. „Pokud bychom chtěli v ČR nabízet obdobný objem služeb, jako je tomu průměrně v Evropě, museli bychom stávající kapacity ztrojnásobit,“ uvádí ve zprávě společnost.

Zdravotní péči podle ní využívá asi čtvrtina lidí s demencí. Tou trpí také zhruba pětina obyvatel domovů pro seniory. Zájem o osobní asistenci, odlehčování či stacionáře je obrovský, mnohá zařízení mají dokonce pořadníky. Situace se přesto v jednotlivých regionech liší. Kapacita nabídky, kterou poskytují kraje, neziskové či církevní organizace i soukromníci, se zvyšuje jen pomalu. O zhruba 100 tisíc lidí se pak stará rodina nebo známí. Podle odborných zjištění o každého člověka s demencí pečují dva až tři příbuzní, přátelé či sousedé a denně zajišťují až deset hodin péče.

Vláda loni v únoru schválila národní plán opatření pro Alzheimerovu nemoc a podobná onemocnění do roku 2019. Podle zprávy vydají zdravotní pojišťovny na léčbu tohoto onemocnění ročně kolem 430 milionů korun. Celkové náklady na řešení potíží s demencí se ale odhadují až na jedno procento HDP ročně. Podle dokumentu je nutné zlepšit přístup pacientů k péči a včas stanovovat diagnózu. Lékaři by měli při preventivních prohlídkách seniorů vyšetřovat i jejich kognitivní funkce. Změnit by se měla podpora pečujících, počítá se s případnou novou dávkou. Stát by měl také podpořit vznik odborných center.

Zdroj: Zpráva o stavu demence České alzheimerské společnosti



# Největší předsudky o práci sester

V ČR je zdravotnický pracovník především pod názvem „sestra“ hluboce zakořeněn. Zdravotnický asistent proto bývá laickou veřejností vnímán jako pracovník pouze pro zajištění primární ošetrovatelské péče. Návrat k označení „sestra“ na středních zdravotnických školách výrazně ovlivní zájem o obor i náhled laické veřejnosti.

Absolventi středních zdravotnických škol pokračují v dalším studiu a jen menšina z nich vstupuje na trh práce. Často také přiznávají, že se bojí zodpovědnosti a že se jim nelíbí nízké finanční ohodnocení. Předsudky a snížení prestiže spojené s profesí zdravotní sestry u nás vychází do značné míry ze vztahu lékařů k sestram. Samozřejmě nelze generalizovat, ale poměrně často lékaři nahlíží na sestru jen jako na svou asistentku.

Nabízíme vám přehled předsudků k profesi „sestry“ zpracovaný na podkladě rychlého šetření, které bylo provedeno na osmi středních zdravotnických školách.

## 1. Kompetence po absolvování střední zdravotnické školy (SZŠ) – rozpor odborníci/laici

**Předsudek (P):** Zdravotnický asistent není zdravotní sestra, je to „pomocná síla“, bohužel, tento název evokuje představu pomocníka sestry.

**Realita (R):** Vyvrácen – podle právních předpisů je zdravotnický asistent se svými kompetencemi zahrnut mezi střední zdravotnický personál.

**P:** Zdravotničtí asistenti nemohou aplikovat injekce, „provádět odborné výkony“, nesmí pracovat sami (samostatně), ale pracují pod odborným dohledem („někdo u nich musí stát“).

**R:** Není pravda. Zdravotnický asistent má své kompetence a po novelizaci zákona o nelékařských zdravotnických povoláních bude vynecháno „pracuje pod dozorem všeobecné sestry“.

**P:** Zdravotnický asistent může jen „nosit mísy“, stlát postele a umývat nemocné. Po absolvování SZŠ (obor ZA) nemá kompetence k výkonu odborných úkonů a samostatné péči o pacienta.

**R:** Zdravotnický asistent má kompetence k provádění mnoha odborných výkonů.

**P:** Sestra nepracuje samostatně, musí jen plnit příkazy lékaře.

**R:** Sestra má své samostatné kompetence.

**P:** Zdravotnický asistent a sestra jsou pouhými vykonavateli ordinací lékařů.

**R:** Sestra i zdravotnický asistent jsou plně zodpovědným a samostatně myslícím členem zdravotnického týmu.

**P:** Zdravotnické asistenty zaměstnávají na pozici sanitáře.

**R:** Není pravda. Pro asistenty existují tabulková místa. Někteří skutečně na pozici sanitáře pracují, je to jejich volba – mají menší zodpovědnost, což některým vyhovuje.

## 2. Studia (vzdělávání)

Z pohledu veřejnosti (laické především) je studium dlouhé – zde se nejedná o předsudek, ale o skutečnost. Je potřeba mít pracovníky s VOŠ a VŠ vzděláním v takovém počtu? Když ano – víme, proč je to významné?

**P:** Na SZŠ je možné získat poměrně snadno maturitu (studium není náročné).

**R:** I studijně nadaní žáci zde plně rozvíjejí své znalosti a dovednosti.

**P:** SZŠ primárně připravuje na výkon povolání a absolventi nemají přílišnou možnost dalšího studia v jiném oboru.

**R:** Možnost studia v oblasti sociální, pedagogické, psychologické či přírodovědné.

**P:** Zdravotnický asistent musí po maturitě dál studovat, nezaměstnají ho.

**R:** Není pravda. Zdravotnický asistent může hned po maturitě nastoupit do zaměstnání – všude v nemocnici ho okamžitě přijmou.

**P:** SZŠ a VOŠ zdravotnická nabízí pouze studium oboru zdravotnický asistent.

**R:** Na SZŠ jsou i jiné, technicky zaměřené obory (zubní laborant, zdravotnický laborant, farmaceutický laborant, nutriční terapeut a další).

**P:** Sestry vysokoškolačky jsou vzdělávané pro vedoucí pozice.

**R:** VŠ nebo VOŠ vzdělání je kvalifikační studium. Absolováním studia se získává oprávnění k výkonu povolání u lůžka nemocného, ne funkce.

**P:** Nutnost VŠ nebo VOŠ vzdělání pro všechny sestry.

**R:** Každá absolventka, která začala studovat obor všeobecná sestra na SZŠ nejpozději ve školním roce 2003/2004, je všeobecnou sestrou. Absolvovat VOŠ a VŠ již nemusí.

## 3. Platové podmínky v resortu zdravotnictví

**P:** Ve zdravotnictví nejsou finance (rozdíl mezi soukromou a státní sférou) – „ve státní nemocnici si nelze vydělat dostatek finančních prostředků“.

**R:** Chybí celospolečenská informovanost o platových podmínkách (co a za kolik – směnný provoz – benefity).

**P:** Málo peněz – sestry mají malé platy.

**R:** Plat sestry a zdravotnických asistentů jsou srovnatelné s platy ostatních středoškolačků. V poslední době došlo k navýšení platů. V třísměnném provozu + noční + svátky může být plat kolem 25 000 korun. Ministerstvo zdravotnictví předpokládá zvýšení

platů nezdravotnického personálu, náborové příplatky u nových zaměstnanců či stipendia při studiu.

## 4. Mediální obraz zdravotní sestry – pod vlivem televizních seriálů a filmů

**P:** Zdravotnický asistent (sestra) nedělá nic a všechno („proklábosí celou pracovní dobu a zároveň operuje“), střídá v rámci pracovní doby mnoho stanovišť (pracovišť).

**R:** Diferenciace pracovníků (a jejich pracovní náplně) předváděná v seriálech není dostatečná, není přehledná ani pro profesionály, natož pro laiky (uniforma).

**P:** Sestra spí s lékaři, svádí je a provokuje lékaře (sexuální harašení). Na zdraví chodí holky proto, aby „uhnaly“ nějakého doktora.

**R:** Kvalita pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami může být často ovlivněna negativní zkušeností s jednotlivcem. To může mít vliv na celkové vztahy na pracovišti a také hodnocení ze strany pacientů. Sexuální harašení totiž může být vnímáno i jako diskriminační, tedy s následky nerovného zacházení na pracovišti.

**P:** V ženském kolektivu se ze sestry stanou „slepice“.

**R:** Ryze ženské kolektivy se nacházejí i mimo zdravotnictví. Není možné paušalizovat, že práce sestry nebudou mít na pracovišti bezpečné pracovní klima.



Ilustrační foto: Shutterstock

## 5. Nedostatek společenské prestiže povolání

**P:** Ryze ženské povolání/role muže v profesi nelékařského zdravotnického pracovníka.

**R:** Muž do této profese patří a je součástí povolání od raného vývoje ošetrovatelství.

**P:** Nejedná se o poslání, riskování žalob od pacientů („nestojí to za to“). Sestra je jen taková služka. Přestože má vzdělání, vynáší hlavně mísy.

**R:** Toto povolání bude vždy především posláním (spojené s lidskostí, potlačením vlastních potřeb, altruismem). Vědí to všichni. Jedná se o pomáhající profesi.

**P:** Prestižní povolání je takové, kde se vydělávají velké peníze.

**R:** Náročná práce sestry či zdravotnického asistenta po stránce psychologické i fyzické není uznávána pro malé finanční ohodnocení. Existují jiné oblasti na trhu práce, které jsou při menší zátěži finančně ohodnoceny lépe.

## 6. Časová náročnost (pracovní vytížení)

**P:** Při třísměnném provozu je málo volna, sestry jsou stále v práci a kvůli vytížení jsou vyčerpané, vyhořelé a deprimované.

**R:** Není pravda – volna je víc, dokonce i 2–3 dny. Někteří zdravotníci si sami dovedou dát vnitřní odměnu za vykonanou práci (sebeuspokojení, spokojenost s odvedenou prací).

**P:** Práce sestry obnáší pouze práci u lůžka a ve směnném provozu.

**R:** Možnost práce v ambulantní sféře, agenturách domácí péče či v sociálních zařízeních.

**P:** Je to těžká fyzická práce.

**R:** Pomoc ošetrovatelů, sanitářů při manipulaci s nemocným, přístrojové pomůcky k polohování a mobilizaci nemocných, vhodná organizace práce.

**P:** Sesterská práce není čistá práce, sestra se na pracovišti může nakazit nějakou chorobou.

**R:** Pomoc ošetrovatelů, sanitářů, pomůcky k ošetrovatelské péči, ochranné pomůcky, dezinfekce, sterilizace.

## 7. Celoživotní vzdělávání

**P:** Není nutné. „Stále po tobě budou úplně zbytečně něco chtít“, „Budeš se muset něco nového učit“.

**R:** Získávání nových poznatků je samozřejmostí v každé profesi a v životě vůbec. Totéž platí i o zdravotnictví.

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

Mgr. Jana Jandáčková, ředitelka Střední zdravotnické školy Tábor

# Laskavý přístup pacient vždycky ocení

O práci sester a o jejich nepostradatelnosti mluvíme s emeritním přednostou III. chirurgické kliniky 1. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole **prof. MUDr. Pavlem Pafkem, DrSc.**

## Platí stále, že ošetřovatelství je především poslání?

Dnes bych ošetřovatelství posláním nenazval, je to povolání jako každé jiné. Posláním byla tato práce v dávných dobách, kdy ji vykonávaly jeptišky. Žily jenom prací, soukromý život neměly, pomáhaly nemocným a modlily se. Na rozdíl od nich dnešní sestry, ale i lékařky, mají své rodiny, starají se o potomky a mají široké zájmy.



Foto: archiv MF

## Lékař se bez ošetřovatelského personálu neobejde.

Lékař, na rozdíl od sestry, tráví u lůžka nemocného daleko méně času. Přímý kontakt s nemocným má obvykle jen při vizitách. Kdybychom to změřili časově, lékař se u jednotlivého lůžka zastaví ráno dvě tři minuty (mluvím teď o chirurgii) a odpoledne další tři minuty, takže během hospitalizace vidí nemocného celkem asi hodinu. První pražskou nemocnicí byl Útulek na Týništi u Týnského chrámu na Staroměstském náměstí v Praze, kde byly jen ošetřovatelky. Zajímavé je, že tam bylo asi sedm ošetřovatelek na 10 lůžek. Dnes má sestra na oddělení 25 lůžek, která musí obstarat a k tomu musí udělat ještě spoustu jiné práce. Vždycky jsme si sestra vážili – vědomi si toho, že lékař se bez sestry neobejde. Když se dnes některá oddělení zavírají pro nedostatek sester, měli by si lékaři uvědomit, že i oni jsou v ohrožení. Zavře-li se oddělení, pak je tam doktor zbytečný. Prostě stále platí, že sestra je nezastupitelná.

## Jaké vlastnosti jsou pro sestru nezbytné?

Podle mého soudu je to především pracovitost. V jiných profesích někdy můžete práci odložit na „pak“. Sestra nikdy nemůže práci odložit, protože pacient pečl potřebuje teď hned. Druhou nezbytnou vlastností je podle mě pravdomluvnost. Pracovat se sestrou, která vám neřekne pravdu o nemocném, je krajně rizikové. Je nepřijatelné, aby vám sestra na otázku, zda pacient má teplotu, odpověděla, že nemá, aniž by mu ji změřila. Nemluví-li sestra pravdu, je to doslova nebezpečné. Všichni v týmu musí vědět, jak na tom nemocný je. Právě sestra je tvář v tvář pacientovi nejčastěji a jen ta vám může podat čerstvé informace, jak se jeho zdravotní stav vyvíjí. Na jejich základě pak můžete přijmout nějaké rozhodnutí. Také si myslím, že sestry jako ženy jsou u lůžka vhodnější než muži, protože se umějí do pacienta lépe vcítit. Neplatí to stoprocentně, existují laskaví chlapi a drsné sestry, ale obecně chlap nemá takovou empatii jako žena. Laskavý přístup je to, co pacient vždycky ocení.

## Vzpomínáte na nejlepší sestru svého života?

Měl jsem štěstí, že jsem byl vždycky obklopen sestrami, které byly pracovité, empatické a kterým jsem věřil. A když se objevila nějaká jiná, kolektiv ji často sám vyřadil, protože do něj nezapadla. Vždycky je to věc obou stran, když máte špatné vztahy s někým, musíte přemýšlet, jestli chyba není ve vás. Ale ten vztah se také nějakou chvíli buduje, podobně jako v manželství. Za 53 let mého působení v medicíně byly mými kolegyněmi maturantky i vysokoškolačky a nikdy jsem neměl žádné konflikty. Ale sestry mezi sebou mívají jiné vztahy než k lékařům. Mezi nimi bývá řevnivost. Neoblíbenou kolegyni dokážou vyštítat, jako to známe u včel.

## Co byste sestřím nejvíce přál?

Sestřím není třeba přát, aby si jich společnost vážila. Společnost si jich váží, ale přál bych jim, aby jim svoji úctu neprojevovala jen verbálně, ale také je ohodnotila ekonomicky. Musíme si uvědomit, že populace stárne a bude čím dál větší potřeba personálu, který se o staré lidi postará. Když jsem byl mladý a přivezli devadesátiletého člověka, chodili jsme se na něj dívat jako na raritu. Dnes se věk prodlužuje a profese sester bude velmi potřebná a žádaná, proto musíme připravit podmínky, aby jich byl dostatek. A to bych jim přál, protože když je jich málo, jsou přetížené, nervózní, unavené, což se odráží u lůžka na jejich vztahu k pacientovi. Moc bych jim také přál, aby měly větší klid na práci a nebyly tak vyčerpané, jako jsou dneska. Aby kvůli tomu nemusely svou krásnou profesi opouštět.

## PROČ NE ZDRÁVKA? – informační brožura pro uchazeče o studium

Brožura ukazuje perspektivy studia na střední zdravotnické škole. Přináší portréty sester na všech pozicích, miniživotopisy, medailonky a rozhovory s osobnostmi medicíny a ošetřovatelství. Ukazuje profesi zdravotní sestry v celé její šíři. Na příbězích skutečných zdravotníků se snaží potenciálnímu uchazeči a jeho rodičům přiblížit profesi, nepopírat náročnost práce, ale akcentovat „dobrodružnost“, smysluplnost i možnost uplatnění.



Brožuru a více informací o studiu najdete na: [www.studujzdravku.cz](http://www.studujzdravku.cz)

# Proč jít studovat zdravotní školu?

Většina zdravotnických škol v naší republice byla založena po roce 1946. „Zdrávky“ si našly ve své sedmdesátileté historii pevné místo a respekt mezi ostatními odbornými školami.

Po druhé světové válce navázaly zdravotnické školy na tradici tzv. rodinných a sociálních škol a postupně se profilovaly k dnešním deseti maturitním oborům a jednomu oboru (ošetřovatel) s výučním listem. Zdravotnické školy nejsou pouze důležitým a nezastupitelným „servisem“ pro naše nemocnice, seniorské domy, lékařské ordinace a další zdravotnická zařízení. Připravují totiž dívky, ale dnes už také chlapce, pro práci v dalších klinických a technických oborech. Nejvíce zastoupeným oborem je zdravotnický asistent („sestra“), dále pak laboratorní asistent, asistent zubní techniky a v současnosti atraktivní obory masér sportovní a rekondiční a nutriční asistent. Ve více než deseti školách si mohou zájemci vybrat obor zdravotnické lyceum s posíleným zastoupením všeobecně vzdělávacích předmětů (biologie, chemie, matematika), které maturanty nasměrují na zdravotně-sociální nebo pedagogické fakulty. Ti nejlepší pokračují ve studiu na lékařských fakultách. Na zdravotnických školách ale také najdete obory aplikovaná chemie, oční optik, sociální činnost nebo například požární ochrana.

## Uplatnění v praxi

Zdravotnický asistent dokonale zvládá ošetřovatelské postupy, poskytuje pacientům preventivní, léčebnou, rehabilitační a dispenzární péči ve zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního typu. Uplatní se v nemocnicích, poliklinikách, lékařských ordinacích nebo zařízeních sociální péče. Laboratorní asistent se naučí zacházet s biologickým materiálem, zvládá analytické postupy vyšetřovacích metod a obsluhu i údržbu laboratorních přístrojů. Pracuje pod odborným vedením v laboratořích na odděleních transfuzním, hematologie, klinické biochemie, histologie a patologie, mikrobiologie a epidemiologie a dalších. Asistent zubní techniky umí v zubních laboratořích pod odborným dohledem zhotovit zubní náhrady a ortodontické pomůcky. Masér sportovní a rekondiční je připraven pro práci ve službách a sportu. Zvládá klasické a alternativní masážní techniky (reflexní a lymfatické), ovládá obsluhu zařízení wellness center a umí aplikovat fyzikální procedury (vodoléčba, teploléčba apod.). Nutriční asistent se uplatní ve stravovacích provozech zdravotnických a sociálních zařízení, zdravotních ústavech, v komunitní péči a podobně. Najde uplatnění i jako odborník v oblasti nutriční a dietetické péče.

Základní ošetřovatelská péče vždy byla, je a také zůstane pro každého pacienta nenahraditelnou, proto jsou nenahraditelné také střední zdravotnické školy.

PhDr. Karel Štix,  
předseda Asociace zdravotnických škol ČR



# Ve zdravotnictví si můžete vybrat

Hovoříme s přednostou III. interní kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice Praha a předsedou České lékařské společnosti J. E. Purkyně **prof. MUDr. Štěpánem Svačinou, DrSc., MBA.**

## Co pro vás jako lékaře znamená zdravotní sestra?

Zdravotní sestra je stejně důležitá součást zdravotnictví jako lékař. Kdysi sestry vykonávaly práci, která byla hodně rutinní a málo invenční. Postupně se sesterské povolání stalo stejně složitým a komplikovaným, vyžadujícím trvalé studium a inovaci znalostí a postupů, jako povolání lékaře. Dnes obě povolání fungují společně a doplňují se. Zásadní rozdíl mezi námi byl ale vždycky v přípravě. Sestra je po školení (pod vedením staniční sestry) ihned schopna docela dobře pracovat. Čerstvý absolvent medicíny není schopen samostatné činnosti. Je to teoreticky připravený pracovník, ale zatím neschopný samostatné praxe.

## Říká se, že ošetřovatelství je posláni. Není brzy se pro ně rozhodnout v patnácti?

Je to relativní, povolání lékaře je taky posláni. Obě tato povolání jsou neobyčejně divergentní. Po studiu medicíny si lékař může vybrat obor, kde chce pracovat. Uzavřený a nekomunikativní člověk si vybere třeba patologii, radiologii či laboratorní obory, kde nepřichází moc do styku s veřejností. Jsou ale lékařská povolání, která jsou založena na obrovské komunikaci. I sestra má na začátku praxe možnost široké volby. Existují i pracoviště, kde se s pacientem skoro vůbec ne bavíte, protože není pořádně při vědomí. Některá sesterská povolání jsou spíše úřednická a jiná zase hodně praktická. V určitých povoláních vám volba učiněná v patnácti letech determinuje celý život. V povolání lékaře či sestry máte možnost si vybrat obor, který se vám líbí a pro který máte psychické předpoklady. Je rozdíl dělat sestru u praktického lékaře, u psychiatra nebo na interním oddělení nemocnice. Ošetřovatelství je dobrá volba pro někoho, kdo není rozhodnut, co přesně by chtěl v životě dělat.

## Je sesterské povolání perspektivní?

Dnešní společnost je složitá a nepochybně bude procházet krizemi. Cokoliv si v životě zvolíte jako povolání, průmyslové či obchodní aktivity, je v zásadě ohroženo, všude hrozí nezaměstnanost. Stonat ale lidé budou vždycky. I když se některá onemocnění stávají vyléčitelnými, objevují se další. Myslím, že kdo si zvolí práci ve zdravotnictví, má naprostou jistotu zaměstnání pro příštích padesát let. Je trochu nešťastné hodnotit povolání lékaře či sestry z hlediska současného stavu, neboť dnes je mzdově podhodnoceno, ale protože jsme součástí Evropské unie, tento stav nemůže být setrvalý. Ukazuje se, že kliniky nemají sestry právě z těchto důvodů a kvůli uzavřeným oddělením jsou ohroženi pacienti někdy v celých okresech. Tato oblast tedy nutně musí projít mzdovým vývojem.

## Proč je podle vás málo sester?

Dnešní vysoké školy zaměřující se na ošetřovatelství se do značné míry staly něčím podobným, jako jsou pedagogické fakulty. Pedagogická fakulta je škola s praktickou výukou, která stát něco stojí, a dvě třetiny absolventů pak nejdou dělat učitele, ale uplatní se jinde. Dělalí vlastně něco, k čemu nejsou vyškoleni. A sestry při vysokoleškolé přípravě také získávají kvantum teoretických znalostí typu psychologie, komunikace a podobně, takže po získání bakaláře či magistra mohou odejít do jiného oboru mimo zdravotnictví. Společnost se s touto situací zatím nedokáže vypořádat. Učitelé jsou málo placeni, je jich nedostatek a tak se rekvalifikují lidé, kteří nemají pedagogické vzdělání. Pro ošetřovatelství se člověk rozhoduje v patnácti letech. Později třeba zjistí, že mu vadí krev, že nemá k tomu povolání ten pravý vztah, a uvědomí si možnosti, které mu skýtá jeho vzdělání v oblasti komunikace a psychologie, tak logicky jde dělat něco jiného a za více peněz. A to jsou sestry, které nakonec ve zdravotnictví chybějí.

## Jaké charakterové vlastnosti by sestra měla mít?

Především by měla být slušným člověkem se smyslem pro kolektivní práci. V týmové práci nemůžete podvádět, a to se týká jakéhokoliv zdravotnického kolektivu.

## Co byste sestram nejvíce přál?

Určitě peníze. Já si ale myslím, že se dočkají, protože současná situace není udržitelná. Bude-li se EU vyvíjet tak, jak se vyvíjí, je naprosto vyloučeno, aby v těchto povoláních byly tak zásadní mzdové rozdíly jako nyní. Když si představíte, že dobře vyškolená sestra, která pracuje na oddělení operačního oboru nemocnice nebo je ve vedoucí funkci, odejde do Rakouska, kde poskytuje home care jednotlivci, je jasné, že systém je špatně nastaven. Nebo když je tato práce hned za hranicemi republiky zaplacená líp, než je práce intenzivní sestry u nás, je to rovněž špatně. Dnes jsou všeobecně známy výše mzdy v sousedním Německu či Rakousku a víme, jaké jsou

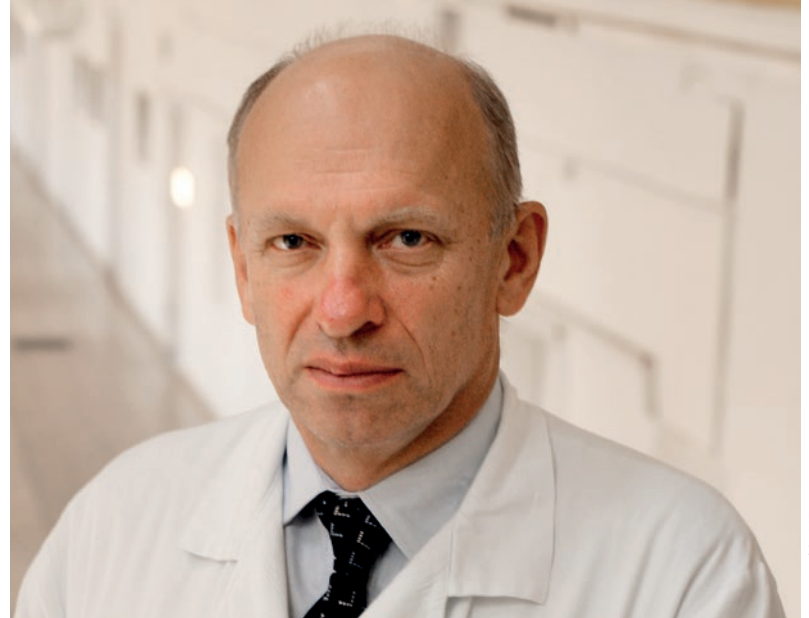


Foto: archiv MF

i u nás. Existují zdravotnická zařízení, která kromě zdravotní péče vyvíjejí ještě další činnost, třeba zpracování krevních derivátů. A prostředky získanými z této činnosti dotují práci sester, které pak mají nesrovnatelně vyšší mzdy než na pracovištích, která takovou možnost nemají. Taková situace rozkládá zdravotnická zařízení stejně úrovně. Z hlediska sestry jde o stejně kvalifikovanou práci, pouze za odměňováním stojí jiné zdroje.

## Vzpomínáte na nějakou sestřičku, která zanechala ve vašem životě stopu?

Pamatuju Martu Staňkovou, která původně pracovala u nás na klinice. My se už od dob, kdy jsem pracoval jako mladý sekundář na jednotce intenzivní péče, dodnes scházíme v restauraci nebo jdeme na výlet. Je zajímavé pozorovat, jak se kolektivny na jípc generace obměnil. Pamatuju si spoustu sester a nejvíc staniční, které byly naprostým základem. Myslím, že když sestra nastoupí do praxe, určitě je pro ni cílem dosáhnout určitého postu, třeba staniční sestry, což je jedno z nejhezčích zdravotnických povolání.

## Je jasné, že se lékaři bez sester nemohou obejít...

Jeden z velkých problémů je, že se lékařské a sesterské povolání v posledních pěti deseti letech hodně separovala. Za nesmyslné třeba považují vedení sesterské dokumentace v té formě, do jaké byla v posledních letech dovedena. Je správné, že sestry do ní zapisují různé ošetřovatelské diagnózy, tyto údaje ale nepatří do zvláštních papírů. Pacient je jeden a denní dekurz musí zcela nutně obsahovat společné informace pro celý léčebný proces. Je to týmová práce a příliš velká separace sester od lékařů tomu škodí. Taková situace může být pro pacienta nebezpečná. Zcela jistě je správné, aby dokumentace byla jedna. Může být z poloviny psaná sestrami, které tam zapisují důležité postupy týkající se léčebného postupu a diagnostického procesu.

## Práce sestry u lůžka je fyzicky i psychicky náročná...

V současných podmínkách pořád ještě ano. Psychicky by tak náročná být nemusela, člověk se na stresové situace adapteje, nebo si najde jiný zdravotnický obor. V ordinaci praktického lékaře musíte komunikovat, ale neteče tam krev a neumírají lidé. Sestra na intenzivní péči musí být člověkem určitého typu. Příčina syndromu vyhoření je, podle mě, ve špatné organizaci práce. Jsou lidé, které adrenalinová práce baví a nabíjí je. Existují třeba asistentky generálního ředitele, děkana fakulty nebo u nás na klinice. Ty musí být připraveny na to, že tam každých pět minut někdo otevře dveře. Nebo třeba filmové štáby, kde také pracují lidé, které baví různorodost práce, aby se pořád něco dělo. A takoví lidé se na intenzivní péči uplatní, jsou tam rádi a práci dělají dobře. Člověk, který je introvertní a který se na to primárně nehodí, by tam byl nešťastný. Ale ve zdravotnictví má vždycky volbu najít si práci, která mu bude sedět.

Markéta Mikšová



# Ceny ministra zdravotnictví za výzkum a vývoj za rok 2016

V prosinci loňského roku byly za účasti zástupců Ministerstva zdravotnictví a odborné veřejnosti slavnostně předány Ceny ministra zdravotnictví za výzkum a vývoj.

Ocenění za mimořádné výsledky ve zdravotnickém výzkumu a vývoji a čestná uznání převzali řešitelé projektů, které byly podporovány Interní grantovou agenturou MZ ČR. Veřejné soutěže ve výzkumu, vývoji a inovacích bude v budoucích letech zastřešovat Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky, což by podle ministerstva mělo vést k efektivnějšímu řízení resortního výzkumu a vývoje.

Ocenění byla letos předávána již po čtyřiačtyřicáté. Předávání se již tradičně koná 17. prosince.



Účastníci slavnostního předávání cen

Foto: archiv MZ ČR

## Cenu ministra zdravotnictví obdržely tyto řešitelské týmy:

- **doc. RNDr. Běla Bendlová, CSc.**, z Endokrinologického ústavu za projekt: „Studium genetických změn u nádorů štítné žlázy“,

- **doc. Ing. Stanislav Kmoch, CSc.**, z 1. LF UK za projekt: „Využití nových metod analýzy genomu ve studiu molekulární podstaty vzácných geneticky podmíněných onemocnění“,
- **doc. RNDr. Ondřej Slabý, Ph.D.**, ze Středoevropského technologického institutu MU Brno za projekt: „Vytvoření diagnostické sady cirkulujících mikroRNA pro neinvazivní časnou diagnostiku a sledování pacientů s kolorektálním karcinomem“,
- **prof. MUDr. Robert Jech, Ph.D.**, z 1. LF UK Praha za projekt: „Patofyziologické mechanismy neuromodulační léčby u dystonií“,
- **RNDr. Hana Zamrazilová, Ph.D.**, z Endokrinologického ústavu Praha za projekt: „Vlivy prostředí a individuálního chování ve vztahu k abdominální obezitě a kardiometabolickým rizikovým faktorům u českých adolescentů“.

## Čestná uznání byla udělena těmto vědcům:

- **prof. RNDr. Šárka Pospíšilová, Ph.D.**, ze Středoevropského technologického institutu MU Brno za projekt: „Molekulární charakterizace B buněčných receptorů a jejich vztah k evoluci genetických změn u chronické lymfocytární leukémie“,
- **doc. MUDr. Robert Holaj, CSc., MBA**, ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze za projekt: „Vliv specifické léčby primárního hyperaldosteronismu na ústup subklinického orgánového poškození“,
- **doc. Ing. Jaroslav Hrabák, Ph.D.**, z LF UK v Plzni za projekt: „Analýza mobilních genetických elementů nesoucích geny metalo-beta-laktamáz v České republice“,
- **prof. RNDr. Jarmila Vinšová, CSc.**, z Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové za projekt: „Design a enzymové cílení nových antibakteriálně účinných sloučenin vůči multilékově rezistentním kmenům“,
- **prof. RNDr. Evžen Amler, CSc.**, z Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze za projekt: „Nanovláknenné nosiče s řízeným uvolňováním léčiv pro regeneraci osteochondrálních defektů“.

(eta)

## Podhorská nemocnice má nového ředitele

Od ledna má Podhorská nemocnice s pracovišti v Rýmařově a Bruntále nové vedení. Předsedou představenstva se stal primář oddělení klinické biochemie a hematologie **RNDr. Jaromír Soušek, Ph.D.**

Jaromír Soušek v pozici nahradil MUDr. Mariána Olejníka, MBA, který odešel do důchodu. „V nové funkci bych rád navázal na dosavadní práci svého předchůdce. Za cíl si kladu zachovat rozsah péče, kterou Podhorská nemocnice nabízí, a pokusím se rozšířit některé odborné ambulance. Velký důraz budu klást na kvalitu poskytované péče, stabilizaci personálu nemocnice a jeho podporu v neustálém vzdělávání. Rád bych také intenzivnější komunikaci a spolupráci s praktickými lékaři a specialisty v našem regionu,“ uvedl nový ředitel.

RNDr. Soušek vystudoval analytickou chemii na Přírodovědecké fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a o čtyři roky později získal titul Ph.D. v oboru Lékařská chemie a biochemie na Lékařské fakultě UP Olomouc. Zde pracoval jako vědecký pracovník, podílel se na výuce chemie a biochemie pro studenty Lékařské fakulty UP a řešil grantové projekty. V roce 1998 se stal primářem Oddělení klinické biochemie a hematologie Nemocnice Rýmařov a od června 2005 vede také Oddělení klinické biochemie a hematologie na pracovišti v Bruntále. Členem představenstva Podhorské nemocnice byl od ledna 2016. S nástupem Jaromíra Souška a odchodem Mariána Olejníka došlo ke změnám ve složení představenstva. Místopředsedkyní se stala Ing. Irena Orságová a novým členem MUDr. Petr Opletal. (eta)



Foto: archiv Podhorské nemocnice

## V Thomayerově nemocnici pokřtili kalendář

Vrchní sestry pražské Thomayerovy nemocnice nafotily a pokřtily v pořadí již druhý kalendář.

Ústředním tématem kalendáře pro příští rok jsou významné mezinárodní dny. „Občas každý někomu pije krev. Znázornily jsme tedy pana primáře, jak mu jeho kolegyně pijí krev,“ uvedla příklad netradičního pojetí kalendáře jeho iniciátorka, vrchní sestra interního oddělení Thomayerovy nemocnice Mgr. Karolína Vaicová. Role kmotrů se ujali herci David Matásek a Jan Štastný. „Kalendář je plný veselí a humoru. Přál bych si, aby ve špitálech humor nechyběl,“ řekl při křtu Jan Štastný a popřál kalendáři úspěch. V loňském roce bylo námětem srovnání historických a současných fotografií Thomayerovy nemocnice. Kalendář můžete koupit za 149 Kč v Thomayerově nemocnici. Výtěžek z prodeje bude stejně jako loňský rok použit pro podporu dobrovolnického centra Lékořice, které působí v rámci Thomayerovy nemocnice. (eta)



Foto: archiv Thomayerovy nemocnice





# Cena hejtmana za záchranu života

Plzeňský kraj každoročně vyhlašuje Cenu hejtmana za záchranu života. Své nominace mohou obyvatelé Plzeňského kraje zasílat na krajský úřad do 10. února 2017.

Nominace lze zasílat na kuponu otištěném v lednovém čísle měsíčníku Plzeňský kraj nebo dostupném na webových stránkách Plzeňského kraje [www.plzensky-kraj.cz](http://www.plzensky-kraj.cz). Vyplněný tiskopis zasílejte na adresu: Plzeňský kraj, Cena hejtmana, Škroupova 18, 306 13 Plzeň nebo e-mailem na: [cenahejtmana@plzensky-kraj.cz](mailto:cenahejtmana@plzensky-kraj.cz).

V nominaci je kromě popisu výjimečného činu nutné uvést jméno, příjmení, adresu, telefon, případně e-mail nejen nominované osoby, ale i navrhovatele. Z došlých nominací budou vybráni lidé, kteří na území Plzeňského kraje neváhali poskytnout první pomoc a přivolat záchranku, čímž přispěli k záchraně lidského života. Cenu za rok 2016 bude Josef Bernard, hejtman Plzeňského kraje, předávat na Krajském úřadu Plzeňského kraje letos v březnu.

Za rok 2015 bronzovou pamětní medaili a šek v hodnotě 10 tisíc korun převzali Zuzana Hovorková a Heřvika Maroušková z Kokašic, Blanka Nováková z Holýšova a Alois Stupka z Cheznovic. (eta)



Zleva: Zuzana Hovorková, Heřvika Maroušková, hejtman Václav Štajls, Blanka Nováková a Alois Stupka  
Foto: archiv KÚ PK

## Slavnostní křest dvou knih profesora Svačiny

Akademický klub 1. LF UK byl koncem roku poprvé ve své existenci svědkem slavnostního aktu, kdy zde byly pokřtěny najednou dvě publikace stejného autora.

Obě knižní novinky jsou z pera přednosta III. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha a předsedy České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně prof. MUDr. Štěpána Svačiny, DrSc. Do života byla uvedena odborná lékařská publikace Antidiabetika, která mapuje historii, současnost a perspektivy léčby diabetu. Druhá kniha O lidech, medicíně a dění kolem nás přináší pět desítek fejetonů, které obrazem doprovodil fotograf Karel Meister.

Obě publikace přivítal proděkan 1. LF UK doc. MUDr. Martin Vokurka, CSc. Při křtu připomněl, že se od profesora Svačiny naučil mnoho nejen z odborných knih, ale i z fejetonů. Publikacím popřál, aby se jim dařilo a aby nás obohatily a vedly k širšímu zamyšlení. Profesor Svačina označil antidiabetika za oblast s velmi dynamickým vývojem: „Ostatní obory lékařství nám mohou závidět, že se na tomto poli medicíny všechno tak rychle mění,“ řekl s úsměvem. Ze sbírky fejetonů pak herečka Marta Richterová předčítala úryvky, což slavnostní atmosféru ještě umocnilo. Hudební vystoupení uvedla violoncellistka Michaela Stehlíková. (eta)



Zleva: Karel Meister, Jiří Široký, Martin Vokurka, Štěpán Svačina, Marta Richterová a Jan Petrášek

Foto: archiv 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

## Nová střední zdravotnická škola v Ostravě

Vznikající Střední zdravotnická škola AGEL v Ostravě-Koblově se počátkem ledna rozhodla otevřít své brány budoucím studentům a představit obory, na které se mohou uchazeči přihlásit.

Zájemci o studium zdravotnických oborů si mohli prohlédnout interiér školy, dozvědět se více o nabízených oborech, seznámit se s učebními plány, pohovořit s ředitelem školy a zeptat se na vše, co je ohledně studia na škole zajímavé.

Školu založila společnost AGEL, úspěšný poskytovatel zdravotní péče ve střední Evropě, a první středoškoláci ji budou moci navštěvovat již od září 2017. Vzhledem k zázemí, které tato společnost jako provozovatel nemocnic, poliklinik, lékáren či laboratoří může poskytnout, budou mít studenti v rámci skupiny jistotu perspektivního zaměstnání.

„Naše střední škola vznikla jako odpověď na stále se prohlubující nedostatek zdravotnického personálu v České republice. Má za cíl podílet se na výchově budoucích nelékařských zdravotníků,“ říká budoucí ředitel školy Ing. Bc. Vladimír Janus. Škola se podle něj chce soustředit především na výchovu zdravotnických asistentů. V budoucnosti hodlá studijní program rozšířit také o obor diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. Celková kapacita školy bude 250 studentů, kteří mohou studovat ve třech denních čtyřletých oborech – zdravotnický asistent, zdravotnické lyceum a laboratorní asistent a dále lze absolvovat pětiletý obor zdravotnický asistent. Všechny studijní

obory budou zakončeny maturitní zkouškou. Střední zdravotnická škola AGEL se nachází v ulici Antošovické v ostravské části Koblov. (eta)



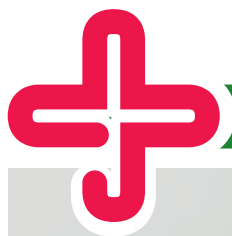
Ilustrační foto: Shutterstock

# Předplatte si pravidelnou dávku informací!

euro°



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



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

# Moderní lineární urychlovače umožňují inovace radioterapie

*Léčba zářením se v posledních letech rozvíjí také díky novým možnostem lineárních urychlovačů. Moderní ozařovací technika je k dispozici již v každém komplexním onkologickém centru, její využití v praxi je ale poměrně nákladné.*

Radioterapie, anebo také a lépe radiační onkologie, je klinickým oborem, který u nás v posledních pěti až osmi letech prošel významnou přístrojovou obměnou. Motorem inovací jsou lineární urychlovače s fotonovým a elektronovým zářením. Vzhledem k fyzikálním charakteristikám ozařovacích svazků (fotony, protony, elektrony, neutrony aj.) však nelze dosáhnout nulových hodnot záření v tkáních přilehlých cílovému objemu. Účelem moderní léčby zářením je dosáhnout minimální toxicity radioterapie.

K diskusi zůstává problematika „finanční toxicity“ různých ozařovacích technik čili neúměrného nárůstu výdajů na léčbu bez ohledu na její nákladovou efektivitu. Jedná se o jakousi analogii s moderními přípravky cílené protinádorové léčby a imunoterapie, kde je pojem finanční toxicita zaváděn, a musí být brán v potaz v každodenní diagnosticko-terapeutické rozvaze.

Kontrola polohy pacienta při ozařování

Radioterapie řízená obrazem (image-guided radiotherapy, IGRT) je speciální technika, která využívá zobrazovacích metod jak před ozařováním, tak i v jeho průběhu. Pro správné ozáření je totiž důležité, aby pacient na ozařovacím stole ležel vždy v naprosto stejné poloze jako při plánování ozařování. Odchytky polohy v průběhu ozáření mohou vzniknout jednak změnou polohy, a to i malým odchylením, jednak také náplní

orgánů (močový měchýř, konečník), ale i dýcháním. Během ozáření je tedy pravidelným snímkováním kontrolována poloha pacienta, zda nedochází k významným odchylkám. IGRT zajišťuje přesné zaměření svazků na ozařovači.

Používají se rtg snímky, které jsou provedeny přímo lineárním urychlovačem a elektronicky uloženy do systému. Následně jsou porovnány s digitální rekonstrukcí snímků z CT vyšetření při plánování radioterapie. U novějších přístrojů, které jsou vybaveny přídatným rtg zdrojem, je možné provést CT vyšetření přímo pod ozařovacím přístrojem (cone beam CT). Ozařovací přístroje s jinými svazky záření to nedovedou. Vždy je hodnocena jednotlivá velikost odchylky nastavení i systematická chyba. V případě potřeby je provedena korekce srovnávacích značek umístěných na pacientovi či na fixační masce.

Modulace intenzity svazku a tvaru ozařovaného pole

Radioterapie s modulovanou intenzitou (intensity modulated radiotherapy, IMRT) cíleně kopíruje nepravidelný tvar ozařovaného objemu. Tvarováním ozařovaného pole je formována i intenzita svazky, a proto dochází k dalšímu zlepšení distribuce dávky (např. šetření míchy při ozařování krku nebo konečníku při ozařování prostaty). Zároveň lze dosáhnout i rozdílné-

ho rozložení dávky v ozařovaném objemu. Navíc se získá prudký dávkový spád do okolí a lépe se šetří okolní zdravé tkáně.

Dozimetrické výhody použití techniky IMRT (rozložení dávky záření) jsou dosaženy díky modulaci dávkového rozložení především u radioterapie nádorů nosu, paranazálních dutin a baze lební, tedy lokalit, které bylo dříve velice obtížné dávkově homogenně pokrýt, aniž by současně byly ozářeny okolní rizikové orgány. Další výhodou je možnost šetřit velké slinné žlázy s cílem snížit riziko pozdní xerostomie (suchost v ústech) a také jsou při ozařování gynekologických nádorů nebo konečníku před zářením šetřena střeva i močový měchýř.

VMAT technika radioterapie

Dávkování probíhá za současného pohybu ramene a hovoříme tak o objemově modulované radioterapii kyvem (volumetric modulated arc therapy, VMAT). Starším označením pro techniku bylo IMAT (intensity modulated arc therapy). Díky ní lze dosáhnout vysoce konformního prozáření cílového objemu (nádoru) a zároveň zajistit potřebný strmý spád dávky do okolí, aby bylo zajištěno maximální šetření zdravých tkání.

VMAT představuje formu radioterapie s modulovanou intenzitou (IMRT), při níž se k modulaci intenzity svazku záření (přesněji fluence) pomocí lamel kolimá-



Foto: archiv MF

toru (systém lamel v hlavici přístroje upravující tvar ozařovaného pole) přidává modulovaný pohyb ramene (gantry) urychlovače, modulace dávkového příkonu a u nejmodernějších přístrojů také dynamická změna polohy clon (jaw tracking).

Nezanedbatelným přínosem je také rychlost dodání potřebné dávky záření. Zkrácení doby pro ozáření je nejen komfortem pro pacienty, ale snižuje se také riziko pohybu pacienta během ozáření, čímž se rovněž redukuje riziko nepřesného ozáření. Dalšími pozitivními efekty tohoto způsobu radioterapie jsou zkrácení čekací doby a zvýšení využitelnosti přístroje.

#### Simultánní integrovaný boost (SIB)

Pro princip navýšení dávky v určitém menším objemu za současného ozařování dalších struktur (většího rozsahu) se používá pojem simultánní integrovaný boost (SIB). Technikou SIB se zvyšuje dávka v podobě s nejvyšším rizikem recidivy (makroskopický tumor, lůžko tumoru). Mozkovna je kupříkladu celá ozařována 3 Gy, ale v místě ložiska (metastáza, tumor) je dávka navýšena na 4 Gy.

#### Řízené dýchání při ozařování prsu a vliv na srdce

Ozařování je součástí léčby po operaci prsu pro zhoubný nádor. Ženy se nejčastěji ptají, jaký je vliv záření na srdce. Kontrola jeho (ne)ozáření je důležitou součástí tvorby ozařovacího plánu. Radioterapie se připravuje pomocí CT vyšetření, na kterém je dobře vidět umístění srdce. Díky němu lze záření zacílit tak, aby procházelo jen prsem a co nejvíce minulo srdce. U většiny žen, v případě použití moderních urychlovačů, je dávka záření v oblasti srdce tak malá, že nepředstavuje žádné riziko. U menší části je ale srdce blízko u prsu a část záření jím prochází. V takovém případě lze použít ozařování v nádechu, pomocí kterého se srdce opět dostane do bezpečné vzdálenosti. Ozařuje se pak pouze v nádechu, urychlovač se tedy opakovaně vypíná a spouští. Nádech kontroluje speciální snímáči zařízení položené na hrudníku.

#### Intrakraniální stereotaktická radioterapie a radiochirurgie

Jde o speciální ozařovací techniku, kterou se cíleně ozařují malé objemy nitrolebních nádorových ložisek v mozku. Tato technika se v Masarykově onkologickém ústavu používá již více než deset let. Nyní, po

nutné modernizaci potřebného vybavení (nové lineární urychlovače a fixační zařízení), lze tuto léčebnou metodu nabídnout více pacientům.

Při vhodné velikosti a uložení nádoru v mozku se využívá ozařování vysokými dávkami záření. V krajním případě pak ozáření jedinou, velice vysokou dávkou fotonového záření. V tomto případě léčba probíhá, na rozdíl od klasické několikátýdenní radioterapie, v průběhu jednoho dne a napodobuje tak chirurgický výkon (radiochirurgie). Důležitá je extrémní přesnost ozáření, aby bylo zajištěno, že vysoká dávka záření zasáhne nádor, a ne okolní zdravou tkáň. Dávka způsobí nekrozu zasaženého ložiska, ne však ihned jeho vymizení.

Nutného znehybnění a fixace pacienta k ozařovacímu stolu nyní dosahujeme novým stabilizačním systémem se submilimetrovou přesností nastavení. Tento proces se historicky nazývá stereotaktickým. Dříve používaný systém invazivní fixace do stereotaktického rámu (napevno připevněného speciálními šrouby do hlavy) je dnes nahrazen speciální maskou a otlakovou fixací horní čelisti se srovnatelnou přesností, jejíž použití je navíc bezpečnější a pacienty více akceptované.

Historicky se rozlišuje stereotaktická radioterapie (stereotactic radiotherapy, SRT), kde je aplikovaná dávka rozdělena do několika frakcí, a radiochirurgie (stereotactic radiosurgery, SRS), u níž je aplikována celá dávka jednorázově. V současnosti se terminologicky rozdíl stírá.

#### Extrakraniální stereotaktická radioterapie/radiochirurgie

Využívá k léčbě nádorových ložisek velmi přesné aplikace vysokých dávek záření v malém počtu frakcí (1-5). V praxi se pro tuto metodu léčby používá označení SBRT (stereotactic body radiotherapy) či SABR (stereotactic ablative radiotherapy). Její rozvoj umožnila lepší vybavenost radioterapeutických pracovišť (moderní fixace pacientů, svazky záření „šité stereotaxi na míru“, možnosti prostorové navigace svazků na cíl, přesná a také rychlá aplikace dávků).

Při odpovídajícím přístrojovém vybavení lze tuto metodu v dnešní době využít při léčbě nádorových ložisek v plicích, játrech, dutině břišní, pánvi či ve skeletu. Dlouhodobý lokální efekt řadí tento způsob léčby mezi výkony radikální, i přestože se v mnoha případech jedná v širším slova smyslu o paliaci (léčbu metastatických ložisek). V řadě indikací má však SBRT/SABR jednoznačně kurativní potenciál (primární plicní tumory atd.).

Technika SBRT/SABR se provádí standardně lineárním urychlovačem či systémy z něj odvozenými (robotický urychlovač CyberKnife, tomoterapie a další). Nezbytnou součástí přístrojů je možnost obrazové navigace (IGRT). Vysoké dávky záření koncentrované do malého cílového objemu dosahují maximálního letálního účinku. Aplikovaná dávka se pohybuje až v desítkách Grayů (Gy) - např. 3x 18-20 Gy, 5x 11-12 Gy nebo jednorázově 1x 10-30 Gy. Vlivem přímého nekrotizujícího účinku na buňky je překonána buněčná radiorezistence. Nekrotizovaná tkáň se následně během několika měsíců fibroticky mění. Vysoká přesnost doručení dávky umožňuje ozáření cílových objemů nacházejících se v těsné blízkosti radiosenzitivních orgánů (mícha, ledviny, tenké střevo apod.).

Další indikací SBRT/SABR jsou nádory v již dříve ozářeném terénu nebo nádory primárně radiorezistentní. Přesnosti léčby je dosaženo zvýšenou úrovní fixace pacienta (maska, rám, vakuová dlaha, stlačení žaludeční krajiny atd.), kontrolou polohy pacienta (využití obrazové navigace, aplikace a sledování zlatých zrn, CT vyšetření urychlovačem přímo na ozařovacím stole, sledování dýchacích pohybů apod.). Vše dohromady umožňuje použití velmi malých bezpečnostních

lemů, což při aplikaci vysoce konformních technik radioterapie s velkým dávkovým spádem zaručuje minimální poškození přilehlých zdravých tkání. Extrakraniální stereotaktická radioterapie je velmi efektivní a výborně tolerovanou lokální metodou léčby nádorových onemocnění s minimem vedlejších účinků.

#### Akcelerované ozáření nádoru prsu brachyterapií

Léčba zhoubného nádoru prsu je kombinovaná, neboť po operačním výkonu, při kterém je odstraněna část prsu s nádorem, většinou následuje (mimo jiné) pooperační ozáření s cílem snížit riziko nového objevení nádoru v prsu. Pooperační ozáření v nižších stadiích choroby může být provedeno pouze v oblasti původního uložení nádoru neboli lůžka nádoru, kde je největší riziko vzniku recidivy.

Samostatná intersticiální brachyterapie je jednou z metod ozáření v místě lůžka nádoru prsu. Brachyterapie je metoda „vnitřního ozáření“, kdy se do daného objemu tkáně či orgánu zavádí radioaktivní zdroj iridia (zdroj má asi 1 mm průměr a délku 5 mm). Výhodou této metody je kratší doba (týden) trvání léčby (akcelerace, tj. „zrychlení“) proti standardnímu ozáření zevní radioterapií lineárním urychlovačem (pět až sedm týdnů).

Při samostatné intersticiální brachyterapii jsou nejdříve v celkové anestezii zavedeny do místa původního uložení nádoru vodiče radioaktivního zdroje. Jsou to ohebné plastické trubičky, jež zůstávají po celou dobu ozařování zavedeny v prsu. V dalším průběhu výkonu není anestezie již nutná. Samotné ozařování pak probíhá dvakrát denně, celkem čtyři až pět dnů. Při každém ozáření se vodiče připojí k přístroji, který automaticky zavádí zdroj do požadovaného objemu prsu. Zdroj ozáří cíleně pouze lůžko nádoru (s bezpečnostním lemem), čímž se sníží ozáření okolních zdravých tkání (kůže, podkoží, plíce, srdce atd.). Vlastní ozáření trvá asi pět minut a většinou se provádí v osmi ozářeních (frakcích) dvakrát denně. Bezprostředně po posledním ozáření jsou katetry z prsu prostým vytažením odstraněny. Tento výkon je nebolestivý. Léčba samostatnou intersticiální brachyterapií vyžaduje hospitalizaci, jejíž celková doba je přibližně deset dní. Nahradí se stejným efektem a menšími pozdními následky léčbu zevní radioterapií.

prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc.,  
přednosta Kliniky radiační onkologie LF MU  
a Masarykova onkologického ústavu Brno





# Brněnští vědci odhalují původ nedostatečné imunity

Odborníci z Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) se již dlouhou dobu zabývají vznikem imunitního onemocnění selektivního deficitu IgA. Před časem zjistili, že za poruchou jsou zřejmě změny hned v několika genech.

Selektivní deficit IgA (IgAD) je nejčastějším, ale také nejmírněji probíhajícím primárním imunodeficitním onemocněním. Jeho frekvence se výrazně liší v jednotlivých populacích, u nás je prevalence asi 1 : 400 osob. „Klinická manifestace je obvykle mírná, pacienti mohou trpět častějšími infekcemi, ty ale nebývají komplikované, jak tomu bývá u jiných imunodeficiencí. Z hlediska zdravotního stavu je důležité, že pacienti mají zvýšenou náchylnost k autoimunitním chorobám. Udává se, že celiakie je u nich až pětikrát častější než v běžné populaci. Méně častá, ale ještě závažnější komplikace je v tom, že u některých pacientů progreduje imunodeficit. Postupně se snižuje tvorba protilátek třídy IgG a případně i IgM a může se rozvinout závažná porucha tvorby protilátek, tedy hypogamaglobulinemie, označovaná jako běžná variabilní imunodeficience (CVID – z anglického common variable immunodeficiency). Sledování přítomnosti autoimunitních fenoménů a hladin imunoglobulinů je hlavním důvodem, proč tyto pacienty dlouhodobě sledujeme, dispenzarizujeme. IgAD je onemocněním vrozené, geneticky podmíněné, i když kauzální gen, nebo spíše geny známy nejsou,“ popisuje **profesor Jiří Litzman**, přednosta Ústavu klinické imunologie a alergologie z brněnské Fakultní nemocnice u svaté Anny.



Foto: Martin Ježek

## Multidisciplinární léčba

Běžná variabilní imunodeficience je podle slov profesora Litzmana charakterizována poklesem hladiny IgG spolu s poklesem IgA a/nebo IgM, poruchou specifické imunitní protilátkové odpovědi a vyloučením jiných příčin hypogamaglobulinemie. „Jak často se na podkladě IgAD rozvíjí CVID, to nevíme. Je třeba říci, že určité

ne všichni pacienti museli dříve trpět IgAD. Prevalence CVID je asi 1 : 20 000. V našem ústavu jsme pozorovali progresi IgAD do plně rozvinutého CVID asi pětikrát. Lze ale předpokládat, že určitá část nemocných, které jsme diagnostikovali jako CVID, měla dříve pouze nerozpoznaný IgAD. Na rozdíl od příznakově poměrně chudého IgAD je CVID velmi závažným imunopatologickým onemocněním. Pokud není adekvátně léčeno, pak pacienti trpí opakovanými a závažnými infekcemi, především dýchacích cest a postupně dochází k rozvoji postižení nebo zánětlivým komplikacím typu granulomů,“ vysvětluje Jiří Litzman. Léčba je podle jeho slov poměrně složitá a velmi nákladná, je nutné podávat dostatečné substituční dávky imunoglobulinů a léčit další komplikace. Multidisciplinární terapie musí být soustředěna do center, v nichž jsou k dispozici nejen imunologové, ale i odborníci z řady dalších oborů.

## Pětiletá práce

Ústav klinické imunologie a alergologie FNUSA se dlouhodobě zabývá imunologickými i genetickými aspekty jak CVID, tak IgAD. Na základě těchto výsledků byli jeho pracovníci vyzváni, aby se, spolu s dalšími centry z Itálie, Švédska, Španělska, Finska a USA, zúčastnili studie týkající se genetického podkladu IgAD. „Spoluúčast navazovala na náš grantový projekt týkající se právě genetického podkladu CVID a IgAD. Cílem mezinárodní studie bylo hledat geny asociované s IgAD. Především bylo nutné vybrat dobře definované nemocné s IgAD, kteří splňují kritéria vstupu do studie. Pacienty bylo tedy nutné charakterizovat z hlediska známých genů, což byl hlavní úkol genetického týmu Centra kardiiovaskulární a transplantací chirurgie v Brně vedeného docentem Tomášem Freibergem. Dále jsme se spolupodíleli na přípravě celé studie, stejně jako na hodnocení výsledků a sepisování publikace. Jednalo se o práci dlouhodobou, od úvodních myšlenek do finální publikace trvala téměř pět let,“ říká profesor Litzman. Výsledkem projektu je charakteristika dalších nových genů, jejichž varianty se výrazně častěji objevují u nemocných s IgAD. Jsou to geny, jejichž produkty jsou funkčně spjaty s proteiny podílejícími se na tvorbě IgA nebo na regulaci imunity bránící autoimunitnímu postižení. Přitom platí, že IgAD není jednoznačně asociován s variantami pouze jednoho ze zkoumaných genů, jedná se naopak o multifaktoriální působení abnormálních produktů více genů.

## O kauzálních genech víme málo

IgAD a CVID jsou patrně částečně geneticky příbuzná onemocnění a podle přednosti ústavu je překvapivé, že přes četnost těchto chorob o kauzálních genech dosud víme skutečně velmi málo. „Až v posledním desetiletí byly popsány geny, které se objevily u poměrně malých skupin nemocných s CVID. V současné době se jedná o desítky genů vysvětlujících asi 10 až 20 procent klinických případů CVID. Je zajímavé, že přes uvedenou genetickou heterogenitu je klinický průběh



Ilustrační foto: Shutterstock

onemocnění i při různém genetickém podkladu velmi podobný. Ještě méně se ví o genetickém podkladu IgAD. V podstatě jen naše skupina popsala asociaci onemocnění s mutací genu TAC1, který je též asociován s CVID,“ upozorňuje Jiří Litzman.

Klinická manifestace primárních imunodeficiencí, kam kromě IgAD a CVID patří řada dalších onemocnění, je velmi variabilní, někdy velmi složitá. Proto je péče o takto postižené nemocné podle Jiřího Litzmana soustředěna do určitých (bohužel neformálních) center. „Ta jsou většinou vázána na oddělení klinické imunologie a alergologie fakultních nemocnic. Na péči o postižené nemocné se podílejí nejen specialisté v oboru alergologie a klinické imunologie, ale i odborníci řady dalších specializací – patologové, rentgenologové, gastroenterologové, pneumologové a další. Je nutné, aby tyto lékaři měli povědomí o různých abnormalitách, se kterými se mohou u nemocných s CVID setkat,“ říká profesor Litzman.

## Celosvětový intenzivní výzkum

Běžná variabilní imunodeficience je velmi závažné onemocnění, vyžadující v podstatě celoživotní imunoglobulinovou substituci a léčbu řady dalších komplikací. Medicínským pokrokem je vytváření center péče o nemocné. „Je špatné, pokud jsou tyto pacienti léčeni mimo tato centra. Při výzkumu CVID byla nalezena řada imunologických abnormalit, je ale obtížné spojit abnormality s konkrétním klinickým postižením, nejen ve smyslu poruchy tvorby protilátek, ale i jiných komplikací. Celosvětově probíhá intenzivní výzkum hledající geny asociované s tímto onemocněním. Při rozpoznání patogenese by bylo možné začít léčbu jinak než jen na imunoglobulinovou substituci a léčbu komplikací. Příkladem takového postupu je možnost imunomodulačního působení u nemocných s CVID, který se vyvinul v důsledku defektního genu CTLA-4. U těchto nemocných byl již několikrát použit například abatacept, tedy fúzní molekula obsahující extracelulární doménu CTLA-4. Vzhledem k souvislosti IgAD a CVID je třeba hledat prediktivní znaky ukazující na možnost progresu IgAD do CVID, a tudíž včasné zachycení nemocného, u něhož se již závažná hypogamaglobulinemie rozvíjí. To je i jeden ze směrů výzkumu v našem ústavu,“ uzavírá Jiří Litzman.

Martin Ježek

# Blížící se psychóza? Jak rozeznat první signály

*Schizofrenie je jedním z nejzávažnějších duševních onemocnění s celoživotní prevalencí 0,3–0,7 procenta. Onemocnění ohrožuje zejména osoby v období adolescence a mladé dospělosti.*

U nemocných se schizofrenií dochází ke ztrátě kontaktu s realitou, jejich vnímání i myšlení je formálně i obsahově narušeno a kognitivní funkce jsou oslabeny. Narušeno je i prožívání vlastního já a sociální vazby pacienta. Při rozvoji schizofrenie totiž dochází k závažným změnám na neurobiologické i behaviorální úrovni. V aktuální fázi onemocnění, zejména v důsledku pozitivní symptomatologie (např. bludná přesvědčení, sluchové halucinace), přestává jedinec fungovat v každodenním životě.

Po zaléčení, v období remise, se pacienti mohou opět začlenit do společnosti, v některých případech pouze s nepatrnými odchylkami od zdravé populace. Obtíže, které je provázejí i během remise a které jim mohou komplikovat návrat do běžného života, jsou především narušením v oblasti kognitivních schopností a sociálního fungování. Není výjimkou, že u některých lidí dochází časem k chronifikaci onemocnění a následně až k trvalé invaliditě pacienta. I přes dlouhodobý zájem odborníků a četné množství výzkumů v této oblasti není stále zcela objasněn mechanismus vzniku a rozvoje onemocnění. Množství poznatků však pořád roste i díky rozvoji výzkumných a zobrazovacích metod. V tomto článku se zaměříme na to, jak se projevují první příznaky schizofrenie a proč je dobré je včas rozeznat. Tento text může sloužit jako příspěvek k časné diagnostice psychotických onemocnění pro oblast prvního kontaktu nemocných s lékařem – v psychiatrické ambulanci a ordinaci praktických lékařů.

Proč je důležitá včasná detekce?

Schizofrenie je považována za procesuální onemocnění, což znamená, že nezačíná náhle, ale rozvíjí se postupně. To může trvat až několik let. Časné stadium schizofrenie můžeme rozdělit na premorbidní fázi, prodromální fázi a první psychotickou ataku. Premorbidní fáze je obdobím před vypuknutím nemoci i jejími prvními příznaky, a pokud se již v tomto období projevují jakékoliv deficity, jsou pravděpodobně přítomny již od narození (kognitivní deficity, oproti vrstevníkům horší prospěch a obtíže v každodenním fungování apod.). Zatím jsou však stabilní a obvykle výrazně neomezuje.

Druhá, prodromální fáze se obecně projevuje zhoršením ve fungování oproti původnímu stavu, které má progredující charakter (sociální stažení, ztráta zájmů, uzavřenost, zhoršení prospěchu ve škole či pokles náklady). V tom se liší od jiných psychotických onemocnění, jako jsou akutní a přechodné psychotické poruchy (F23), které mohou nastoupit náhle a nečekaně. Prodromální období začíná obvykle v pubertě a může trvat tři až pět let. Mezi typické projevy patří poruchy spánku, pocity úzkosti, sociální stažení, zhoršené soustředění, změny v myšlení a řeči. Těchto zvláštností si často všimnou i lidé v nejbližším okolí nemocného (rodici, přátelé, partneři), kteří jsou často také prvními impulzem k vyhledání odborné pomoci. Ještě dříve, než dojde k plnému rozvoji výše popsaných pozorovatelných změn, se v prožívání, myšlení či vnímání nemocných často objevují jemná, subklinická narušení, která nemusí působit jako něco varovného, ovšem jde o změnu oproti normálnímu stavu. Tyto subjektivní změny se nazývají „základní

symptomy“ (basic symptoms) a často jde o zcela první příznaky změn odehrávajících se v mozku v období prodromu. Při rozvoji prvotní ataky jsou již pozorovatelné obecně popisované symptomy schizofrenie.

Cílem časných zásahů je zmírnění dopadů onemocnění na běžný život a zdraví pacientů. Zjednodušeně řečeno: čím dříve se podaří rozvíjející se psychotický proces zachytit, tím lépe. Včasná detekce rozvíjející se první psychotické epizody urychluje zavedení vhodné farmakologické i jiné intervence a může zmírnit obtíže spojené s plně rozvinutým onemocněním (např. mírnější kognitivní deficit, menší pravděpodobnost rozvoje další ataky, snížení rizika suicidia, zkrácení doby hospitalizace). Díky tomu lze předejít závažným důsledkům, jako jsou auto- a heteroagresivní chování z psychotické motivace, závažná narušení každodenního fungování až vyloučení ze společnosti. Časná opatření mohou pomoci nemocným již od začátku pochopit, co se s nimi děje. Za metodu první volby jsou považovány zejména psychoterapeutické intervence. Pouze až pokud se prokáže jako neefektivní, lze přistoupit k nízkým dávkám antipsychotik (zejména pokud jsou přítomny slabší psychotické příznaky či nepravidelně se vyskytující psychotické příznaky). Mezi dalšími nefarmakologickými zásahy jmenujme kognitivní remediaci společně s nácivkem sociálních dovedností. Vhodná intervence by měla cílit nejen na předcházení první epizodě schizofrenie, ale také na prevenci rozvoje a udržování funkčních (tedy sociálních, vzdělávacích či pracovních) deficitů. Speciálními případy jsou děti a dospívající s výrazně vyšším rizikem rozvoje nemoci (UHR, z anglického ultra high risk), u nichž se doporučuje intervenovat pouze psychoterapeuticky, v rámci preventivních programů a pečlivého monitorování stavu.

Varovné příznaky možného psychotického onemocnění

Výzkum vysoce rizikových stavů (UHR) je zatím relativně neprobádanou oblastí, k níž se však v poslední době stále více obrací pozornost. Jak tedy může vypadat první kontakt člověka, kterému hrozí rozvoj psychózy, s lékařem? Pro které příznaky vyhledávají nemocní poprvé psychiatra? Podle aktuálních výzkumů je spouštěčem pro vyhledání pomoci zejména zhoršení v sociálním fungování. Již to, že člověk vyhledá psychiatrickou pomoc, zvyšuje pravděpodobnost, že jeho potíže mohou být právě rozvíjejícím se psychotickým onemocněním. V populaci osob, které se na psychiatra obrátily, je pozitivní prediktivní hodnota (rozvoj psychotického onemocnění do dvou let) 30 procent, oproti 1,5 procenta v běžné populaci, která odbornou péči nevyhledala. Autoři studie, jež se zaměřovala na konkrétní důvody vyhledání pomoci u UHR osob, uvádějí jako nejčastější tyto důvody: nástup různých typů zvláštností v chování, vzhledu či řeči, což tvořilo 53,3 procenta, a subjektivně vnímané změny v prožívání osobní pohody (well being) v 50 procentech. Dále jde zejména o afektivní narušení, tedy změny nálad nebo úzkosti. Problematickým faktorem při studiu této populace je fakt, že v období puberty a adolescence jsou změny v chování, zájmech či vzhledu naprosto běžné



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

i u zdravých dospívajících. V populaci, která naplňuje kritéria pro vysoké riziko rozvoje psychózy, je pravděpodobnost rozvoje onemocnění 10–15procentní.

Sociální fungování

Narušení v oblasti sociálního fungování je jedním z často popisovaných časných příznaků psychotického onemocnění, který přetrvává až do plného rozvoje ataky. Tento deficit se jeví jako stabilní rys onemocnění a pozorujeme ho jak u pacientů s chronickou podobou nemoci, tak u pacientů, kteří jsou ve fázi remise. Některé odlišnosti v sociálním fungování můžeme pozorovat i u příbuzných pacientů. Deficit v sociálním fungování je u schizofrenie o to závažnější, že postihuje mladé lidi ve věku, kdy mají možnost nejvíce navazovat kontakty, partnerské vztahy a přátelství. Tím, že je tato schopnost narušena, dochází často k izolaci nemocného a jeho uzavírání se. Když se nemoc plně rozvine, je již velmi těžké nedostatky z tohoto důležitého období „dohnat“.

Sociální kognice nám umožňuje vnímat, interpretovat a zobecňovat sociální dění odehrávající se kolem nás a vhodným způsobem na něj reagovat. Obtíže v této oblasti se odrážejí především ve vztazích pacientů s jejich nejbližšími a přecházejí v obtíže navazovat nové vztahy. V pokročilém stadiu onemocnění se na jejich vzniku spolupodílejí i základní příznaky schizofrenie (např. paranoidní nastavení, hypobulie, ale i pocity méněcennosti). Jakou ale mají podobu před rozvojem ataky? Ukazuje se, že narušeny bývají všechny oblasti, které jsou spojovány se sociální kognicí, největší rozdíly ovšem panují v teoretickém konstruktu „theory of mind“, který souvisí s uvědomováním si vlastních potřeb, přání, záměrů či znalostí a schopností odlišit je od ostatních. Člověk se postupně může cítit odcizený od ostatních, stahuje se ze sociálních aktivit, uzavírá se do sebe. Varovným příznakem svědčícím pro rozvoj schizofrenie je zvýšená vztahovavčnost (pocit, že se o mně mluví, druzí se mi posmívají, pomlouvají mě) či podezřavost přecházející až ve strach z ostatních. Při diferenciální diagnostice je však nutno brát v úvahu, že tyto tendence nejsou v adolescentním období ničím výjimečným.

## Afektivita

Narušení sociální kognice úzce souvisí s další oslabenou modalitou, a to s rozpoznáváním a identifikací emocí u ostatních i u sebe sama. Některé studie se zaměřují na tuto problematiku u populace s UHR a potvrzují obtíže v rozpoznávání vzteku a smutku s využitím obličejů nebo řečové prozodie. Longitudinální výzkum ovšem nenašel rozdíl mezi UHR skupinou a skupinou hledající pomoc kvůli jiným psychiatrickým obtížím. Z těchto výsledků je tedy patrné, že deficity v oblasti afektivitu budou společné pro více psychiatrických poruch (např. pro rozvoj bipolární afektivní poruchy či deprese), a nejsou tedy dostatečně specifické pro prodromální stadia psychóz.

Dalším faktorem, který při posuzování míry narušení v oblasti afektivitu hraje svou roli, je věk, ve kterém se onemocnění rozvíjí. Jedná se nejčastěji o období pubescence a adolescence, kdy i u zcela zdravých jedinců dochází vlivem hormonálních, ale i vývojových změn k afektivní nestabilitě a zvýšené impulzivité. Okolí může přisuzovat změny nálad věku, což může mít v některých případech za následek postupný a nenápadný rozvoj onemocnění. Proto se mohou objevit případy, kdy k rozvoji psychózy dochází až v pozdějším věku, ale při anamnestickém rozhovoru zjistíme, že abnormity v sociálním chování byly patrné již dříve, okolí je však zcela přirozeně přisuzovalo vývojovému období jedince. V tomto ohledu je však nezbytná zvýšená opatrnost a citlivost k individualitě (obvyklá nálada, osobnostní nastavení atd.) a sociálnímu kontextu (traumata, vliv módy a subkultur, potřeba sebevyjádření se) každého jedince. Rozhodně není cílem připisovat duševní nemoci každý výkyv nálady či různé zvláštnosti ve vzhledu a chování u dospívajících.

## Kognitivní deficit

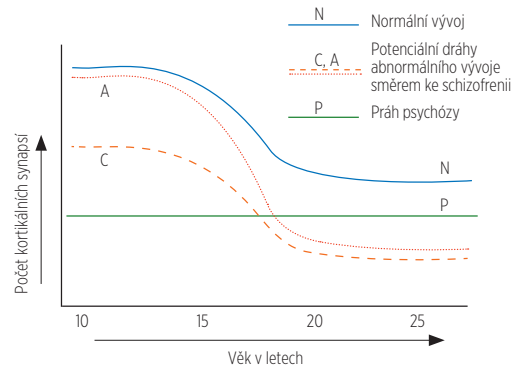
Kognitivní schopnosti nám umožňují orientaci ve vnějším světě, učit se z nabytých zkušeností a dále se rozvíjet. V počátečních stadiích schizofrenie pozorujeme ztrátu nebo oslabení kontaktu s realitou. Jev úzce souvisí s kognitivním deficitem, který je jedním z jádrových příznaků psychotických onemocnění. Již v prodromálním období můžeme pozorovat oslabení některých oblastí. V této souvislosti jsou popisovány dva modely sloužící k vysvětlení kognitivního deficitu – vývojový a neurodegenerativní.

Vývojový model předpokládá, že při maturaci mozku dochází k abnormálnímu vývoji (např. deficity v dendritických spojeních nebo dysfunkční myelinizace), který má za následek pozvolný rozvoj kognitivních deficitů. Jiné studie ovšem dokazují, že deteriorace kognice je patrná až po nástupu a rozvoji onemocnění, a považují schizofrenii za neurodegenerativní onemocnění. Dané studie vycházejí z předpokladu, že do prodromální fáze funguje kognice v normě a až při rozvoji psychotické ataky můžeme pozorovat prudký propad, který se s délkou onemocnění prohlubuje. Oslabení některých kognitivních domén se může projevit již v prodromální fázi. Longitudinální studie potvrzují, že kognitivní deficit je stabilním, v podstatě neměnným příznakem schizofrenie. Deficit se projevuje i u UHR, ale nedosahuje takové intenzity jako u plně rozvinuté psychotické epizody. V současnosti bylo prokázáno oslabení v oblasti vizuální a verbální pracovní paměti a pozornosti. Není neobvyklé, že lidé v začátcích onemocnění inklinují k různým konspiračním teoriím či k zabývání se neobvyklými, na první pohled nelogickými souvislostmi. S narušením v oblasti kognitivních funkcí úzce souvisejí také neurobiologické změny stojící za rozvojem onemocnění.

## Neurologické změny

Časně fáze psychotických onemocnění mají některá specifika. Z neuroanatomického hlediska bývají tyto fáze často zkoumány vzhledem k deskriptivním probíhajících změn při rozvoji onemocnění. Popisováno je celkové

snížení objemu šedé hmoty a zmenšení objemu některých oblastí (amygdala, hippocampus). I když se nálezy potvrdily v několika metaanalýzách, nejsou dostatečně specifické, abychom je mohli použít pro včasnou detekci psychóz. Úbytek šedé hmoty společně se změnami v komorových oblastech bývá popisován také u bipolárních pacientů. Počáteční podobnost rozvoje psychotického a afektivního onemocnění ovšem dává smysl, pokud se zaměříme na změny probíhající v mozcích zdravých a potenciálně psychotických dospívajících.



Model vývojově redukované synaptické denzity/konektivity a rozvoj psychózy (dle McGlashana a Hoffmana, 2010)

Podle některých autorů stojí za patofyziologií psychózy vývojově omezená synaptická denzita či kriticky redukováná konektivita mozkových sítí (až pod hranici označenou P v grafu výše). Pod touto pomyslnou hranicí nastává psychotický stav. Synaptická spojení se rozšiřují a násobí od narození zhruba do pěti let, kdy dosáhnou vrcholu, který se udržuje zhruba do období adolescence. V tomto období se synapse postupně redukují a „prořezávají“ za účelem kognitivního vývoje v dospělosti (linie N v grafu), tento proces můžeme označit jako synaptický pruning (prořezávání). Dospělý mozek tedy obsahuje méně synaptických spojení, ale funguje efektivněji jako celistvá výpo-

četní jednotka. Pokud je konektivita v mozku narušena od dětství, může v pubertě či adolescenci synaptický pruning překročit hranici pro rozvoj psychózy. Druhým případem jsou lidé, u nichž je vývoj normální, a psychotické příznaky jsou tedy o to méně očekávané. Zde je příčinou intenzivnější synaptický pruning v období dospívání, který poté způsobí rozvoj a prohlubování symptomů.

## Diagnostická kritéria a metody

Podle Evropské psychiatrické asociace (EPA) by měly osoby, které budou zařazeny do rizikové skupiny potenciálně nemocných, naplňovat všechna kritéria pro zvýšené riziko (viz dále). Tato asociace doporučuje vzít v úvahu i komorbidní onemocnění, jako například afektivní poruchy, a rovněž na ně začít případnou léčbu. Pokud se člověk prožívající prodromální fázi schizofrenie rozhodne vyhledat odbornou pomoc, většinou sám netuší, co se s ním děje. Změny, které nastupují, jsou nesrozumitelné pro něj i pro jeho nejbližší okolí a mohou působit děsivě, protože pro ně není jasné vysvětlení. Tito mladí lidé se tedy nejčastěji ocitají v ambulancích psychiatrů či psychologů s úzkostnými potížemi. Při diferenciální diagnostice je také velice důležité explarovat možné užívání návykových látek, které může způsobovat příznaky podobné těm prodromálním. Zejména změny nálad, uzavřenost, změny v sociálním chování.

Běžně se ve výzkumných studiích pro zařazení osob do skupiny UHR používá trojice kritérií, která vycházejí ze Strukturovaného interview prodromálních symptomů (SIPS), jež dosud není přeloženo do češtiny (na překladu dalších metod k časně detekci psychotických onemocnění se pracuje):

### I. Genetické riziko a osobnostní rysy

- a) **Diagnostikovaná schizotypální porucha** (podle DSM-V) nebo příbuzný 1. stupně s psychotickým onemocněním
- b) **Závažné zhoršení mentálního stavu nebo fungování** – během posledního měsíce (pokles o 30 bodů ve škále GAF oproti období před 12 měsíci)





**II. Slabší psychotické příznaky** (attenuated psychotic symptoms; APS) – dle návrhu DSM

**a) Charakteristické symptomy:** nejméně jeden z následujících symptomů ve slabší formě s nenarušeným testováním reality, ale s dostatečnou závažností a/nebo frekvencí výskytu, že jej nelze přehlížet či ignorovat:

1. neobvyklý myšlenkový obsah/bludné myšlenky
2. podezřavost/perzekuční myšlenky
3. grandiozita
4. percepční abnormality/halucinace
5. dezorganizovaná komunikace

**b) Frekvence výskytu/rozšířlost:** symptom nebo symptomy odpovídající kritériím A musejí být přítomny v posledním měsíci a vyskytovat se s průměrnou frekvencí nejméně 1krát týdně v uplynulém měsíci

**c) Progrese:** symptomy splňující kritéria A se poprvé objevily nebo výrazně zesílily během posledního roku

**d) Prožívané potíže/neschopnost/vyhledání pomoci:** symptomy splňující kritéria A působí natolik velké potíže a zneschopňují pacienty, a/nebo je pečující osoba přiměje vyhledat pomoc

**e) Symptomy splňující kritéria A** se nedají vysvětlit žádnou z diagnóz (DSM-V), včetně poruch způsobených užíváním látek

**III. Přejídné psychotické příznaky**

**a) Charakteristické symptomy:** Přítomnost nejméně jednoho z následujících na psychotické úrovni závažnosti (je narušen kontakt s realitou), jejich závažnost zesílila během posledních tří měsíců:

1. neobvyklý myšlenkový obsah/bludné myšlenky
2. podezřavost/perzekuční myšlenky
3. grandiozita
4. percepční abnormality/halucinace
5. dezorganizovaná komunikace

**b) Frekvence výskytu/rozšířlost:** symptom nebo symptomy odpovídající kritériím A jsou přítomny nejméně několik minut denně s frekvencí alespoň jednou za měsíc, spontánně vymizí

**c) Progrese:** symptomy splňující kritéria A se poprvé objevily nebo výrazně zesílily během posledního roku

**d) Prožívané potíže/neschopnost/vyhledání pomoci:** symptomy splňující kritéria A působí natolik velké potíže a zneschopňují pacienty, a/nebo je pečující osoba přiměje vyhledat pomoc

**e) Symptomy splňující kritéria A** se nedají vysvětlit žádnou z diagnóz (DSM-V), včetně poruch způsobených užíváním návykových látek

Pozn. Původní UHR kritéria se vztahovala na osoby ve věku 14–30 let. Ve studiích z poslední doby autoři doporučují provádět screening u potenciálně rizikových osob už ve věku 12–35 let.

**Závěr**

Informace o onemocnění schizofrenií se k širší veřejnosti jednou za čas dostávají většinou z médií, kdy se zpravidla jedná o šokující zprávy týkající se agresivního chování osobních trpících tímto onemocněním (geniální matematik John Nash ve filmu Čistá duše). Z obou těchto pramenů se k veřejnosti dostávají zejména informace o tzv. pozitivních příznacích onemocnění, které jsou okolím pacienta snadno rozpoznatelné, protože se většinou jedná o bizarnosti v řeči, myšlení i chování. To však zdaleka není vše, co nemocní zažívají. V prvních fázích onemocnění a před jeho rozvojem jde hlavně o změny v myšlení (myšlenkové zárazy, inkoherece). Ještě dříve je však možné zachytit skupinu jemných, subjektivních

příznaků, které zasahují zejména vnímání, emotivitu a myšlení a při celkovém zhodnocení stavu a anamnézy mohou jako první nasvědčovat tomu, že jedinec může být v ohrožení rozvoje psychózy.

Je dobré mít na paměti, že pokud u pacienta pozorujeme poruchy spánku, pocity úzkosti, sociální stažení, zhoršené soustředění, změny v myšlení a řeči, jednou z možností je také prodrom psychotického onemocnění. Přidají-li se navíc změny v percepci, poruchy chování a s ním související zhoršení školního prospěchu, je na místě nebát se uvažovat i tímto směrem. Dalším varovným faktorem je přítomnost psychotického onemocnění v rodinné anamnéze. Na druhou stranu, jak z výše napsaného vyplývá, v období pubescence a adolescence může docházet, vedle běžných vývojových změn spojených s tímto obdobím, k rozvoji různých psychiatrických onemocnění a měli bychom být velmi opatrní při zvažování všech možných hypotéz. Rozhodně není cílem předkládaného článku zvýšit počet diagnostikovaných psychotických poruch či zvýšit strach z možnosti rozvoje onemocnění. Naopak se domníváme, že dostatek informací může snížit úzkost příbuzných a pomoci samotnému lékaři při diagnostickém uvažování, pokud se s podobnými příznaky u pacienta setká.

Mgr. Aneta Dorazilová, Mgr. Veronika Voráčková, PhDr. Mabel Rodríguez, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví, Praha

Tato publikace je výsledkem badatelské činnosti podporované projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

Tato publikace je výsledkem výzkumné studie podpořené Grantovou agenturou České republiky (GAČR), grant č. 16-13093S.

# Před rakovinou děložního čípku se lze chránit

Lidské papilomaviry (HPV) patří mezi sexuálně přenosné viry, které navíc způsobují druhé nejrozšířenější nádorové onemocnění u žen – rakovinu děložního čípku. V České republice ročně onemocní tisícovka žen.

HPV jsou v populaci tak rozšířené, že se s nimi během života setká téměř každý sexuálně aktivní jedinec. „Hlavní nebezpečí lidských papilomavirů spočívá v tom, že se příznaky onemocnění mohou projevit až za několik let po sexuálním kontaktu s infikovanou osobou. Nakažený jedinec tedy o svém onemocnění vůbec nemusí vědět a virus může přenášet dále. Navíc se často nedopátrá, od koho HPV získal,“ říká Mgr. Klára Vilimovská Dědečková, Ph.D., z Laboratoře molekulární diagnostiky společnosti Synlab Czech, která provádí laboratorní stanovení genotypů HPV pomocí metody PCR (polymerase chain reaction) z DNA pacienta.

**Vakcinace**

K přenosu HPV se nemusí uskutečnit pohlavní styk. Stačí totiž kontakt povrchů kůže a sliznic. Používání kondomů sice snižuje riziko přenosu infekce o polovinu, ale nákaza se může přenést i z oblastí,

které prezervativ nepokrývá. Hlavním preventivním opatřením je očkování. Zdravotní pojišťovny plně hradí očkování dívkám od 13 do 14 let. Očkovací vakcína je účinná proti HPV genotypům 16 a 18, které se považují

za vysoce rizikové. Způsobují přibližně 70 procent případů rakoviny děložního čípku. Vakcíny chránící před více typy HPV pojišťovny plně nehradí, přesto na ně však některé z nich přispívají.



**Nezanedbávat screening**

„Během let 2013–2016 naše laboratoř vyšetřila na přítomnosti HPV téměř 3 tisíce osob, z nichž téměř u poloviny, přesně u 49 procent, jsme rozpoznali některé z vysoce rizikových typů HPV. Nejčastěji se jednalo o genotyp 16. Pozitivní je, že nádory vyvolané HPV mají ve srovnání s ostatními typy lepší prognózu na vyléčení. Stále je však klíčové včasné podchycení onemocnění a zahájení léčby. Ženy od 21 let by proto měly každoročně docházet v rámci preventivních prohlídek u gynekologa na stěr z děložního hrdla,“ uvádí česká vědkyně.

Zdroj: Synlab

(akt) Ilustrační foto: Shutterstock



# Dětská endokrinologie je nekončícím dobrodružstvím

*Osudy dětských pacientů s hormonálními poruchami jsou dnes nesrovnatelně příznivější než v minulosti. Malým diabetikům pomáhají kontinuální monitory glykemie, rozvíjejí se přípravky s prodlouženým působením růstového hormonu a závažné endokrinní poruchy umíme diagnostikovat již v prvních dnech života.*

Současné metody genetiky nám umožňují rozpoznat průběh a zjistit podstatu mnoha dětských endokrinních poruch. Navíc s pokrokem medicíny se každý rok rozšiřuje počet nemocí, které dokážeme přesně diagnostikovat, porozumět jejich příčině i přirozenému průběhu a které díky tomu také často umíme úspěšněji léčit. Dětská endokrinologie je i pro lékaře nekončícím dobrodružstvím se stále novými překvapeními a novými poznatky, v jejichž středu je vždy úsilí co nejlépe pomoci dětským pacientům.

## Diabetes mellitus 1. typu

Jedním z častých a závažných dětských endokrinních onemocnění je diabetes mellitus 1. typu. Základem léčení cukrovky je celoživotní podávání injekcí inzulínu, součástí bývá také úprava stravování a pravidelná životospráva. Inzulín se v léčbě dětské cukrovky používá téměř sto let. Jeho objev a zavedení do praxe zásadním způsobem změnilo osudy dětí. Ze smrtelného onemocnění se stalo onemocnění dlouhodobě léčitelné, ale stále nevyléčitelné.

Během posledních dvou desetiletí byly vyvinuty nové druhy inzulínů, které dokážou lépe napodobit působení hormonu v těle zdravého dítěte. Navíc se postupně rozšířilo používání inzulínových pump, které usnadňují dávkování a ještě lépe napodobují jeho výrobu ve vlastním těle. Již od 80. let minulého století se k domácímu měření hladiny krevního cukru používají glukometry, jimiž se usnadňuje správné dávkování léku. A jsou dokonce stále miniaturnější a přesnější.

V současnosti již nejde jen o klasické glukometry, kterými se měří hladina krevního cukru třikrát až čtyřikrát denně, některé děti totiž používají kontinuální monitory glykemie sledující hladinu krevního cukru nepřetržitě a v reálném čase. Cílem, jenž se začíná přibližovat, je propojení obou systémů – trvalé sledování hladiny krevního cukru s přenosem naměřených údajů do inzulínové pumpy, která bude dávkovat inzulín přesně podle potřeb těla diabetického dítěte. Pokud se to podaří, bude hlavní problém léčení dětské cukrovky, totiž nepřetržitě každodenní hledání nejlepších dávek inzulínu, v podstatě vyřešen.

## Poruchy růstu

Růstový hormon se začal používat již před několika desítkami let. Stále lépe rozumíme jeho účinkům a dokážeme přesněji určit, kterým pacientům s poruchou růstu skutečně pomůže růst lépe. V současné době díky tomu podáváme růstový hormon nejen dětem s jeho nedostatkem, ale také dívkám s Turnerovým syndromem, dětem s Praderovým-Williho syndromem či s poruchou genu SHOX i těm, které se narodily velmi drobné a jejichž vzrůst zůstává nízký i po třetích narozeninách.

Růstový hormon je nutné podávat injekčně každý večer před spaním. V současné době jsou vyvíjeny přípravky s prodlouženým působením, jež bude možné aplikovat kupříkladu jednou za týden. Očekáváme, že taková léčba přispěje ke zlepšení kvality života dětí, které dlouhodobou léčbu růstovým hormonem skutečně potřebují.



Ilustrační foto: Shutterstock

## Léčba předčasné puberty

Pro léčení předčasné puberty jsou k dispozici injekční přípravky, které vedou ke zastavení nadměrnou výrobou vlastních pohlavních hormonů. Cílem léčení předčasné puberty se tak stalo nejen zastavení brzkého pohlavního zrání, ale také zachování přirozeného růstového potenciálu, který jim umožní dosáhnout prakticky normální tělesné výšky.

Mnohem lépe než dříve rozumíme podstatě opožděné či nepřícházející puberty. Již začínáme chápat, jak je puberta řízena, co vlastně zapíná a vypíná výrobu spouštěcích hormonů ve středním mozku (hypotalamu), které přímo ovlivňují činnost pohlavních žláz a výrobu pohlavních hormonů. Díky tomu také dokážeme poruchy puberty lépe a včas diagnostikovat i účinněji léčit. U většiny takto nemocných dětí a dospívajících lze v současné době reálně uvažovat, v některých případech s využitím metod in vitro fertilizace, i o zachování plodnosti v dospělosti.

Závažné vrozené endokrinní poruchy dnes diagnostikujeme již v prvních dnech či týdnech života díky celoplošnému novorozeneckému screeningu, který se v porodnici provádí ze zaschlé kapky krve odebrané na filtrační papírek. Proto také dokážeme včas rozpoznat a léčit vrozenou adrenální hyperplazii, nejčastější a nejzávažnější poruchu funkce nadledvin, která může ohrozit dítě na životě již v prvních týdnech života. Stejně tak i vrozenou hypotyreózu, těžkou poruchu funkce štítné žlázy (která v minulosti často způsobila narušení vývoje mozku

a intelekt), zvanou kretenismus. U dětí, u nichž se tyto poruchy objeví, zahajujeme neprodleně léčbu, která předejde rozvoji příznaků. Je ale nutné podávat ji celoživotně.

## Dětská obezita – v Česku není nejhůř

Epidemie dětské obezity se šíří celým světem. Rozdíl od tvrzení řady novinových článků naštěstí víme, že Česká republika nepatří z hlediska dětské obezity mezi nejzávažněji postižené oblasti. Těmi jsou kromě Spojených států amerických zejména nově rozvinuté země Asie – jak v oblasti Arabského poloostrova, tak i na Dálném východě. Děti jsou tam ještě mnohem více než u nás zasaženy nedostatkem tělesného pohybu a přílišnou konzumací energeticky nadměrně bohaté stravy a nápojů. Navíc obyvatelstvo těchto zemí je vlivem strádání v minulých generacích geneticky mnohem náchylnější ke vzniku obezity jak při dostatku stravy, tak i při jejím nadbytku. Mají rovněž větší riziko komplikací obezity, mezi které patří cukrovka 2. typu, vysoký krevní tlak, porucha hladiny krevních tuků a předčasné riziko cévních poruch.

I u nás věnujeme pozornost zdravému životnímu stylu dětí, včasnému zachytu a řešení obezity. Zázračné tablety ani injekce na léčbu se bohužel zatím nepodařilo vyvinout. Přední farmaceutické firmy celého světa se o to přesto intenzivně snaží, protože účinný a bezpečný lék na zvládnutí obezity by se rychle stal tím nejuspěšnějším obchodním artiklem.

prof. MUDr. Jan Lebl, CSc., se spolupracovníky



# Kontroverze současné medicíny

Problematice aktuálních kontroverzí v medicíně se věnovala konference *Etika a komunikace v medicíně – kontroverze současné medicíny*, která proběhla začátkem prosince v Praze.

Akce byla součástí tradičních setkávání na téma „Etika a komunikace v medicíně“, organizovaných Českou lékařskou komorou. Pozvání přední odborníci se společně s účastníky semináře zaměřili nad vybranými tématy, která vyvolávají celospolečenské diskuse a bývají součástí zkreslených mediálních sdělení. Po úvodních přednáškách věnovaných kontroverzi coby trvalé součásti našich životů, medicíně plné rozporů, kontroverzím z pohledu právníka či využití placebo v medicíně, následovaly vybrané příspěvky pro i proti domácím porodům, homeopatické léčbě, povinnému očkování a čínské medicíně.

Přenést diskusi na akademickou půdu

„Naším cílem je vyvolat akademickou diskusi nad kontroverzními tématy současné medicíny,“ vysvětlil v úvodu moderátor semináře doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Reagoval tak mimo jiné na kritické e-maily, které obdržel před seminářem. V nich si odborníci stěžovali na údajný úpadek vzdělávání organizovaného Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, která se zabývá tématy, jako jsou domácí porody, homeopatická léčba či čínská medicína.

Že jde o témata aktuální, byt provází medicínu od starověku, konstatoval přítomný rektor Univerzity Karlovy prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc. Podle něj je dobré, že zde téma kontroverze zaznívá, neboť „svět je plný kontroverzí, a tím je pestrý“. Jak dále připomenul, v každodenní klinické praxi lékaři a zdravotničtí pracovníci řeší řadu problémů, které vycházejí z překotného vývoje v oblasti biomedicínského výzkumu.



prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Foto: Martin Kubica

Jedním z důvodů, proč přenést diskutovaná témata na akademickou půdu, je fakt, že dochází ke ztrátě kritického myšlení a úcty k autoritám, uvedl prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek. „Dnešní svět charakterizuje relativizace názorů a neschopnost odlišit vědecké poznatky od reklamních sdělení. Nikdo se nic neučí, všichni googlují. To vede k všeobecnému úpadku vzdělanosti. Je potřeba se znovu zamyslet nad tím, co je zdravý rozum,“ vyzval k zamýšlení MUDr. Kubek.

Problémy s komunikací

Kontroverze podle profesorky Heleny Haškovcové z Fakulty humanitních studií UK existovaly v medicíně vždy, avšak lišila se jejich četnost. Současný nárůst je spojen především s dramatickým rozvojem moderních vyšetřovacích a léčebných metod, ke kterým došlo za posledních šedesát let. Ve společnosti se mění hierarchie hodnot, chybí ale ucelený systém etických norem – konsenzus, kterého v globalizovaném světě není možné dosáhnout. „Pro Českou republiku je dále typické, že každý spor je personalizován, odpůrci spolu nemluví nebo se napadají,“ uvedla Helena Haškovcová. Podobně to vidí i profesor Jan Žaloudík z Masarykova onkologického ústavu v Brně: „Existují dva druhy kontroverzí. Ty první přináší sama příroda a končí vždy rovnováhou. Ty druhé pak musejí končit vždy vítězstvím.“

„Základním problémem v současné společnosti je porucha komunikace. Popíráme negativní zpětnou vazbu, přičemž je známo, že každý systém, který ji popírá, se zhroutí,“ komentovala téma konference předsedkyně Etické komise ČLK MUDr. Helena Stehlíková a dodala: „K této diskusi byli pozváni skuteční oponenti. Nemusíme se zde shodnout, ale věřím, že se alespoň dohodneme na existujících rozporech.“

Roztříštění oborů

Generace starších odborníků poukazuje na varovné trendy současné medicíny a zdravotní péče, mezi něž patří nárůst počtu specialistů v neprospěch praktických lékařů či atomizace medicíny. „Dnes již neexistuje internista, který by obsáhl celou internu. Poslední publikace všeobecné interny má 33 autorů. Totéž platí pro chirurgii. Všeobecná chirurgie je mrtvá,“ řekl prof. Pavel Paško z II. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol. Problémem je podle něj i rostoucí feminizace medicíny, která může v budoucnu přinést potíže v oblasti nemocniční chirurgie a nárůst byrokracie související se zdravotní péčí. „Starší lékař znal svého pacienta, dnes nezná ani jeho jméno. Personál nevidí celého člověka, jeho psychiku, vztah mezi hlavou a tělem. Holistický přístup by přitom měl být respektován každým lékařem. Ovlivnění psychiky je stejně důležité jako vyjmutí některého orgánu,“ upozornil prof. Paško.

Nelíbí se mu ani to, jak zavedení institutu informovaného souhlasu mění dříve důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem. „Moderní nemocnice je fabrika, do níž bez podpisu není pacient ani přijat,“ kritizuje současný systém Pavel Paško. „Bující byrokratický karcinom může zničit vědu i medicínu,“ obává se rostoucí administrativní zátěže JUDr. Jan Mach z České lékařské komory. Podle něj se z informovaného souhlasu stávají prefabrikované nicotné cáry papíru bez individualizace. Lékaři nemají čas na pacienta, protože musí psát výkazy. Kontrolují se papíry, nikoli zdravotní péče.

Zcela zásadním problémem medicíny je pak nemožnost financovat nejmodernější zdravotní péči, upozornil na to předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP docent Svatopluk Býma. Finanční ztráty jsou podle něj spojené mimo jiné s přesunem lékařů do soukromé ambulantní péče a nekontrolovaným „prosakováním“ pacientů z primární péče do vyšších pater sekundární a terciární péče.

Pozvání k akademické diskusi přijali přední odborníci prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., prof. MUDr. Pavel Paško, DrSc., prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, prof. MUDr. RNDr. Jiří Beneš, CSc., prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. a další.

Radek Ptáček, Petr Bartůněk (eds)

## KONTROVERZE SOUČASNÉ MEDICÍNY



Nová publikace

Poskytli jsme jen stručný nástin obsáhlé problematiky. O tom, že téma kontroverzí současné medicíny je opravdu aktuální, svědčí fakt, že zájem o seminář výrazně převyšoval kapacitu sálu. Pokud jste se akce nemohli zúčastnit, nemusíte zoufat. V souvislosti se seminářem vyšla stejnojmenná publikace, v níž naleznete nejen prezentovaná sdělení, ale i mnoho dalších kontroverzních témat. Editoři doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc., a doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., oslovili odborníky z různých oblastí – historie medicíny, etiky, homeopatie, genetiky, kteří se vyjádřili k mnoha problematickým tématům – jako jsou např. čínská medicína, povinné očkování, interrupce, francouzský paradox, klonování, náhradní matka, mezi-generační kontroverze, povinná mlčenlivost, onkogenekologie, sexuologie, diabetologie, transplantační medicína, profylaktická kastrace, eutanazie, reprodukční medicína, chirurgie, psychiatrie, gerontopsychologie, primární péče či psychedelika. Kniha obsahuje také další témata, která jsou středem zájmu současné medicíny. Přední specialisté nejrůznějších medicínských oborů i alternativní medicíny zde prezentují své postřehy a názory z vlastních disciplín.

Knihu vydalo nakladatelství Mladá fronta, a s., v rámci celoživotního vzdělávání ČLK.

MUDr. Andrea Skálová

# Radkin Honzák: Etické je všechno, co lidem přinese dobro

*Lékař není jen řemeslník, ale měl by být i filosof, který se popasuje s problémy dobové medicíny. Nestor české psychiatrie hovoří o placebo efektu, duši i tělu člověka a zatracované psychosomatice.*

## Jak na vás seminář ČLK Kontroverze současné medicíny zapůsobil?

Bohužel jsem byl na konferenci pouze dopoledne, ale i tak mne zaujali všichni, které jsem tam slyšel. Počínaje Janem Žaloudíkem, přes Helenu Haškovcovou, která problém vnímá filosoficky, což je skutečně potřeba. Už Hippokrates říkal: „latros philosophos isotheos“ neboli lékař, který miluje filosofii, podobá se bohu.

Pokud jde o tzv. „žhavá témata“, jako jsou domácí porod, práva sexuálních pídiminiměnšín a podobná, jde v podstatě o témata, která zajímají deset lidí z tisíce. Lékaři na ně však reagují podrážděně, vědomí rizika zaměstnání je vede k negativním reakcím. Navíc se kolem toho dělá humbuk. Jednotlivce z extrémního konce spektra totiž dostane v mediálním prostoru devadesát procent místa.

## S čím podle vás souvisí, že se o kontroverzi v medicíně v současné době více hovoří?

Medicína byla vždycky kontroverzní. Pamatuji si na organizátorku socialistického zdravotnictví Boženu Fabiánovou, která nesnášela alternativce. Ale ano, ať si lidi chodí, kam chtějí, ale je nutné, aby doktor nenesl odpovědnost za celou „srandu“, kterou „zprasil“ někdo předtím. Nevím, proč se nepoužívá mechanismus regresního řízení. Spousta problémů by zmizela.

Před dvě stě padesátí miliony lety se tu zjevili dinosauři, měli mrňavý mozek a v něm mrňavé nervové jádro podobné mandli, neboli amygdalu. Ta je základem našich emocí. Umi vlastně dvě emoce, totiž strach a vztek, a zná tři povely – prchej, stáhni se, nebo útoč. Amygdalu máme stále. Proto nás zajímá to, co překračuje normy. Člověk je nastaven fyziologicky tak, aby ho zaujal jev, který jde přes hranici. A dnešní doba ještě přitvrzuje. Já vnímám kontroverzi zčásti jako umělý problém a zčásti jako optický klam při neschopnosti vidět problém komplexně.

## Kontroverze evokuje napětí a pocit vnitřního rozporu. Lidé ale chtějí jistotu a harmonii a touží po jasném a zřetelném poznání. Je současná medicína skutečně ověřená, nezpochybnitelná a správná?

Žádná jistota v životě neexistuje, protože jedinou zárukou je smrt. Ve světě kvantové fyziky není svět ani spočítatelný. V tom je svoboda strašlivá. Je to neúnosné pro lidi, kteří se potřebují skrýt v houfu. Člověk totiž patří do tlupy, potřebuje ji, aby ho chránila. Máme nepřítel v přírodě, v sousedech, a dokonce i v sobě. Proto jsou lidé nehorázně stádní a ochotní poslouchat kohokoli, kdo umí libozvučně mluvit. Ani lékaři nejsou výjimkou. Jen si vezměte, že v čele Lékařské komory stál dvakrát David Rath. Jakmile jsou lidé vystaveni svobodě, začnou ji chápat primitivně jako anarchii. Z toho vznikají kontroverze.

## Na semináři jste měl přednášku o placebo jako opomíjené součásti léčby. V současnosti se užívá při testování účinnosti léků. Skutečně placebo léčí, nebo je hlavní příčinou účinnější léčby prostý efekt očekávání?

V případě placebo jde o složitý psychologicko-fyziologický a sociálně-kulturní fenomén, který může mít několik různých mechanismů. Zdravotní stav lze zlepšit už jen na základě víry nebo představy. Nějakým konáním či slovem nabudím opioidní systém, který bolest utlumí. A že šlo skutečně o opioidní systém, dokážu tím, že vše „udusím“ naloxonem.

V placebově větvi farmakologie se toho děje mnoho, a dokonce dochází i ke spontánnímu uzdravení. Poslední práce Kanadánů toto zjištění dokazují na šestnácti amerických analgetických studiích. Pokud se totiž prodloužila doba studie, snížil se rozdíl mezi placebem a analgetikem, přičemž analgetikum bylo stále stejně účinné. Čím déle studie trvala, tím více se placebo uplatňovalo jako léčebný fenomén. Přesto jej nesmíme používat, protože je povinností informovat pacienta. Jinak na nás skočí právníci, etici, komora a samozřejmě farmaceutické firmy.

## Hovořil jste také o vlivu informací, které se kolem léku šíří. Mohli bychom v této souvislosti říci, že brand management a marketing mohou léčit?

Nemohou léčit, ale hodně na léčebném efektu přidávají. Placebo, které nese nějakou „značku“ či se objevuje v reklamách, je až do tří čtvrtin stejně účinné jako lék téže kategorie. Člověk s neurotickými problémy přijde k psychotherapeutovi, ten mu udělá setting (*prostorové uspořádání léčby – pozn. red.*), čímž dojde k pocitu bezpečí a jistoty, a v těle se rozlije oxytocin. I při návštěvě Lurd k vám může přijít informace, bez ohledu na to, jestli jste věřící nebo ne. Je de facto jedno, jestli přijde zevnitř nebo člověku pokyne Panenka Maria. Musí to být ale ta správná informace.

Farmaceutický průmysl stále vidí člověka jako rozumný stroj a choroba je pak poruchou provozu rozumného stroje. To je mínění většiny lidí. Člověk má duši, která do medicíny nepatří. Duchovní na druhé straně zapomínají, že lidé mají také tělo. Když se stanete ideologickým hlasatelem jednoho směru, tak už si rozpor ani uvědomovat nesmíte, protože by to byla zrada.

## Napsal jste knihu Deprese – Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci. Spotřeba antidepressiv stále stoupá, nebylo by právě zde užití placebového efektu praktické?

Je třeba zjistit, co je to zvýšený výskyt depresí. Psychiatrie bude muset vzít v úvahu střevní mikrobiom, který vyrábí sedmdesát procent mozkové chemie včetně posvátného serotoninu. Měli bychom změnit, co jsme zničili za poslední půlstoletí. Země je totiž prolezlá antibiotiky. Tím jsme do složení bakteriomu těžce zasáhli. Stále ale nikdo neví, jak to v něm probíhá, co je příčina, následek, nebo epifenomenon (*průvodní, druhotný jev – pozn. red.*).

První dvě generace antidepressiv byly vlastně náhodným objevem. Imipraminem (neboli tenkrát Tofranilem) léčili schizofreniky, ale prokázalo se, že lék funguje jako antidepressivum. Je ale také otázkou, jestli by psychofarmaka zkoušená před deseti lety obstála, pokud by studie trvala aspoň půl roku.

Kdyby se církev začala chovat rozumně a podchytila lidi, kterým může pomoci, půlka terapeutů by nemusela prodlužovat čekací doby. To, co dělá osamělost příšernou, není jen svoboda, ale také elektronická kultura. Lidé mají tisíc přátel na sociálních sítích, a přesto si s nikým nemožou pokašat. Myslím si, že spousta depresí nemá biologickou povahu.

## Zmiňoval jste především efekty placebo v analgezií. Zdravotnictví řeší paradox kvalitní a vysoce specializované biologické léčby za stabilního nedostatku finančních prostředků. Mohlo by právě opomíjené placebo



Foto: archiv MF

## být potenciálním doplňkem etiologické léčby? Bylo by to vůbec etické?

Etické je všechno, co lidem přinese dobro, a ne zlo. Lze například čínskou medicínu, kterou považuje většina lékařů za placebovou, použít v praxi? Musely by se nutně stanovit regule toho, co si můžeme dovolit v rámci experimentu a výzkumu, aby to člověka nepoškodilo.

V Discovery uváděli, že kdosi prohlásil mezenterium (výchlipku peritonea, na kterém je upoutané střevo) za orgán, neboť má orgánové funkce. A oponenti mu začali nadávat. Nakonec zjistili, že vlastně nevědí, co to orgán vlastně je. Neshodli se totiž ani na definici. Ve světě se snaží léčit autismus vajíčky tenkohlavce prasečího. Když jsem to řekl své ženě, která začínala jako parazitoložka, navrhla mi, abych vrátil klíče od psychiatrie a šel si tam sám lehnout.

Mám zkušenost, že farmakologické studie jsou na devadesátiprocentní úspěšnosti a klinické studie vycházejí pouze na padesát až šedesát procent. Dvacet let používání léku už dá konkrétní empirickou představu o jeho skutečném fungování a pro koho je vhodný.

## Dopřejete si i vy někdy placebo efekt?

Mou nejlepší přítelkyní byla fena Bobina. Otázkou je, kdo si koho vlastně ochočil. Kamarádství se psem je slušným placebo efektem. Když jsem půl roku procházel ozařováním, říkal jsem si, že veselá mysl je půl zdraví. A taky jsem si řekl, že se na mne Pán Bůh nevykašle. Postavil jsem si to tak, že jsem tak starý, že ani buňky nádoru nebaví růst moc rychle.

Faktem je, že za celého půl roku jsem neměl se systémem žádnou špatnou zkušenost. Dokonce jsem při léčbě potkal nějaké své bývalé žáky. A také zdravotní sestry, které svoji práci milují. Právě tento zážitek byl pro mne placebo efektem. Je úžasné, když člověk věří tomu, že léčba funguje, teprve pak to skutečně funguje. Neříkejme tomu placebo, protože ten výraz má v sobě negativní konotaci, ale nazvěme to dobrý léčebný postup. Psychosomatika by se měla rozplynout v celé medicíně, nemělo by jít o samostatný obor.

Denis Drahoš



# Výskyt, prevence a kontrola šíření producentů karbapenemáz

Záchyt CPE (CPE – Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae) v ČR je v současné době výjimečný. Vysoce riziková z hlediska infekce či kolonizace enterobakteriemi jsou pacienti, kteří byli hospitalizováni v zahraničních zdravotnických zařízeních.

*Klebsiella pneumoniae*, rezistentní ke karbapenemům, s produkcí karbapenemázy jsme v Moravskoslezském kraji v roce 2015 a v první čtvrtině roku 2016 zaznamenali u tří hospitalizovaných pacientů. Produkce karbapenemázy byla potvrzena v Národní referenční laboratoři pro antibiotika, SZÚ Praha. V důsledku produkce jsou enterobakterie obvykle rezistentní k poslední linii antibiotik, tj. ke karbapenemům, a možnosti účinné léčby jimi vyvolaných infekcí jsou minimální. *Klebsiella pneumoniae* bývá příčinou pneumonií a infekcí močových cest.

CPE jsou snadno a rychle přenosné, mohou se uplatnit jako etiologická agens u infekcí spojených se zdravotní péčí. Mohou rovněž kolonizovat nebo infikovat nejen pacienty oslabené, imunokompromitované nebo se závažným onemocněním, ale i ty bez rizikových faktorů. První pacient, u kterého byla uvedena bakterie kultivována, byl cizí státní příslušník. Před hospitalizací v ČR měl v anamnéze dvouměsíční pobyt a operační zákroky ve zdravotnickém zařízení v zahraničí. Druhý pacient byl během svého pobytu v zahraničí hospitalizován a operován, následně byl přijat k léčbě do spádové nemocnice v Moravskoslezském kraji. Epidemiologickým šetřením bylo zjištěno, že třetí pacient v zahraničí v posledních letech nepobýval ani neměl v anamnéze hospitalizaci v lůžkovém zdravotnickém zařízení či ústavu sociální péče. Nikdo z uvedených pacientů nezemřel, první pacient byl po nezbytné léčbě přeložen do své vlasti k doléčení.

Vysoce riziková pacientů z hlediska kolonizace nebo infekce CPE

Výskyt vysoce rezistentních a epidemiologicky významných enterobakterií produkujících karbapenemázu se stává velkým zdravotním problémem, který přináší omezení léčby, snížení kvality života, zvýšení mortality, morbiditů a nákladů na zdravotní péči. Karbapenemázy účinně hydrolyzují beta-laktamy včetně karbapenemů, mají geny kódované na mobilních genetických elementech, což jim umožňuje horizontální přenos na jiné bakteriální druhy.

Z hlediska kolonizace či infekce CPE jsou nejrizikovějšími ti pacienti, kteří jsou překládáni ze zahraničních zdravotnických zařízení, z oblastí s vysokou mírou bakteriální rezistence. Publikace z členských států EU a surveillance ukazují, že v některých zemích je výskyt CPE endemický. Nicméně s těmito rezistentními kmeny se můžeme setkat i u pacientů, kteří nebyli hospitalizováni v zahraničí ani nepobývali v lůžkovém zařízení, jak je zřejmé u třetího pacienta.

Racionální antibiotická terapie

Ministerstvo zdravotnictví ČR ustanovilo v roce 2009 Národní antibiotický program, který vyšel ve Věstníku MZ ČR, ročník 2009, částka 9. Sní-

žení výskytu a šíření CPE infekcí – zavedení a striktní dodržování hygienických opatření:

**1. Preventivní protiepidemická opatření** u pacientů hospitalizovaných v posledním roce v zahraničí.

- rektální výtěr
- izolace
- bariérový ošetřovací režim

**2. Represivní protiepidemická opatření** u pacientů s laboratorně prokázanou kolonizací či infekcí enterobakteriemi produkujícími karbapenemázu. Opatření se dodržují po dobu hospitalizace:

- postupovat podle Metodického postupu „Kontrola výskytu importovaných případů kolonizace a/nebo infekce enterobakteriemi produkujícími karbapenemázu“, Věstník MZ ČR, částka 8/2012 (dále jen MP MZ ČR),
- izolovat pacienty na samostatném, adekvátně označeném pokoji nebo boxu s hygienickou smyčkou,
- dodržovat bariérový ošetřovací režim včetně konziliářů a technických pracovníků,
- důsledně provádět hygienickou dezinfekci rukou, na izolační pokoj umístit alkoholový dezinfekční přípravek na ruce s dávkovačem,
- vyčlenit ošetřovací a pomocný personál dle možností pracoviště,
- ošetření, převazy, podávání medikace, vizitu, úklid zařadit na závěr pořadí,
- ošetření provádět na pokoji, pokud to umožňuje zdravotní stav pacienta a náročnost výkonu,
- používat osobní ochranné pomůcky dle charakteru výkonu (ochranný jednorázový plášť, jednorázovou nepropustnou zástěru, rukavice, ústenku apod.),
- umístit kontejner na použité prádlo a kontejner na použitý jednorázový odpad v izolačním boxu či pokoji, označit jako infekční a před transportem uzavřít,



Ilustrační foto: Shutterstock

- vyčlenit a individualizovat veškeré ošetřovací a vyšetřovací pomůcky (teploměr, fonendoskop, tonometr, podložní mísu a močovou láhev, převazový materiál apod.),
- bez předchozí dezinfekce nevyňášet z izolace žádnou pomůcku, dezinfekci provádět omýváním či otíráním, nepoužívat dezinfekční přípravky ve spreji ani jednorázové dezinfekční utěrky,
- použité nástroje ukládat přímo na pokoji do uzavíratelné dekontaminační nádoby s dezinfekčním roztokem,
- nástroje určené k opakovanému použití po dekontaminaci sterilizovat obvyklým způsobem,
- nepřemisťovat pacienty s pozitivním nálezem CPE v rámci oddělení ani v rámci nemocnice, včetně překlada do jiného zdravotnického zařízení, s výjimkou medicínsky nezbytných situací – postupovat podle MP MZ ČR,
- zajistit odběr stolice u spolupacientů dle MP MZ ČR,
- úklid provádět třikrát denně a vždy při kontaminaci prostředí tělními tekutinami a exkrety, vyčlenit úklidové pomůcky.

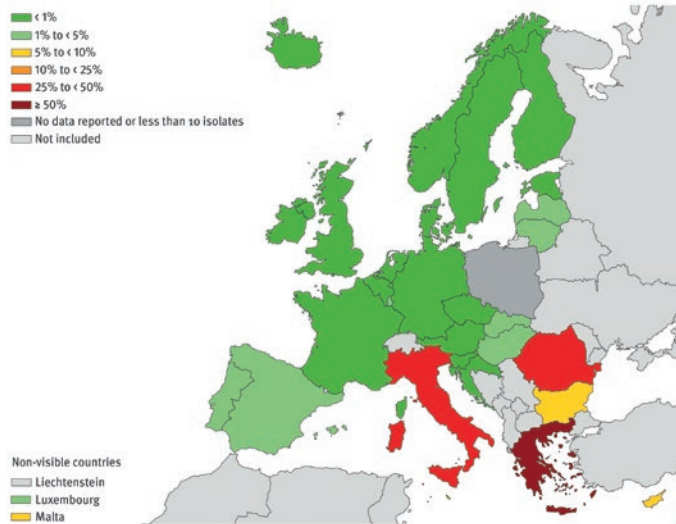
## Závěr

Jsou-li bakterie vystaveny tlaku ATB léčby, vytváří si rezistenci. Uvedený proces probíhá v bakteriích vyskytujících se u lidí, zvířat a také v životním prostředí. CPE se mohou snadno množit a rychle šířit, což může způsobovat závažné infekce. Mohou také genetickou informaci přenášet horizontálně i na jiné bakteriální druhy, takže ty se následně stávají rovněž rezistentní. Možnosti léčby těchto infekcí jsou omezené. Při ošetřování a vyšetřování ve zdravotnických zařízeních jsou pacienti vystavováni zvýšenému riziku získání infekce spojené se zdravotní péčí, tyto pak zvyšují mortality, morbiditu a náklady na zdravotní péči.

Z hlediska prevence šíření tohoto vysoce nebezpečného typu rezistence je třeba již při příjmu pacienta pečlivě odebrat anamnézu a bezprostředně preventivně izolovat a vyšetřit pacienty, kteří byli během posledního roku hospitalizováni v zahraničí. Při pozitivním záchytu CPE postupovat podle Metodického postupu ke kontrole výskytu importovaných případů kolonizace a/nebo infekce enterobakteriemi produkujícími karbapenemázu, Věstník MZ ČR, částka 8, ročník 2012.

MUDr. Ladislava Michálková, MUDr. Helena Šebáková, Mgr. Vera Vrábliková,

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě



*Klebsiella pneumoniae* rezistentní ke karbapenemům v Evropě a v ČR 2014  
Zdroj: EARS-Net-ECDC

# Předplatte si POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNU

a získejte

**kávovar  
Cafissimo  
TUTTOCAFFÈ**  
v hodnotě 1499 Kč  
zdarma



## POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA Odborný časopis pro lékaře

Cílem Postgraduální medicíny je zprostředkovat ambulantním i nemocničním lékařům a studentům lékařství pravidelný přístup k současným medicínským poznatkům, a to v přehledné a přístupné formě.

Postgraduální medicína je zařazena do Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice a všechny publikované práce procházejí recenzním řízením.

Součástí časopisu je test zahrnutý do systému kontinuálního vzdělávání ČLK, který je ohodnocen 2 kreditními body.

Cena ročního předplatného je 749 Kč



**Tato nabídka platí jen do  
23. 3. 2017**



**Předplatte  
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku  
**mladafronta@predplatne.cz**, uveďte  
své **jméno** a **doručovací adresu**.  
Do předmětu napište kód **PM 0117**  
Předplatit si můžete také **on-line**  
na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte zdarma  
800 248 248**

Jednoduše zavolejte  
své osobní údaje  
a info o požadovaném  
předplatném a periodiku.  
Uveďte kód **PM 0117**



**Pošlete SMS  
na číslo 900 09 06**

ve tvaru **PM ABO jméno, příjmení, adresa,  
lekarska specializace** předplatitele.  
Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu  
provazuje goNET s. r. o. Technicky  
zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line  
777 717 535, po-pá 9.00-17.00

**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 svojí objednávkou odborného titulu potvrzuje, že je lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnuté údaje je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na **www.mf.cz**

# Časná diagnostika hraje v prognóze RS klíčovou roli

*Jedním z rozhodujících momentů, které ovlivňují prognózu roztroušené sklerózy, je včasné stanovení diagnózy a rychlé zahájení léčby.*

Roztroušená skleróza (RS) patologickými autoimunitními mechanismy v centrálním nervovém systému poškozuje obaly nervových vláken (tzv. myelin) nebo je dokonce přerušuje. Poškození ale často nevedou k jasnému klinickému projevu. Pacient o nemoci tedy neví a nemá ani důvod vyhledat lékaře. Stanovení diagnózy je logicky možné až ve chvíli, kdy se první klinický příznak objeví – nejčastěji jde o optickou neuritidu (zánět zrakového nervu), která se projevuje poruchou zrakové ostrosti a často bývá spojena s bolestí okolo oka. Jiným příznakem může být porucha citlivosti nebo hybnosti části těla, závrativý stav, nejistá chůze a dvojité vidění. Často již ve chvíli prvního klinického projevu mají pacienti četná zánětlivá ložiska na mozku či míše, ze kterých již lze usuzovat na delší rozvoj choroby, a tedy i na relativně dlouhé období bez klinických příznaků.

## Čekání na první ataku

Často tedy zahajujeme léčbu pacienta, jenž má chorobu, která se mohla rozvíjet již několik let. K dispozici nemáme žádný jednoduchý test, který by uměl onemocnění v běžné populaci preventivně odhalit. Zahajovat terapii v období prvního klinického příznaku je vlastně už téměř „pozdě“, a pokud se tedy první příznak objeví, rozhodně by neměl být přehlédnut a naopak by měl vést k rychlému zahájení léčby. Časná fáze onemocnění je nazývána klinicky izolovaný syndrom (CIS). Jedná se vlastně o první ataku (relaps) RS. Pro stanovení CIS je třeba potvrzení typického nálezu pro RS na magnetické rezonanci (MR) a v mozkomíšním moku, další podmínkou je klinický příznak obvyklý pro RS (např. optická neuritida). Nezbytné je dále vyloučení jiné příčiny, která by mohla uvedený symptom způsobit. V ČR máme pro fázi CIS několik imunomodulačních léků, které nám umožňují časně zahájení terapie. Podmínkou úhrady léčby je taková tíže příznaků

ve fázi CIS, pro jejichž úpravu bylo nutné podat nitrožilní kortikosteroidy.

## Bagatelizace příznaků

Onemocnění má obvykle relaps – remitentní forma. Dochází ke střídání období projevů choroby (relapsů) a klidových fází (remisí). Příznak, kterým se choroba projeví, velmi často odezní bez léčby. To může vést k uklidnění pacienta, který návštěvu lékaře nakonec nerealizuje, protože je subjektivně již bez obtíží. Často se falešně uklidní i lékař, který z důvodů ústupu příznaků neindikuje další došetření. Typickým věkem pro první příznak RS je věkové rozmezí 20–40 let, kdy jsou budoucí pacienti velmi aktivní, a pokud se jedná o příznak, který je výrazně nelimituje v běžném životě, mají tendenci k jeho bagatelizaci. Mezi uvedené příznaky patří různorodé poruchy citlivosti – může se jednat o snížení citlivosti, změnu vnímání citlivosti, brnění či pálení. Zde se velice často setkáváme s tím, že jsou uvedené symptomy dány do souvislosti s bolestmi zad a na RS se často nemyslí.

## Kazuistika první: po 4 letech

Šestnáctiletý pacient byl v roce 2011 hospitalizován na dětském oddělení pro průjemovitě onemocnění, po kterém udával zhoršenou citlivost v levé horní končetině. V anamnéze neměl žádnou další chorobu ani podobné klinické obtíže. Proběhlo neurologické vyšetření, ve kterém bylo s ohledem na charakter poruchy čítí (difúzní změna citlivosti bez typické radikulární distribuce) správně doporučeno provedení MR mozku a krční míchy. Vyšetření nebylo v okresní nemocnici proveditelné, bylo tedy objednáno v nejbližší krajské nemocnici. Nejspíše organizační chybou byla provedena pouze MR krční míchy, kde byl nálezu zcela normální. V mezidobí došlo k úplnému ústupu obtíží. Další neurologické vyšetření tedy již neproběhlo.

Pacient na vyšetření do neurologické ambulance přišel až v roce 2015, tedy v 21 letech. Opět popisoval změnu citlivosti na levé horní končetině, nově ale i na levé dolní končetině a dále nejistou chůzí. Udával, že obtíže trvají pět dní. Viróza či jiné horečnaté onemocnění nepředcházely. K vyšetření byl odeslán svým praktickým lékařem. Po doplnění anamnézy z roku 2011 včetně dohledání provedených vyšetření je doplněna MR mozku, kde je obraz typický pro roztroušenou mozkomíšni sklerózu. Je doplněno vyšetření mozkomíšního moku, které prokazuje nálezu také v korelaci s RS. Je proto stanovena diagnóza roztroušené sklerózy a pacientovi je podána léčba nitrožilním methylprednisolonem v dávce 3 g. Dochází k postupnému ústupu klinických příznaků a po domluvě s pacientem je zahájena dlouhodobá imunomodulační léčba. Je špatné, že v roce 2011 neprovedli MR mozku. Nelze vyloučit, že by vyšetření mohlo vést k časnější diagnóze a tím i dřívější léčbě.

## Kazuistika druhá: ideální situace

Třiatřicetiletá pacientka začala pět měsíců po porodu pociťovat bolesti při pohybu levého oka, postupně i zhoršení zrakové ostrosti a barvocitu na stejném oku.



MUDr. Rašek Ampapa

Foto: archiv Nemocnice Jihlava

S ohledem na zhoršování uvedených obtíží byla vyšetřena v oční ambulanci. Oční vyšetření neprokázalo příčinu poruchy zraku. Bylo tedy vysloveno podezření na optickou neuritidu. Následující den pacientku vyšetřili v neurologické ambulanci, pro další zhoršení zraku (visus vlevo 20/160) byla odeslána k hospitalizaci na neurologické oddělení. Akutně provedená MR mozku prokázala kompatibilní nálezu s diagnózou RS (vícečetné demyelinizační postižení mozku včetně aktivních lézí). Odběr mozkomíšního moku vyloučil jinou zánětlivou příčinu a pacientce byly podány nitrožilně kortikosteroidy. Imunologické vyšetření mozkomíšního moku potvrdilo klinické a MR podezření na RS. Pacientka byla tedy indikována k zahájení imunomodulační léčby. Uvedená kazuistika reprezentuje ideální situaci, kdy stanovení diagnózy RS a zahájení léčby proběhlo bez prodlevy.

## Kazuistika třetí: prodlení 12 let

Devětatřicetiletá žena navštívila neurologickou ambulanci v roce 2016 pro nestabilitu chůze, zakopávání levé dolní končetiny a pocit horšího kognitivního výkonu. Pacientka v minulosti nikdy neurologicky vyšetřena nebyla. V klinickém nálezu dominovala levostranná hemiparéza, mozečkové příznaky a výrazné snížení vibračního čítí na obou dolních končetinách. Byla proto následně sledována endokrinologem pro sníženou funkci štítné žlázy asi od 30 let. Jiná onemocnění neměla.

S ohledem na uvedený neurologický nálezu byla doplněna MR mozku a vyšetření mozkomíšního moku. Obě vyšetření potvrdila klinické podezření na roztroušenou mozkomíšni sklerózu. Při doplnění anamnézy vyšlo najevo, že pacientka již v roce 2004 prodělala epizodu několik týdnů trvající snížené citlivosti břišní stěny od pasu dolů a celých dolních končetin a vzpomněla si na brnění levostranných končetin a dvojité vidění, které měla pár týdnů po porodu v roce 2006. Příznala i obtíže s močením, které ji trápí již několik let. Anamnestická data zde tedy svědčí pro chorobu, která se pravděpodobně vyvíjela již dvanáct let.

Závěrem lze tedy shrnout, že RS je onemocnění s charakteristickým průběhem, který může často komplikovat stanovení vlastní diagnózy a tím i zahájení včasné léčby. S příchodem nových velmi účinných léků znamená pozdější zahájení léčby výrazně vyšší riziko další relapsů RS, časnější přechod do fáze sekundárního progresu choroby a nižší kvalitu života. Dobrá spolupráce mezi praktickým lékařem, neurologem, oftalmologem a dalšími odbornostmi může riziko významně snížit.

MUDr. Rašek Ampapa  
Centrum pro demyelinizační onemocnění  
při Neurologickém oddělení Nemocnice Jihlava



# Vědci objevili, jak rychle rozeznat plísně

*Pro pacienty s oslabenou imunitou, ohrožené invazivními mykotickými infekcemi, vyvinuli odborníci z Interní hematologické a onkologické kliniky Fakultní nemocnice Brno rychlou diagnostiku.*

Invazivní mykotické infekce jsou způsobeny různými druhy tzv. mikroskopických hub. Patří mezi ně kvasinky nebo plísně. „Kvasinky jsou přítomny buď na našem těle, anebo jsou jeho součástí jako přirozená součást mikroflóry, zejména pak na sliznicích. Plísně se rovněž vyskytují všude kolem nás. Spory plísní běžně vdechujeme a náš organismus se jich zbavuje přirozenými imunitními mechanismy. Některé druhy mikroskopických hub však mohou vyvolávat u lidí infekce, zejména pokud je imunitní systém oslaben. Kvasinky nejčastěji způsobují systémové infekce a v případě plísní bývá postižena hlavně dýchací soustava,“ vysvětluje vedoucí sekce oportunních infekcí Interní hematologické a onkologické kliniky Fakultní nemocnice Brno Martina Lengerová.



Mgr. Martina Lengerová, Ph.D.

Foto: Martin Ježek

Infekce podle jejích slov ohrožují zejména nemocné s oslabeným imunitním systémem, s vrozenými poruchami imunity, pacienty postižené nádorovým onemocněním, především nemocné s leukémií a s AIDS. „Hrozí u nich závažné formy mykotických infekcí spojené s rychlým rozšířením nákazy do různých částí organismu. Postižen může být mozek, játra a další vnitřní orgány. Takové infekce jsou pak spojeny s vysokou úmrtností,“ upozorňuje magistra Lengerová.

## Rychlá a levná metoda

„Chtěli jsme vymyslet metodu, která bude schopna pokrýt širší spektrum mykotických patogenů, včetně těch vzácných. Zároveň však bylo nutné, aby byla metoda rychlá a levná. To jsou totiž základní předpoklady pro její použití v rutinní diagnostické laboratoři. Výhodou naší nové metody je téměř univerzální detekce DNA kvasinek a plísní v klinických vzorcích. Pokud je DNA ve vzorku přítomna, detekujeme ji pomocí tzv. polymerázové řetězové reakce (PCR – pozn. red.). O jaký druh se jedná, nám prozradí jednoduchá analýza, která je založena na detekci drobných rozdílů v DNA sekvenci, jež je pro každý druh unikátní. Výsledek je možno teoreticky získat asi během čtyř hodin, v běžném provozu pak reálně do druhého dne,“ popisuje metodu Martina Lengerová.

Jakákoliv prodleva zahájení cílené léčby antimykotiky způsobuje výrazné zvýšení úmrtnosti na tyto infekce. Rychlá detekce DNA patogenních kvasinek a plísní je tedy důležitým kamínkem do mozaiky, která spolu s výsledky dalších vyšetření (např. radiologie a zejména sérologických diagnostických metod) umožní lékařům stanovení diagnózy a zahájení účinné léčby. A kromě kultivace, jež má však u onkologických nemocných malou citlivost, jsou molekulárněbiologické metody jedinou možností, jak rozpoznat skutečného původce infekce až na úroveň druhu.

## Pozor na toxicitu a náklady

K léčbě mykotických infekcí se běžně používají antimykotika. U nejrizikovějších skupin pacientů jsou léky podávány preventivně, tzv. profylaktická terapie, v období největšího rizika vzniku invazivních mykotických infekcí. V této době účinně chrání pacienty před původci nejčastějších mykotických infekcí. „Často ale není možné podávat léky dlouhodobě. Je nutné zohlednit jejich případnou toxicitu a také náklady na léčbu. Dalším rizikem preventivního podávání léků je vznik infekcí způsobených jinými druhy kvasinek nebo plísněmi, které jsou vůči lékům rezistentní. Častěji je proto volena strategie, kdy jsou riziková pacienta pečlivě sledována a pravidelně testována vhodnými diagnostickými metodami, které umožní odhalení počínající infekce,“ říká magistra Lengerová.

Příznaky jsou podle ní často velmi nenápadné a zpočátku nelze odlišit mykotické infekce od jiných onemocnění. Tradiční metody, jako je kultivace, jsou u onkologických nemocných málo citlivé, protože jsou

pozitivní až v pokročilých stádiích nákazy. Navíc jsou pomalé, neboť si žádají několik dní až týdnů diagnózy. Histologické metody pak vyžadují získání vzorku tkáně z postižených míst, což často není možné kvůli komplikacím spojeným s odběrem materiálu. V této fázi onemocnění odhalí infekci jen velmi citlivé sérologické a molekulárněbiologické diagnostické metody.

## Chytré propojení poznatků

Problematické diagnostiky mykotických infekcí – pomocí molekulárněbiologických a sérologických metod – v rámci různých grantových projektů se brněnští vědci aktivně věnují již od roku 2005. Zavedli do praxe metody pro detekci nejčastějších původců mykotických infekcí – plísní rodu *Aspergillus* a *Mucormycet*. Úzce při tom spolupracovali s kolegy z Oddělení klinické mikrobiologie a především s lékaři Interní hematologické a onkologické kliniky FN Brno.

„Práce na návrhu nové metody a její testování na reálných klinických vzorcích trvaly asi dva roky. V současnosti je metoda rutinně používána zhruba rok. Postup je chráněn užitným vzorem. Patentování neplánujeme, neboť je nutné mít vysoce inovativní techniky. Naše metoda je spíše chytrým propojením známých poznatků do funkčního řešení,“ uzavírá Martina Lengerová.

Martin Ježek

## Vylepšená diagnostika leukemie

Odborníci z Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně prosadili důležitá mezinárodní doporučení pro postupy při určování prognózy chronické lymfocytární leukemie. Dříve používané diagnostické metody nebyly zcela přesné. U některých pacientů proto nemohla být špatná prognóza onemocnění včas předpovězena. Doporučení objasňují význam a způsob analýzy mutací antionkogenu TP53, který je důležitý pro ochranu buněk před jejich změnou v buňky nádorové. Lékaři se při diagnostice soustředili pouze na ztrátu krátkého raménka chromozomu 17, kde se gen nachází. Proto se často nezohledňoval fakt, že také mutace genu TP53 může být typická pro pacienty s chronickou lymfocytární leukémií, kteří špatně reagují na terapii. Nemocní s některými typy mutací daného genu přitom mívají vůbec nejhorší prognózu onemocnění. Léčba těchto pacientů proto mnohdy nebyla optimální.

Brněnští vědci iniciovali vznik celoevropské výzkumné skupiny, která tato zjištění potvrdila. S experty z Německa, Velké Británie i dalších zemí poté

vypracovali doporučení pro lékaře. V nich popsali, kdy a jakými metodami lze analyzovat mutace v genu TP53. Práce vznikla ve spolupráci s evropskou leukemickou společností European Leukemia Net a její pracovní skupinou ERIC (European Research Initiative on CLL), která sdružuje zástupce více než dvaceti zemí, včetně USA. Výsledky odborníci z Masarykovy univerzity společně s dalšími evropskými experty publikovali v prestižním časopise *Leukemia*. Kliniky po celém světě tak dostaly jasný návod, jak chronickou lymfocytární leukémií vyšetřovat, jak definovat podskupinu pacientů s nejhorší prognózou a jakou léčbu nasadit.

Tým odborníků z Interní hematologické kliniky Lékařské fakulty a vědeckého střediska CEITEC MU před časem zaznamenal ještě další úspěch, když jeho člen Marek Mráz popsal jeden z významných faktorů, které ovlivňují vznik a vývoj chronické lymfocytární leukemie. Práce, kterou publikoval v časopise *Blood*, je věnována genu mikroRNA-650, jehož přítomnost nebo zvýšená hladina je spojena s lepší prognózou pacientů a souvisí i s rozvojem onemocnění. (maj)

**Výběrové řízení****Primář**

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s., vypisuje výběrové řízení na obsazení pracovní pozice:

● **primář oddělení****Urgentní příjem interních oborů****Požadujeme:**

Vš vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v jednom z oborů: vnitřní lékařství, anesteziologie a intenzivní medicína, urgentní medicína (nástavbový obor), specializovaná způsobilost v jiném oboru, uchazeč ale musí mít absolvován základní interní kmen, 3 roky odborné praxe lékaře po získání specializace, organizační a řídicí schopnosti, samostatnost zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost, orientace v ekonomice zdravotnictví

**Přihláška uchazeče musí obsahovat:**

Profesní životopis, návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení v písemné podobě s uvedením představy o organizaci práce a uspořádání uvnitř oddělení, vzájemné spolupráci s ostatními obory, skladbě a rozložení personálu a zajištění provozu v pracovním a mimopracovní době.

V případě dotazů je nutné tyto zaslat písemně na emailovou adresu: iva.glatzova@nemta.cz nejpozději 5 dní před konáním výběrového řízení. Odpovědi na dotazy budou rozeslány všem přihlášeným uchazečům.

Písemnou přihlášku s předepsanými doklady, vč. telefonního a e-mailového spojení uchazeči zašlou nejpozději do 31. 1. 2017 na adresu: Nemocnice Tábor, a.s., kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, personální oddělení.

**Kontakt:**

tel.: 381 608 210, Iva Glatzová, vedoucí personálního oddělení, e-mail: iva.glatzova@nemta.cz Termín a harmonogram výběrového řízení bude uchazečům oznámen.

M161000904

**Volná místa****Lékař**

Nemocnice Tábor, a.s., přijme do pracovního poměru:

● **lékaře pro všeobecné praktické lékařství****Požadujeme:**

Vš lékařská fakulta, specializace v oboru všeobecné praktické lékařství, vhodné i pro lékaře před atestací (plně hrazená specializační příprava).

**Nabízíme:**

Plný pracovní úvazek, pracovní poměr na dobu určitou s výhledem na trvalý pracovní poměr, výhodné finanční ohodnocení, náborový příspěvek při nástupu do zaměstnání, mzdové zvýhodnění formou zvláštního osobního příplatku, v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně Nemocnice Tábor, a.s.

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

**Kontakt:**

MUDr. Jana Chocholová, tel.: 381 606 600, e-mail: jana.chocholova@nemta.cz

M161000911

**Lékař**

Nemocnice Tábor, a.s., přijme do pracovního poměru:

● **lékaře pro Oddělení následné péče****Požadujeme:**

Vhodné i pro absolventy Vš, specializovaná způsobilost, popřípadě zařazení do některého ze základních oborů vítáno, plně hrazená specializační příprava.

Uvítáme zkušené lékaře se zájmem o práci v multidisciplinárním týmu zabývajícím se komplexní paliativní péčí, léčbou bolestí, mezioborovou problematikou nebo geriatrií.

**Nabízíme:**

Plný pracovní úvazek, pracovní poměr na dobu určitou s výhledem na trvalý pracovní poměr, výhodné finanční ohodnocení, náborový příspěvek při nástupu do zaměstnání, mzdové zvýhodnění formou zvláštního osobního příplatku, v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně Nemocnice Tábor, a.s., týden datkové dovolené (celkem tedy 30 dní dovolené za 1 kalendářní rok).

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

**Kontakt:**

MUDr. Dana Růžičková, primářka oddělení, tel.: 381 607 000 e-mail: dana.ruzickova@nemta.cz

M161000912

**Zdravotní sestry/asistenti**

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., hledá:

● **všeobecné sestry**  
● **zdravotnické asistenty****Nabízíme:**

Adekvátní finanční ohodnocení s možností růstu na základě získané praxe, náborový příspěvek, příspěvek na bydlení po dobu dvou let při plném pracovním úvazku, možnost zajištění ubytování v místě pracoviště rovněž s příspěvkem na bydlení, podporu vzdělávání, firemní benefity (stravování, firemní jesle, příspěvek na penzijní připojištění), týden dovolené navíc, dva sick days, péče o tělo (zvýhodněná cena pedikúry, masáže, kosmetiky, apod.).

Absolventům zdravotnických škol oboru zdravotnický asistent dále nabízíme: pracovní poměr na dobu neurčitou, úhradu školného na Vš nebo VOŠ při studiu kombinované formy studia, podporu ve zvyšování kvalifikace dle ZP, včetně uzavření kvalifikační dohody na pět let a získání jistoty absolventa v trvání pracovního poměru, studijní stipendium

při stanoveném prospěchu na státní VŠ.

**Kontakt:**

tel.: 317 756 554 e-mail: pam@hospital-bn.cz

M171000038

**Lékařku**

Pro moderní kožní zařízení v Praze hledáme:

● **dermatoložku****Nabízíme:**

Nadstandardní odměňování.

**Kontakt:**

tel.: 603 222 123.

M161000886

**Fyzioterapeuti**

Ambulantní NZZ Benešov a Vlašim přijme:

● **fyzioterapeuty****Nabízíme:**

Nadstandardní platové ohodnocení až do 35 000 Kč, jednorázovou odměnu 10 000 Kč při podpisu smlouvy, zaměstnanecké benefity, 5 týdnů dovolené.

**Kontakt:**

tel.: 774 285 805 e-mail: rehaspol@seznam.cz

M171000032

**Velkoobchod plně v rukách českých lékárníků**

Společnost Česká lékárnická, a.s., si dovoluje informovat, že se po důkladné analýze rozhodla odkoupit od minoritního německého akcionáře společnosti PHOENIX International Beteiligungs GmbH akcie společnosti PHARMOS, a.s. v objemu 28 % základního kapitálu. K podpisu veškeré smluvní dokumentace, na základě které se realizovalo odkoupení cenných papírů, došlo 20. 12. 2016. Pro stabilizaci postavení na velkoobchodním trhu s léčivými a zdravotnickým materiálem v České republice, pro úspěšnou budoucnost a rozvoj společnosti PHARMOS, a.s., je tento krok naprosto nezbytný. Německý akcionář, který je zároveň vlastníkem přímého konkurenta společnosti PHOENIX lékárenský velkoobchod, a.s., svou nezanedbatelnou roli v rozvoji společnosti PHARMOS, a.s. již sehrál a jeho další působení ve společnosti se již stává brzdou jejího vývoje. Tímto krokem se Česká lékárnická, a.s., společnost vlastněná především českými lékárníky, stává 99,92% akcionářem společnosti PHARMOS, a.s. Můžeme tedy s hrdostí říci, že jsme nyní jediným výhradním českým distributorem léků v ČR z tzv. „velké čtyřky“ (Alliance Healthcare s.r.o., PHARMOS, a.s., PHOENIX lékárenský velkoobchod, a.s. a ViaPharma s.r.o.). Tato skutečnost nám i do budoucna umožní co nejvíce hájit pozice nezávislých lékárníků v České republice a zachovat v neustále se zvyšujícím prostředí protekcionismu a odklonu od volného a hlavně férového trhu s léčivými v České republice prostor pro jejich existenci. Tato transakce byla realizována v součinnosti s financujícími bankami a náklady na zakoupení akcií jsou částečně kryty z vlastních zdrojů České lékárnické, a.s. V Ostravě, 30. 12. 2016

Za společnost Česká lékárnická, a.s.

předseda představenstva člen představenstva  
PharmDr. Jiří Korta PharmDr. Petr Nalevajka

**NEMOCNICE VYŠKOV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, PŘIJME:  
LÉKAŘE RADIOLOGA****Požadujeme:**

- Lékař s atestací v oboru • Na plný i částečný úvazek, dohoda o PČ, naléhavá potřeba z důvodu nemoci
- Odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR • Zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

**Nabízíme:**

- Výhodné platové podmínky • Dodatkovou dovolenou
- Dobré pracovní podmínky • Profesionální růst, možnost dalšího vzdělávání • Nástup ihned • Příspěvky FKSP na stravování

Informace u primáře, e-mail: malaska@nemvy.cz, tel. 517 315 460



**ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MINISTERSTVA VNITRA NABÍZÍ POZICE**VEDOUcí Oblastního zdravotnického zařízení PRAHA  
VEDOUcí Oblastního zdravotnického zařízení PLZEŇ

Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra, akreditované zdravotnické zařízení, přijme vedoucího Oblastního zdravotnického zařízení Praha a vedoucího Oblastního zdravotnického zařízení Plzeň.

**Nabízíme:** zajímavé platové podmínky, stabilní práci, plný pracovní úvazek, pevnou pracovní dobu, podporu dalšího vzdělávání, příspěvek na stravování, 5 týdnů dovolené, 5 dní indispozičního volna a další zajímavé benefity.

**Kvalifikační předpoklady:** VŠ - lékařská fakulta výhodou.

**Kontakt:** [personalni@zmv.cz](mailto:personalni@zmv.cz), tel. 974 827 661. Více informací na [www.zmv.cz/pracovni-mista](http://www.zmv.cz/pracovni-mista) nebo [f zmvcr](https://www.facebook.com/zmvcr).

Inzerce M171000059

**Nemocnice Český Krumlov, a.s.**  
přijme:**Lékaře/lékařku GPO** - specializovaná způsobilost v oboru**Lékaře/ku chirurgie** - specializovaná způsobilost v oboru s perspektivou funkčního místa**V případě nástupu lékaře se specializací bude vyplacen náborový příspěvek ve výši 100.000,- Kč****Lékaře/lékařku GPO** - vhodné i pro absolventa**Lékaře/ku chirurgie** - vhodné i pro absolventa**V případě nástupu neatestovaného lékaře bude vyplacen náborový příspěvek ve výši 50.000,- Kč****Nabízíme:**

- Nadstandardní platové podmínky
- Pomoc při zajištění bydlení
- Možnost ubytování na ubytovně
- Zaměstnanecké benefity.

**Bližší informace při osobním jednání.****Kontakt:** tel.č.: 380 761 361, mob.: 777 486 121  
Marie Marková, personální oddělení e-mail: [markova@nemck.cz](mailto:markova@nemck.cz)

Inzerce M171000064

**NEMOCNICE VYŠKOV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, PŘIJME:  
LÉKAŘE/KU – GYNEKOLOGA****Požadujeme:**

- Lékař s atestací v oboru, popř. v přípravě na atestaci s kmenem
- Na plný úvazek
- Odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR
- Zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- Licenci pro výkon lékaře z ČLK

**Nabízíme:**

- Platové podmínky dle odborné způsobilosti a délky praxe
- Dovolenu 5 týdnů
- Dobré pracovní podmínky
- Možnost dalšího vzdělání
- Nástup po dohodě
- Příspěvky FKSP na stravování

**Informace u primáře MUDr. Josefa Eima,**  
e-mail: [eim@nemvy.cz](mailto:eim@nemvy.cz), tel. 517 315 320

Inzerce M171000033



Ilustrační foto: Shutterstock



Nemocnice Tábor, a. s.

Představenstvo Nemocnice Tábor, a. s. vypisuje:  
**výběrové řízení na obsazení pracovní pozice****PRIMÁŘ/KA ODDĚLENÍ REHABILITACE****Požadavky:**

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru Rehabilitační a fyzikální medicína nebo Fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace (dle dřívějších předpisů)
- 10 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví
- licence ČLK pro výkon vedoucího lékaře v oboru
- organizační a řídicí schopnosti, samostatnost
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- orientace v ekonomice zdravotnictví

**Příhláška uchazeče musí obsahovat:**

- profesní životopis, potvrzení zdravotní způsobilosti dle zákona č. 95/2004 Sb., dokladu o bezúhonnosti ne starší 90 dnů, doklad o členství v ČLK, licence ČLK, návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení v písemné podobě
- Ověřené kopie: dokladu o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb., dokladu o získané specializované způsobilosti

**Dotazy mohou uchazeči směřovat na MUDr. Vladislavu Míkovou,**  
primářku oddělení RHBO, telefon: 381 607 100, mobil: 603 224 819,  
e-mail: [vladislava.mikova@nemta.cz](mailto:vladislava.mikova@nemta.cz)**Písemnou přihlášku, včetně telefonního spojení a s požadovanými doklady uchazeči zašlou nejpozději do 3. 2. 2017 na adresu:**Nemocnice Tábor, a. s., kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, personální oddělení  
telefon: 381 608 210, vedoucí personálního oddělení Iva Glatzová**Termín výběrového řízení bude uchazečům oznámen.**

Inzerce M171000031

**Personální inzerce do časopisu Zdravotnictví a medicína je přijímána  
na e-mailu: [personalni.inzerce@mf.cz](mailto:personalni.inzerce@mf.cz) nebo telefonicky na tel.: 225 276 380**

# Předplatte si VAKCINOLOGII



a získáte kosmetický balíček  
**LEVANDULE**  
v celkové hodnotě **493 Kč**



## ČTVRTLETNÍK PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE A PEDIATRY

Jde o jediný časopis v České republice zabývající se exkluzivně očkováním. Formou původních prací, přehledových článků a aktualit poskytuje pravidelný přístup k současným medicínským poznatkům.

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 27. 4. 2017**  
**Předplatné na rok pouze za 399 Kč**



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku **mladafronta@predplatne.cz**, uveďte své **jméno a doručovací adresu**. Do předmětu napište kód **MF VAK0117**.  
Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte zdarma 800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a informaci o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **MF VAK0117**.



**Pošlete SMS na číslo 900 09 06**

ve tvaru **MF VAK jméno, příjmení, adresa, lekárska specializace** předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

**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 svojí objednávkou odborného titulu potvrzuje, že je lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

Mezioborové sympozium u příležitosti vydání monografie  
Vachata P., Sameš M. et al.

# Lícní nerv – anatomie, patologie, léčba

čtvrtek 23. 2. 2017 od 15.00 hodin  
Hotel NH Prague City (konferenční místnost Zurich)

## GARANTI ODBORNÉHO PROGRAMU:

**prof. MUDr. Martin Sameš, CSc.**

**MUDr. Petr Vachata, Ph.D.**

Neurochirurgická klinika, Univerzita J. E. Purkyně,  
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem



### Sekce I: 15.00–16.20

1. **MUDr. Josef Liehne, prof. MUDr. Martin Sameš, CSc.**  
Úvod, historie chirurgie lícního nervu (10 min)
2. **MUDr. Petr Vachata, Ph.D.**  
Anatomie, vyšetření lícního nervu a klasifikace poruch funkce (10 min)
3. **MUDr. et Dr. med. Amir Zolal, Ph.D.**  
DTI kraniálních nervů (10 min)
4. **doc. MUDr. Martin Chovanec, Ph.D.**  
Patologie spánkové kosti (10 min)
5. **prof. MUDr. Jan Betka, DrSc., FCMA**  
Lícní nerv v ORL praxi (10 min)
6. **prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. FRCPsych.**  
Výraz tváře jako okno do duše (30 min)

Přestávka 16.20–16.35

### Sekce II: 16.35–17.40

7. **prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc., FCMA**  
Rekonstrukce v zadní jámě lebni (10 min)
8. **doc. MUDr. Jiří Kozák, CSc.**  
Cross-face technika, závěsy a transplantace (10 min)
9. **MUDr. Petr Vachata, Ph.D.**  
Výkony v temporální oblasti, poranění lícního nervu (10 min)
10. **prof. MUDr. Martin Sameš, CSc.**  
Patologie mosto-mozečkového koutku a jejich klinický projev (10 min)
11. **prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D.**  
Fyzioterapie poruch lícního nervu (10 min)
12. **Jan Přeučil**  
Artikulace v herectví (15 min)

Závěr 17.40–17.50

Křest knihy (Vachata P., Sameš M., Lízlerová M., Přeučil J., Betka J.)

## PŘIHLÁŠENÍ NA AKCI:

V případě zájmu svou přihlášku vyplňte na adrese [WWW.LKCR.CZ](http://WWW.LKCR.CZ) – sekce vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu je **52/17**.  
Své evidenční číslo (EČ) najdete vpravo v seznamu registrovaných lékařů.

### ÚČASTNICKÝ POPLATEK: 350 Kč

Číslo účtu: **19-1083620217/0100**; variabilní symbol: **5217** (číslo kurzu).

Útržek složenky, kopii výpisu z bankovního účtu nebo příkaz k úhradě prostřednictvím e-bankingu je nutné předložit při registraci.

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce.

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

**Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena 3 kredity.**



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



Mladá fronta a. s., divize Medical Services a měsíčník Zdravotnictví a medicína vás zvou na

# Galavečer Sestra roku

Slavnostní vyhlášení vítězů 17. ročníku soutěže Sestra roku proběhne  
**28. března 2017** v Hudebním divadle Karlín v Praze



Další informace naleznete na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

GENERÁLNÍ PARTNER



O krok dál  
pro zdraví

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI



GENERÁLNÍ MEDIÁLNÍ PARTNER



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



ZÁŠTITY



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

