



**Rozhovor s docentem
Vladimírem Koblížkem**

str. 8

www.zamcasopis.cz

**Stav digitalizace našeho
zdravotnictví a mrtvá**

Dasta
str. 12

**Malinkou škatulku
není jednoduché
najít**

str. 27

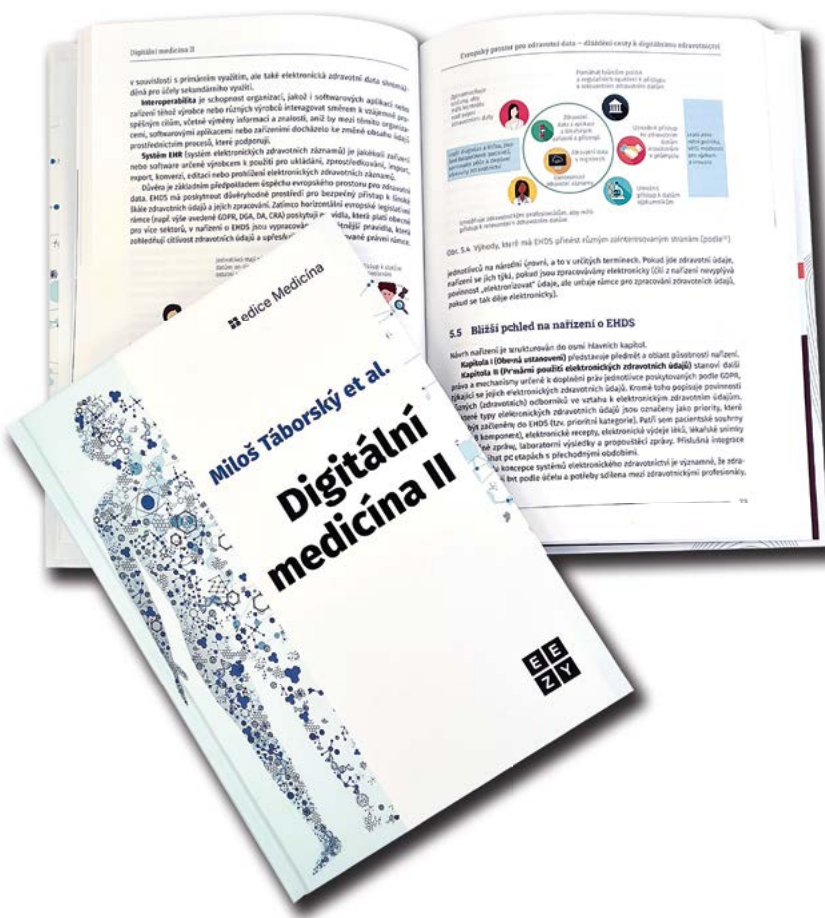
**Celiakie a srdce:
záhadné spojení
s kardiomyopatií**

str. 32

Představujeme novinku...

Miloš Táborský et al.

Digitální medicína II



Monografie Digitální medicína II je logickým pokračovatelem úspěšného prvního vydání z loňského roku. Přináší nové informace v oborech, které zatím nebyly systematicky zpracovány, pohledem distanční medicíny. Odráží připravenost naší společnosti na skutečnou digitální transformaci medicíny a reálné aktivity center napříč republikou, která se problematikou dlouhodobě zabývají. Akcentuje výrazný potenciál v této oblasti a má ambici nezávisle na akademické úrovni integrovat projekty a aktivity různých subjektů. Je inspirací pro pregraduální i postgraduální výchovu studentů a absolventů lékařských fakult v přípravě ke specializované způsobilosti. Nejen nastupující generace lékařů, ale kompletní spektrum odborností bez ohledu na věk a délku praxe, plátců zdravotní péče, výrobci léčiv a zdravotnické techniky, farmaceuti, technici a jiné specializace musí pochopit, že digitalizace je jeden ze zásadních předpokladů rozvoje a udržitelnosti moderní medicíny třetího tisíciletí.

Cena na e-shopu

www.eezy.cz 319 Kč

Vyšlo v prosinci 2023



Objednávejte na www.eezy.cz

EEZY Publishing, s.r.o.

Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 3/2024

www.zamcasopis.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
MUDr. Václava Bártů, Ph.D.
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
doc. MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.
Mgr. Jana Nováková, MBA
prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC
MUDr. Ondřej Tefr
prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Redakce

PhDr. Jana Jílková
Mgr. Markéta Mikšová
Ing. Jana Brabcová, Ph.D.
MUDr. Lucie Hajná
Mgr. Lukáš Malý
Mgr. Barbora Vodičková

**Projektový a kreativní manažer,
technické zpracování**

Radek Koňarik, e-mail: konarik@eezy.cz

Vydává

EEZY Events & Education, s.r.o.
Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4, IČ: 07057521

Adresa redakce

Zdravotnictví a medicína
EEZY Publishing, s.r.o.
Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4,
info@zamcasopis.cz

Inzerce

kupcova@eezy.cz

Foto na obálce

123rf.com

Distribuce titulu

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje
SEND Předplatné, spol. s r.o.,
Ve Žlíbku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,
tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370
e-mail: send@send.cz, www.send.cz

Objednávky do zahraničí

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,
Václavská 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, 830 00 Bratislava 3
tel.: +421 2 4989 3568,
e-mail: objednavky@ipredplatne.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 „123rf.com“ jsou použity
na základě licence.

Tisk

Grafotechna Plus, s.r.o.
Číslo dáno do tisku 15. 3. 2024

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem
vydavatele.

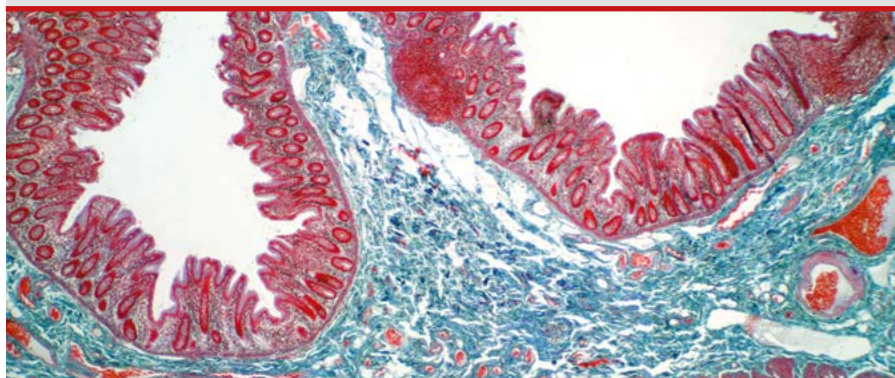
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© EEZY Publishing, s.r.o., 2024
Evidenční číslo MK ČR: E 20524,
ISSN 2336-2987

ZDRAVOTNICTVÍ



- Snažíme se zvyšovat povědomí o riziku srdečního selhání 2
- Záskrt se vrátil v plné síle, zemřel dvaosmdesátiletý muž 4
- Obezita dítěte je problémem celé rodiny, tvrdí odborníci 5
- Česko si v boji s HPV vede dobře. Má dostupné očkování i preventivní prohlídky 6
- Rozhovor s doc. Vladimírem Koblížkem 8
- Stav digitalizace našeho zdravotnictví a mrtvá Dasta 12
- Až sedm z deseti rodin dlouhodobě hospitalizovaných dětí řeší komplikace s ubytováním či dopravou 16
- Kdo může, smí a kdo by vlastně měl podávat léky? 18
- Zprávy z regionů 20
- Věk pacientů s onemocněním ledvin roste, za poslední dekádu o několik let 22

MEDICÍNA



- Spánek a léky 24
- Dysfunkce pánevního dna mívá řešení 26
- Malinkou škatulku není jednoduché najít 27
- Péče o pacienty s poruchami štítné žlázy vyžaduje těsnější spolupráci 29
- Celiakie a srdce: záhadné spojení s kardiomyopatií 32
- Jak si poradit s agresivním pacientem 37
- Karlu Čapkovi ztrpčovala život i ankylozující spondylitida 39

Snažíme se zvyšovat povědomí o riziku srdečního selhání

Lékaři už několik let mluví o globální epidemii srdečního selhání. Tento problém se týká i Česka. „Prognóza srdečních selhání je horší, než tomu je u řady onkologických onemocnění, paradoxně ale rizikovitost srdečního selhání není v populaci příliš vnímána,“ říká prof. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D., přednosta I. interní kardiologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a předseda České asociace srdečního selhání České kardiologické společnosti.

Kardiologové varují před globální epidemií srdečního selhání. Jak jsme na tom s výskytem selhání srdce v Česku?

Počet pacientů se srdečním selháním určitě narůstá. Nových případů na 100 000 obyvatel přibývá zhruba stále stejně, ale protože narůstá počet přeživších a protože populace stárne, tak se celkový počet pacientů se srdečním selháním v populaci neustále zvyšuje. Ukazuje se, že výskyt srdečního selhání je téměř 4 procenta. V Česku je to zhruba 350–380 tisíc lidí a predikce jsou pro další roky poměrně dramatické. Do roku 2040 by podle nich mohlo být až 900 000 lidí se srdečním selháním, což je opravdu alarmující.

Co je hlavní příčinou?

Vedle delšího přežívání pacientů je důležitým aspektem i zmiňované stárnutí populace. Výskyt srdečního selhání narůstá ve vyšším věku, data dokonce ukazují, že čtvrtina lidí starších 75 let má srdeční selhání. Od sedmé až osmé dekády věku už četnost těchto zdravotních potíží vcelku strmě narůstá. To ovšem není specifikum Česka, je to obecná záležitost. Co je v Česku zřejmě jiné, je menší povědomí o nebezpečí srdečního selhání a o jeho příčinách, což pochopitelně přispívá k významnému nárůstu počtu případů. Výskyt hypertenze, diabetu či obezity může být významným predisponujícím faktorem pro rozvinutí srdečního selhání. Naší snahou tedy musí být motivovat populaci k tomu, aby se sebou něco dělala. Aby se lidé starali o svou kondici, hlídali si svůj krevní cukr, cholesterol, váhu nebo nekouřili. Zrovna kouření je spojené s vysokým rizikem aterosklerózy, která může způsobit ischemickou chorobu srdeční. A ta je stále jednou z nejdůležitějších příčin srdečního selhání.

Jak vypadá typický pacient se srdečním selháním?

Pacienti mohou být různí. Vidáme mladé pacienty, kteří mají vrozenou srdeční poru-

chu. Ti mohou být štíhlí a nemít žádné další riziko, ale přesto mohou skončit se srdečním selháním a třeba i na čekací listině pro transplantaci srdce.

Na druhou stranu máme mnohem častější scénář, kdy jsou pacienti spíše starší lidé, často po infarktu myokardu. Jak se posouváme dál ve věkových skupinách, stále častěji se v nich vyskytuje srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí levé komory. Tato kategorie dnes tvoří více než polovinu všech případů srdečního selhání. Často jsou to lidé, o kterých už jsme mluvili, tedy starší hypertonici, obézní, často s diabetem a nízkou fyzickou aktivitou. Takže pokud bychom chtěli hledat typického pacienta, možná by vypadal takto.

Jakou mají pacienti se srdečním selháním prognózu?

Prognóza srdečního selhání je velmi závažná. Za posledních 30 let sice došlo díky vývoji farmakologických i nefarmakologických metod v léčbě srdečního selhání k redukci rizika kardiovaskulární smrti až o 65 procent přesto přibližně polovina pacientů od okamžiku, kdy je jim diagnostikováno srdeční selhání, do pěti let zemře. Prognóza je tedy horší než u řady onkologických onemocnění, paradoxně ale rizikovitost srdečního selhání není v populaci příliš vnímána. Z onkologických onemocnění mají lidé daleko větší strach a respekt než z kardiovaskulárních chorob a srdečního selhání.

Jak se čeští kardiologové snaží s negativním vzestupným trendem srdečního selhání bojovat?

Nejlepší a neefektivnější je vždy prevence. Snažíme se v populaci zvyšovat povědomí o riziku srdečního selhání a o rizikových faktorech. Těm se dá do značné míry předejít, a i proto je prevence nesmírně důležitá, ale v tom máme určitě velké rezervy. Dalším důležitým bodem je, pokud srdeční selhání vznikne, aby bylo správně a včas diagnosti-



prof. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D.

kováno. To je apel, který se snažíme posouvat do primární péče. Tady může být velmi užitečné a důležité sledování hladiny tzv. natriuretických peptidů. Protože když má pacient obtíže a má zvýšené hladiny natriuretických peptidů, tak je vysoká pravděpodobnost, že opravdu trpí srdečním selháním. Naopak pokud je hladina nízká, příčinu obtíží je třeba hledat jinde. Negativní prediktivní hodnota tohoto vyšetření je dokonce vyšší nežli ta pozitivní.

Pomůže nějak věci připravovaný kardiovaskulární plán?

Národní kardiovaskulární plán se věnuje přesně věcem, o kterých právě hovoříme. Tedy preventivní složce, dále také diagnostice a optimálnímu využití farmakologických i nefarmakologických léčebných možností. Data, která nám ukazují, jakých benefitů lze správně vedenou farmakologickou léčbou dosáhnout, jsou impozantní. V běžné klinické praxi se ale ukazuje, že ty

možnosti ne vždy optimálně využíváme. Netýká se to pouze nasazování základních léků, o kterých víme, že zlepšují prognózu, ale i jejich optimálního dávkování. Ukazuje se totiž, že včasné nasazení a rychlá optimalizace dávek snižují celkovou mortalitu a hospitalizace pro srdeční selhání. Je tedy důležité, aby léčba byla kontinuálně kontrolována a byla přítomna snaha o její trvalou optimalizaci.

Zdůrazněno je v plánu také to, že v Česku není optimálně rozmístěna síť kardiologických ambulancí. V tom spočívá další apel, abychom se snažili ambulantní péči v oblasti kardiologické péče a srdečního selhání posílit. Tak, aby se všichni pacienti po propuštění z nemocnice dostali do několika málo týdnů na kontrolu k ambulantnímu kardiologovi. To je nesmírně důležité z hlediska optimalizace léčby a také z hlediska ochrany pacienta v tzv. vulnerabilní fázi. Ta nastává právě po propuštění, kdy jsou pacienti nejvíce ohroženi opětovným zhoršením srdečního selhání nebo nějakými komplikacemi spojenými s čerstvě nasazenou léčbou. To se bohužel v Česku zatím nedaří, objednáci doby jsou dlouhé a když pacienta propouštíme z nemocnice, tak se nám jej ne vždy daří dostat do ambulantní péče tak rychle, jak by bylo potřeba.

Odhálí lékaři srdeční selhání opravdu u všech pacientů? Nebo někteří „propadají“ zdravotním systémem a jejich nemoc zůstane nerozpoznána?

Diagnostika určitě není optimální. Základním bodem je, aby každý z vyšetřujících lékařů na tuto diagnózu myslel. Jak jsem říkal, pacienti jsou často starší nemocní lidé. Ale když vidíme, že člověk je nevykonný a že se zadýchává, nesvádějme to jen na to, že je starý nebo obézní. Mysleme na to, že by za jeho stavem mohlo stát srdeční selhání. Existuje několik diagnostických algoritmů, které nám dokážou s velkou pravděpodobností pomoci odhadnout přítomnost srdečního selhání a které můžeme využít, jen na to musíme myslet.

Jak se za posledních deset let posunula úroveň léčby srdečního selhání?

Posunula se velmi významně. Před deseti lety, tedy v roce 2014, byly prezentovány výsledky studie PARADIGM, a ty poprvé prokázaly benefity léčby duálním antagonistou receptorů AT1 pro angiotenzin II (ARB) a neprilysin. To je dnes jeden z naprosto klíčových preparátů pro léčbu srdečního selhání s redukovanou ejekční frakcí levé komory. Studie s glifloziny na léčbu srdečního selhání byly poprvé publikovány v roce 2019, tedy

teprve před pěti lety. Je tam tedy celá řada momentů, které naprosto zásadně změnily léčbu srdečního selhání, a to ještě vůbec nezmiňuji možnosti přístrojové léčby.

Evropská kardiologická společnost v minulém roce představila nová doporučení pro léčbu kardiovaskulárních onemocnění včetně srdečního selhání. Co z toho se týká českých pacientů a jaké jsou hlavní změny?

Tady došlo k jedné paradoxní věci – reálný život většinou „dobíhá“ situaci v guidelines. To znamená, že v nich jsou uvedeny nejnovější poznatky a my se v klinické praxi snažíme této léčbě co nejrychleji přiblížit. Update doporučených postupů, který vyšel minulé září, poprvé zakotvil moderní léčbu glifloziny u pacientů se srdečním selháním s mírně redukovanou i zachovanou ejekční frakcí levé komory. Ale protože byl předcházející vývoj velmi rychlý, tak se tato léčba vlastně stala realitou předtím, než se objevila v guidelines. Paradoxně jsme tedy léčili pacienty kvalitněji, než nám říkala v té době platná doporučení z roku 2021.

Zajímavou součástí je oblast komorbidit u srdečního selhání. Jednou z nich je nedostatek železa a jeho doplňování – byly zveřejněny další studie, že tato léčba může u pacientů výrazně zvýšit kvalitu života a snížit hospitalizace. Všichni nemocní se srdečním selháním by tak měli mít provedený test na metabolismus železa a v případě jeho nedostatku být nitrožilně suplementováni, což může výrazně zvýšit kvalitu života. Také se nově objevila doporučení pro prevenci u nemocných s diabetem a onemocněním ledvin. Zde se vedle gliflozinů objevil nový selektivní nesteroidní antagonist mineralkortikoidních receptorů, který by mohl významně redukovat potřebu hospitalizace z důvodu rozvoje srdečního selhání.

Na vašem pracovišti se věnujete také péči o pacienty s pokročilým srdečním selháním – co jim může současná medicína nabídnout pro zlepšení kvality života?

Srdeční selhání by mělo být léčeno od prvočátku velmi intenzivně tak, abychom riziko progresu do pokročilé fáze co nejvíce omezili. Pokud je léčba od počátku vedena správně, tak můžeme významným způsobem ovlivnit trajektorii onemocnění. Pokud se i přesto pokročilé srdeční selhání objeví, je důležité vědět o nových léčebných možnostech, které máme. Ve farmakoterapii se objevily nové preparáty, které pomáhají pacientům snížit nutnost hospitalizace. U nefarmakologických postupů můžeme zmínit možnosti jako srdeční resynchronizační terapie nebo možnosti implantace dlouho-

dobých mechanických srdečních podpor či transplantace srdce. Tedy pokud je člověk mladší a je potenciálním kandidátem některé z těchto terapeutických možností, měl by být včas odeslán do center, která se léčbě pokročilého srdečního selhání věnují a která tyto možnosti dokážou realizovat.

S ohledem na pacienty, kteří na tyto možnosti z důvodu jejich stavu již nedosáhnou, je velkým úkolem rozvinout a optimalizovat síť pracovišť paliativní péče. Kdyby se nám podařilo snížit jejich hospitalizace na interních odděleních a poskytovat jim terapii v domácím prostředí, vedle úspor lůžkového fondu i prostředků bychom jim mohli umožnit trávit rekněme poslední fáze jejich života doma s přijatelnou kvalitou života. Těchto pacientů jsou bohužel desítky tisíc, srdeční selhání je nejčastější příčinou hospitalizací osob starších 65 let.

Jak si stojí Česko v oblasti transplantací srdce?

Česká republika si v tomto stojí velmi dobře. V počtu transplantací vzhledem k počtu obyvatel se pohybujeme na naprosté špičce v rámci Evropy. To je dáno jednak právními normami, ale také celkovou úrovní péče.

Trošku hůře jsme na tom v oblasti implantace mechanických srdečních podpor, kde možná přece jen trochu narážíme na nákladnost této léčby, ale možná ještě více na to, že povědomí o dostupnosti této možnosti není takové, jaké by mohlo být. Tady ještě určité rezervy máme.

Díky optimální farmakologické léčbě se nám však v posledních deseti letech daří snižovat počty pacientů, kteří se dostanou až do fáze, kdy by jejich stav vyžadoval transplantaci nebo implantaci mechanické podpory.

Co byste chtěl, jako nový předseda Asociace srdečního selhání ČKS, změnit nebo zavést, případně řešit?

Optimalizaci diagnostiky, aby byla co nejčasnější a nejpřesnější, dále zlepšit mezioborovou spolupráci kardiologie s dalšími obory. To znamená zintenzivnit edukaci směrem k primární péči, aby byly optimálně využívány terapeutické možnosti, které máme. Chtěli bychom také zapracovat na zkvalitnění sítě ambulantních kardiologů se zaměřením na problematiku srdečního selhání, aby byla dostupná a aby i sami lékaři v nemocnicích věděli, na koho se s pacienty s touto diagnózou po propuštění obrátit. A také aby byla léčba dlouhodobě vedena kolegy, kteří se v této problematice dobře orientují.

Petra B. Klomínková

Foto: archiv Jana Krejčího

Záškrt se vrátil v plné síle, zemřel dvaosmdesátiletý muž

Onemocnění záškrtem se v Česku objevilo v roce 2022 po 27 letech, kdy nebyla zaznamenána žádná taková infekce. Za celý rok 2022 a 2023 pak statistiky evidují celkem 12 případů. Od začátku roku 2024 do 6. března již záškrtem onemocnělo šest pacientů a nyní došlo i k prvnímu zaznamenanému úmrtí od roku 1969. Dvaosmdesátiletý muž zemřel v jihlavské nemocnici. S ohledem k tomu, že měl trvalý pobyt v Praze, případ převzala k epidemiologickému šetření i Hygienická stanice hlavního města Prahy.

„U pacienta z Prahy, který bojoval s infekcí v jihlavské nemocnici, se s největší pravděpodobností jednalo o krční (faryngeální) formu infekce způsobenou bakterií *Corynebacterium diphtheriae*. Pacient netrpěl žádným jiným závažným onemocněním, jednalo se o sportovce a aktivně žijícího seniora. Záškrt byl tedy pravděpodobně přímou příčinou úmrtí,“ uvedla zástupkyně vedoucího Oddělení epidemiologie infekčních nemocí Státního zdravotního ústavu MUDr. Kateřina Fabiánová, Ph.D.

V daném případě dobře zafungoval nastavený systém prevence a kontroly a případ standardně převzala příslušná Krajská hygienická stanice Kraje Vysočina v Jihlavě, která provedla i šetření kontaktů nakaženého ve zdravotnickém zařízení. Další šetření předala podle místa bydliště Hygienické stanici hlavního města Praha, která v rámci epidemiologického šetření vyhledala kontakty nemocného a provedla u nich protiepidemická opatření, včetně vyšetření, u úzkých kontaktů pak také zajistila podání antibiotické profylaxe.

Poslední případ záškrtu před rokem 2022 byl v Česku zaznamenán v roce 1995. „Vývoj znovu ukazuje na důležitost přeočkování proti záškrtu v dospělosti.



Snímek bakterií *Corynebacterium* ukazující jejich charakteristickou morfoloii, tyčinkovité bakterie s širšími konci a kyjovitým vzhledem Zdroj: 123rf.com

S ohledem k rychle rostoucím počtům případů černého kašle a zároveň stále aktuální možnost nákazy záškrtem je ideální nechat se přeočkovat v dospělosti trojkombinací, a to proti tetanu, černému kašli a záškrtu. První příležitost se pro dospělé pojí s pravidelným přeočkováním proti tetanu v 25 letech života. Ačkoli tuto trojkombinaci zdravotní pojištění dosud nehradí, jako lékařka mohu přeočkování jedinečně doporučit,“ uvedla ředitelka Státního zdravotního ústavu MUDr. Barbora Macková, MHA. Doplnila, že přeočkování proti záškrtu není v Česku zatím ani doporučeno, přestože byl návrh na přeočkování české dospělé populace podán cestou Expertní pracovní skupiny Národní imunizační komise (NIKO) už na jaře roku 2022. V návrhu se doporučuje přeočkování proti záškrtu minimálně ve věku 25 let a 40 let, případně jako součást pravidelného přeočkování proti tetanu.

„Výsledky mezinárodní séroprevaleční studie v 18 evropských zemích

u osob ve věku 40–49 a 50–59 let ukázaly významný nedostatek protilátek proti záškrtu v dospělé populaci. Ve většině hodnocených zemí jde o následek poklesu postvakcinační imunity, což prokázaly i poslední sérologické přehledy v ČR,“ upozorňuje na důležitost přeočkování v dospělosti také epidemioložka Kateřina Fabiánová.

V Česku se děti očkují proti záškrtu povinně a poslední dávku vakcíny dostanou mezi 10. a 11. rokem života podobně jako proti už zmíněnému černému kašli. Světová zdravotnická organizace a také Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí doporučují přeočkování proti záškrtu v dospělosti každých 10 let.

Infekce záškrtem je léčitelná v Česku běžně dostupnými antibiotiky, podmínkou je ale včasná diagnostika. Nejčastěji se projevuje jako těžká angína s šedavými pablánami (napadenými částmi sliznice krku), které pak vedou k zúžení dýchacích cest a k dušení pacienta.

Zdroj: SZÚ



Ilustrační foto: 123rf.com

Obezita dítěte je problémem celé rodiny, tvrdí odborníci

Limonáda v lednici, bonbóny v misce na stole a namísto víkendového výletu sledování televize. Tyto zvyky odborníci velmi často nalézají v rodině, ve které žije dítě s obezitou. Počet těchto dětí přitom v Česku v posledních letech raketově stoupá. Špatně nastavené stravovací a pohybové návyky společně se snadno dostupným nekvalitním jídlem jsou zároveň největší překážkou ve zvládnutí kil navíc. Jak ale experti připomínají, tento proces nelze nechávat pouze na dětech, změnou musí projít celá rodina. Pomoci mohou rodinné kurzy, které jak dětem, tak rodičům pomáhají nastavit zdravý životní styl.

„Terapie obezity u dětí se neobejde bez spolupráce rodičů. Největším kamenem úrazu je to, že rodiče dětí s obezitou jsou většinou také „nadměrní“, takže to nevidí jako problém. Rodič je pro potomka vzorem, a když nedělá nic sám se sebou, tak to nedělá ani dítě. Proto je vždy potřeba pracovat i s rodiči a příbuznými, kteří s dětmi žijí,“ říká PhDr. Iva Málková, psycholožka a zakladatelka organizace STOB, jejímiž kurzy zdravého hubnutí prošly za více než 30 let existence desítky tisíc lidí.

Děti s obezitou jsou přitom podle dostupných dat hůře přijímány v kolektivech a stávají se také častěji obětmi šikany. „Často se setkáváme s tím, že rodiče sice ví, co je správné – tedy ve zkratce lépe jíst a více se hýbat – ale bojují s převedením těchto pravidel do praxe. Snažíme se jim

pomoci s přenastavením fungování jejich domácnosti do zdravější podoby,“ vysvětluje PhDr. Málková. Hlavní příčinou nárůstu obezity u dětí je podle ní zejména výrazně snížená celková pohybová aktivita a také široká dostupnost potravin a nápojů s vysokým obsahem kalorií. Pomoc s přebytečnými kily svých dětí mohou rodiče najít ve specializovaných kurzech spolku Hravě žij zdravě a STOB. Ty dětem i rodičům poslouží jako začátek cesty ke zdravějšímu životnímu stylu. „Dětem se věnujeme po stránce výživy, pohybu a psychiky. Učíme je například, jak si nastavit správný jídelní a pohybový režim, které potraviny jsou vhodné a které je potřeba omezit, přičemž žádné potraviny nezakazujeme. Také je motivujeme k pohybu a společně k němu hledáme cestu. V oblasti psychiky se například snažíme rozluš-

tit podněty, které vedou děti k přejídání či k nadměrné konzumaci sladkostí, a učíme je, jak jim nepodlehout,“ popisuje Mgr. Lenka Štěchová, pedagožka a lektorka společnosti STOB. Jak dále uvádí, řada dětí podléhá svým zažitým zlovykům – děti například jedí nepravidelně a na jídlo se nesoustředí. Sledují u něj televizi nebo mobil. Případně „zajídají nudu“ jídlem, které je v domácnosti neustále dostupné a na očích.

„V rámci kurzu je část lekce věnována rodičům, aby dostali stejné informace jako jejich děti, pomohli jim poznatky uvádět do praxe a ideálně se podle nich začali řídit také,“ říká Lenka Štěchová.

Děti s nadváhou nebo obezitou v Česku podle odborníků přibývá raketovým tempem. Podle posledních dat z roku 2021 ze studie praktických lékařů pro děti a dorost žije v Česku přes 16 procent dětí s obezitou, nadváhou pak trpí bezmála 10 procent dětí. V roce 2016 se přitom obezita týkala 10 procent dětí. „Přestože nemáme aktuálnější data, nemyslím si, že by nárůst obezity u dětí v posledních dvou letech zpomalil, spíše naopak. To je velký problém, protože neplatí, že by děti v pubertě z tloušťky ‚vyrostly‘. Kdo je obézní v dětství, většinou zůstává i v dospělosti,“ říká MUDr. Jan Boženský, předseda Sekce pediatrické obezitologie České obezitologické společnosti ČLS JEP. Obezita již v útlém věku s sebou nese i řadu zdravotních rizik do budoucna. „S obezitou u dětí se bohužel setkáváme již v batolecím věku. Pacientům se tak již od dětství zvyšuje riziko vzniku nemocí, jako je diabetes 2. typu, vysoký krevní tlak, nádorová onemocnění nebo nemoci pohybového aparátu. Obezita může přivodit také hormonální poruchy nebo psychické potíže,“ říká MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR.

(red)



Česko si v boji s HPV vede dobře. Má dostupné očkování i preventivní prohlídky

V Evropě zemře každý rok na rakovinu děložního čípku 25 000 žen. Jedná se přitom o diagnózu, před níž se lze účinně chránit vakcínou. Za posledních pět let uhradila VZP očkování 170 tisícům mladistvých, kteří na ně mají nárok z veřejného zdravotního pojištění, dalším přispěla na očkování z fondu prevence. Lidský papillomavirus (HPV) závažná onemocnění způsobuje nejen ženám, ale také mužům.

„Česko si z hlediska dostupnosti prevence HPV vede velmi dobře. Při porovnání 46 evropských zemí jsme vloni skončili na 16. místě. Rozhodně se řadíme k západu Evropy a jsme na tom dokonce lépe než země jako Španělsko, Itálie či Rakousko. Důvodem je zejména očkování hrazené z veřejných prostředků pro dívky i chlapce v dané věkové kategorii, ale také sekundární prevence, což je v tomto případě plošný screening karcinomu děložního hrdla. Ten v Česku funguje již desátým rokem,“ komentuje Jan Bodnár, náměstek ředitele VZP pro zdravotní péči, výsledky EPF srovnání dostupnosti prevence infekce lidským papilomavirem.

I přes dobře dostupnou prevenci je dle údajů Národního zdravotnického informačního portálu v Česku každoročně nově diagnostikováno přibližně 800 případů rakoviny děložního čípku a více než 300 žen na tento zhoubný nádor zemře. Karcinom děložního hrdla postihuje převážně ženy v produktivním věku, téměř 60 % pacientek je ve věku 20–59 let.

Infekci HPV lze odhalit včas v rámci cytologického vyšetření karcinomu děložního hrdla během pravidelné gynekologické prohlídky. Tu by měly ženy absolvovat jednou za rok. Kromě toho je u žen ve věku 35 let, 45



Ilustrační foto: 123rf.com

let a 55 let v rámci gynekologické preventivní prohlídky hrazen i podrobnější HPV test, který i přes negativní výsledek screeningu dokáže včas odhalit změny, které zvyšují pravděpodobnost vzniku nádoru.

Až devět procent provedených HPV testů zachytilo infekci

HPV test vloni VZP uhradila 40 tisícům svých klientek v daných věkových kategoriích, infekce HPV byla díky testu včas diagnostikována u 3 500 z nich. Kombinace pravidelného ročního preventivního stěru děložního čípku (cytologie) a stěru na HPV viry dodávají až 95% jistotu, že děložní čípek je zdravý. Pozitivní test na HPV však ještě neznamená, že má pacientka automaticky rakovinu, vše záleží na dalším vyšetření. To se převážně provádí již na specializovaném pracovišti, v centru onkologické prevence, tzv. COP. Zde lékař rozliší, jaké změny na děložním čípku viry způsobily. Lehké změny obvykle po určité době samy odezní, pacientka ovšem musí po určitou dobu docházet častěji na pravidelné kontroly střídavě u ambulantního gynekologa a v COP. Pokud jsou ale změny na děložním čípku závažnější, provádí se v rámci léčby například tzv. konizace, malý gynekologický zákrok, kdy se odstraní jen zasažená část děložního hrdla.

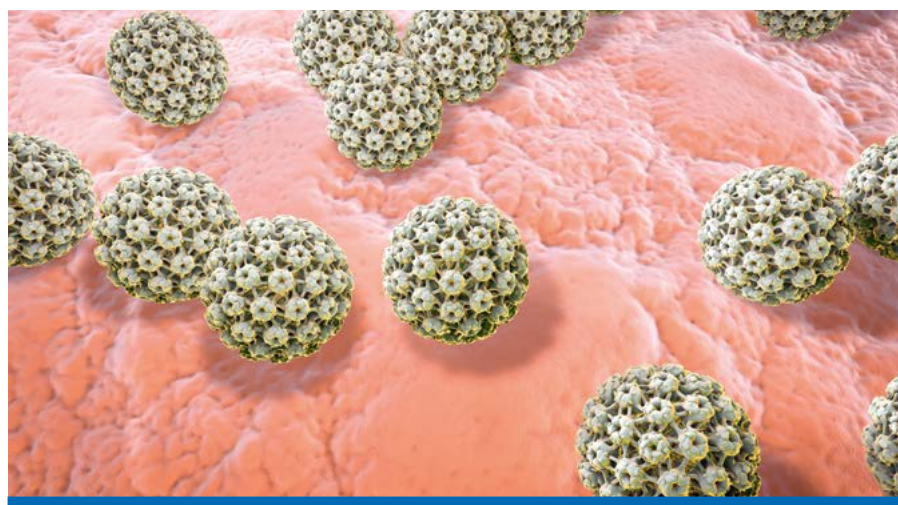
Očkování, které ochrání (nejen) před rakovinou

Očkování, které ochrání (nejen) před rakovinou

HPV viry způsobují nejen rakovinu děložního hrdla, ale například také genitální bradavice a řadu dalších chorob. Očkovat by se proto proti HPV měli dívky i chlapci ještě před zahájením sexuálního života, tedy před možným prvním setkáním s virem. V tomto období je účinek očkování nejvyšší.

V Česku je dnes z veřejného zdravotního pojištění plně hrazeno od 11 let do 15 let.

(red)



Lidské papillomaviry na povrchu kůže nebo sliznice, virus způsobující bradavice lokalizované především na ruce a nohou. Některé kmeny infikují genitálie a mohou způsobit rakovinu děložního čípku. Zdroj: 123rf.com

TÉMA MĚSÍCE: Mýty o šedém zákalu

Šedý zákal neboli katarakta je stav, při kterém dochází ke snížení průhlednosti lidské čočky, a to nejčastěji v důsledku stárnutí. Většinou se objevuje ve věku 65 až 75 let a příznakem je zamlžené, zhoršené a zkrácené vidění. Lze jej vyřešit rychlou a bezbolestnou operací, ale problém je, že mezi lidmi kolují o šedém zákalu různé mýty a omyly. Některé z těchto mýtů vyvrací primář MUDr. Radan Zugar.

Mýtus 1: Šedý zákal musí uzrát

U některých lidí stále přetrvává názor, že se šedý zákal musí nechat tzv. „uzrát“. Toto ale platilo před mnoha lety, kdy se používala jiná operační metoda a čočka musela být tvrdá. To už ale dnes neplatí. Čím více je šedý zákal tzv. uzrálý (starší), tím bývá oční čočka více postižená, je tvrdší a hůř se odstraňuje. Operace je pak náročnější, může přinášet více rizik a také následná rehabilitace je delší.

Mýtus 2: Šedý zákal lze léčit i jinak

Někteří lidé jsou přesvědčeni, že si šedý zákal mohou vyléčit i jinak. Bohužel tomu tak není. Šedý zákal nelze vyléčit vitaminy, žádnými léky ani nepomohou silnější brýle. Léčbu kapkami často pacienti zaměňují s jiným očním onemocněním – zeleným zákalem, kde se k léčbě používají kapky na snížení nitroočního tlaku. Při šedém zákalu dochází k zakalení lidské čočky a léčba je možná pouze operací, při které se zkalená lidská čočka vymění za umělou nitrooční čočku.

Mýtus 3: Šedý zákal se po čase udělá znovu

Občas od pacientů slyšíme, že se jim šedý zákal udělal znovu. To ale není možné, umělá čočka se znovu zakalí nemůže. U pacientů ale může dojít k rozvoji tzv. druhotného šedého zákalu. V průběhu operace se umělá nitrooční čočka vkládá do pouzdra původní čočky. Toto pouzdro je čiré a velmi tenké. V některých případech se toto pouzdro ztlušťuje, a vzniká tak druhotný šedý zákal. Ten není komplikací původní operace šedého zákalu a jeho vznik nelze nijak ovlivnit. V tomto případě pacient již znovu nepodstupuje



Odborný poradce:

MUDr. Radan Zugar

Primář Očního centra Praha

Věnuje se především kataraktové chirurgii a celkem má na kontě více než 20 000 operací šedého zákalu. Ročně jich v Očním centru Praha provede přes 2000 a dále se zde věnuje i léčbě sítnice, aplikuje anti-VEGF preparáty a vede glaukomovou poradnu.

operaci, ale pouze ambulantní laserový zákrok (YAG laserovou kapsulotomií).

Mýtus 4: Umělou čočku bude potřeba po čase znovu vyměnit

Nitrooční čočka zůstává v oku na celý život, již se nevyměňuje. Životnost umělých nitroočních čoček je skutečně dlouhá, dá se říci, že nás bez problémů „přežijí“.

Mýtus 5: Operace šedého zákalu bolí

Spousta pacientů se operace šedého zákalu obává právě kvůli bolesti. Nicméně operace šedého zákalu je zcela bezbolestná a provádí se v lokální anestezii, kdy je oko znecitlivěno pomocí kapek. Díky moderním technologiím je současná operace šedého zákalu mnohem šetrnější, méně invazivní a obnova vidění je velmi rychlá – pacient již druhý den na oko vidí. Celá řada pacientů nám po operaci dokonce říká, že se báli zcela zbytečně.

Mýtus 6: Operace šedého zákalu je drahá

U některých lidí stále přetrvává názor, že si senioři operaci šedého zákalu nemohou dovolit. Toto je omyl, operace šedého zákalu je plně hrazena ze zdravotního pojištění. V rámci pojištění je pacientům hrazena tzv. monofokál-

ní nitrooční čočka. Pacient si ale může připlatit za prémiové či nadstandardní nitrooční čočky, které mu mohou poskytnout lepší kontrastní citlivost, zbavit ho astigmatismu, či ho dokonce zcela zbavit závislosti na brýlích.

Mýtus 7: Dokud aspoň trochu vidím, nemusím se nechávat operovat

Pokud by pacient operaci nepodstoupil, tak by postupně oslepl. Už i počínající šedý zákal může značně ovlivňovat kontrast a vidění, natož pak pokročilé onemocnění. Zhoršené a zamlžené vidění má především u seniorů vliv i na duševní zdraví a fyzickou zdatnost. Nemá tedy žádný smysl operaci odkládat. Po operaci jsou pacienti nadšeni z nového jasného a barevného vidění, vedou mnohem aktivnější život a vrací se i ke svým zálibám a koníčkům.

Mýtus 8: Šedý zákal mají pouze staří lidé

Mezi nejčastější příčinou vzniku šedého zákalu patří stárnutí oční čočky, ale šedý zákal může vzniknout i v mladším věku např. následkem úrazu, nemoci, jiných očních onemocnění, užíváním některých léků, geneticky, ale i nesprávným životním stylem. Zároveň se šedý zákal vyskytuje i u dětí, zde ale bývá vro-

Petra B. Klomínková

Foto: archiv Vladimíra Koblížka

A full-body portrait of Vladimír Koblížek, a middle-aged man with short grey hair and glasses, wearing a dark blue suit, a white shirt, and a blue patterned tie. He is standing in a gallery or museum, with framed historical photographs on the wall behind him. A blue text box is overlaid on the lower right of the image.

„Zdrojem znečištění ovzduší mohou
být třeba velké lesní požáry.“

Vladimír Koblížek

Znečištěné ovzduší ovlivňuje naše fyzické i psychické zdraví. Přestože v tomto směru došlo za posledních třicet let k velkému zlepšení, je i u nás celá řada území, kde je ovzduší vysoce znečištěné. Typicky jde o velká města a jejich okolí. Lidé žijící v těchto lokalitách jsou vystaveni většímu riziku onemocnění plic, ale i dalším zdravotním potížím. „Pokud těhotná žena bydlí ve znečištěném prostředí, může hendikepovat svoje nenarozené dítě, ať už z hlediska rozvoje ADHD nebo například nižšího intelektu,“ popisuje doc. MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D., z Plicní kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Pneumologové dlouhodobě upozorňují na vliv životního prostředí na plicní zdraví. Jak se životní prostředí změnilo v posledních třiceti letech?

V posledních letech se v celé Evropě určitě změnilo k lepšímu. Ruku v ruce s tím došlo i ke snížení počtu maligních, cévních a plicních nemocí. Víme, že životní prostředí v Evropě má přímou vazbu na lidské zdraví. V Česku dokonce došlo k dramatickému zlepšení – zejména proto, že se podařilo odsířit elektrárny a došlo také k redukci průmyslového znečištění. Postupně ale narůstá automobilová doprava a nijak se nezvyšuje doprava po železnici, která je pro životní prostředí zdravější. Po 90. letech a přelomu milénia se zlepšování zpomalilo. Od roku 2021 máme nová, přísnější kritéria znečištění ovzduší od WHO, zejména v limitech množství polévatého prachu. Podle těchto přísnějších kritérií víme, že se kvalita ovzduší nad 95 procenty rozlohy evropského kontinentu pořád ještě pohybuje ve škodlivých číslech. Česko je na tom společně s Polskem, oblastí severní Itálie a oblastí Balkánu nejhůře. Pokud se podíváme na mapu znečištění z roku 2023, tak oblast jižního Polska, severní Moravy a pak i metropolitní oblasti jako Brno, Praha nejsou zrovna čisté. Týká se to všech komponentů znečištění. Co člověk vdechuje, je samozřejmě důležité z hlediska chorob jak respiračních, tak kardiovaskulárních nebo nádorových, případně také duševních chorob ve smyslu demencí nebo sníženého intelektu u dětí. Pokud je člověk vystavený nadlimitnímu množství znečištění, které vdechuje, ohrožuje to jeho zdraví. Normy znečištění životního prostředí se zpřísnějí pro celý svět. Rozhoduje o tom WHO, nikoliv Brusel, jak by mohl někdo snad podotýkat.

Které oblasti v Česku jsou z pohledu kvality životního prostředí nejhorší a které jsou naopak nejlepší?

Přesné údaje by nejspíše poskytli odborníci z Českého hydrometeorologického ústavu. Já jako pneumolog můžu říct, že existuje přímá vazba mezi znečištěním a poškozením plic. V tomhle ohledu se můžeme dívat do map znečištění, kde vidíme, že největší znečištění je samozřejmě v oblasti metropolí, tedy v Praze, Brně nebo dalších.

Dále se to týká severních oblastí země, kde je vedle průmyslové výroby také naprosto kardinální vliv znečištění z Polska. To souvisí s jejich průmyslem a doly. Logicky tak v Česku není všude stejně čistý vzduch; jsou místa, např. lesnaté oblasti jako Vysočina, Šumava nebo Krkonoše, kde je situace lepší. Vše závisí také na vzdušném proudění, které je samozřejmě proměnlivé. Běrou se nicméně v potaz průměrné roční hodnoty, kde se vliv proudění trochu vyrovnává.

Kvalita ovzduší nad 95 procenty rozlohy Evropy se neustále pohybuje ve škodlivých číslech

Co je hlavní příčinou znečištění vzduchu?

Mimo to, co jsem již uváděl, mohou být samozřejmě velkým zdrojem znečištění třeba velké lesní požáry. Ty se však v Česku tolik nevyskytují, stejně jako například sopečná činnost – další přirozený zdroj znečištění. Zvláště tady ve střední Evropě má znečištění na svědomí doprava, průmysl a spalování fosilních paliv jak v dopravě, tak v elektrárnách. Uhelné elektrárny ve střední a východní Evropě stále chrlí do vzduchu obrovské množství znečišťujících látek. Nám jsou nejbližší ty polské, které jednoznačně poznamenávají naše zdraví.

Proč je polévatý prach zásadním problémem pro plicní zdraví?

Polévatý prach jsou malé částice, které mají řadu zdrojů jak přírodních, tak v mnohem větší míře těch, které vytvoří člověk. Tyto částičky, menší než 2,5 mikrometru, se mohou dostat do průdušek a průdušinek, což jsou drobné trubičky vedoucí k plicním sklípkům. Pokud jsou částičky ještě menší, pod jeden mikro-

metr a méně, mohou proniknout přímo do krve. Tam poškozují endotel, který vystýlá cévy zevnitř. Týká se to zejména drobných kapilárních cév, které vyživují srdce nebo mozek. Tento stav může být spojen s nedostatečným zásobením krví, a tím i s infarkty nebo mrtvicemi. Pokud jsou v určitém místě zvýšené exhalace, pak jsou vždy hlášené větší výskyty infarktů nebo mrtvic. Nejenže tedy člověk může mít ze znečištěného vzduchu astma, bronchitidu nebo záchvaty kašle, ale i mrtvici nebo infarkt. Což je všechno spojeno s tím, že se prach dostane tam, kde škodí, tedy i do plicních sklípků nebo do krve. Může poškozovat i mozek, máme pro to vědecké důkazy. Ukazuje se, že u lidí, kteří dlouhodobě žili ve znečištěném prostředí, mohou neurodegenerativní procesy zčásti souviset i s polévatým prachem.

Lidem, kteří dlouhodobě vdechují prach z dopravy, ve velké míře hrozí poškození plic. Na našich silnicích se stále vyskytuje obrovské množství aut, zejména těch nákladních, s dieselovými motory. Řada z nich tam přitom nemá co dělat, protože nespĺňují emisní normy.

Vdechování polévatého prachu a dalších karcinogenních látek jednoznačně způsobuje poškození plic, ale i cév, srdce a mozku. V Česku se pořád na znečištění ovzduší myslí málo. Pořád se chováme jako postkomunistická země v tom, že máme velkou toleranci ke kouření a znečišťování. Pořád u nás myšlenkově vítězí lidé s přístupem, že můžeme pálit co chceme, hlavně ať máme teplotku. Vůbec tady nejde o nějakou zelenou ideologii, ale spíše o vlastní přemýšlení a zájem o to, co dýcháme a co to může způsobovat. Tady se můžeme inspirovat třeba Dány nebo Fíny a uvidíme, že to je dosažitelné.

Když mluvíte o Dánsku a Finsku, jak jsou aktuální doporučení WHO týkající se kvality ovzduší?

Nová doporučení zohledňují zejména hodnoty polévatých prachových částic, které mají velikost méně než 2,5 mikrometru. Průměrná roční koncentrace drobného polévatého prachu by podle nich měla činit méně než 5 mikrogramů na m³, a 24hodinový průměr by měl být nejvýše 15 mikrogramů na m³, a to nejdéle na 3–4 dny v roce. Podle těchto norem žije více než 95 procent evropské populace v nevyhovujícím ovzduší.

Norma WHO je určitě dosažitelná na velké části území, pokud bychom výraz-



ně eliminovali největší znečišťovatele, jako například tranzitní doprava, která by se dala přesunout na železnici. To samé platí o autech stále projíždějících skrz města, protože neexistují obchvaty.

Normy WHO jsou nyní stanoveny tak, aby se eliminovala zdravotní rizika a určily hodnoty, u kterých rizika téměř nehrozí. Tím pádem nejsme v situaci, kdy by se u nás normy nesplnily třeba o 5–10 procent, v Česku jsme nad normou dvojnásobně, trojnásobně, nebo i čtyřnásobně. Takže v tomto ohledu je důležité, abychom se normám začali přibližovat. Aby to byla věc rozmyslu a priorita, což zatím není.

Pokud těhotná žena žije v nezdravém životním prostředí, jaký vliv to má na ni a na zdraví jejího dítěte?

Pokud žena v těhotenství bydlí ve znečištěném prostředí, může hendikepovat svoje nenarozené dítě, ať už z hlediska rozvoje ADHD nebo například nižšího intelektu. Na to máme jednoznačná data a práce, kterých je již poměrně dost. Zkoumaly populace těhotných žen, které se opravdu dlouhodobě pohybovaly ve znečištěném ovzduší ve srovná-

ní s těmi, které se tam nepohybovaly. Následně se porovnával výskyt ať už zmiňovaného ADHD, nebo sníženého intelektu. Rozdíly tam byly jednoznačné. Mechanismů vzniku těchto poruch je ale celá řada. V podstatě jde opět o částice, které maminka vdechne. Pokud jsou dostatečně malé, mohou se dostat placentou i do krve nenarozeného plodu, případně ovlivňovat okysličování krve matky a tak dále. Ale když novorozenec později vyrůstá v čistém prostředí, tak některé studie ukazují, že má jistou schopnost tyto změny reparovat. Přesto je to ale stále hendikep, a proto je vhodné, aby těhotné maminky dýchaly čistý vzduch.

Pokud jsou někde zvýšené exhalace, pak jsou v daném místě vždy hlášené větší výskyty infarktů nebo mrtvic

Může člověk tím, že se přestěhuje do čistšího prostředí, něco změnit? Do kolika let věku má změna prostředí smysl?

Plíce dítěte jsou křehčí než dospělého, takže velmi záleží na tom, v jakém prostředí se dítě pohybuje. Ať ještě před narozením, tak později v prvních letech života, kdy dozrávají plíce. Dobrá zpráva ale je, že děti, které se v útlém věku pohybovaly ve znečištěném prostředí nebo jejichž rodiče kouřili, jsou schopné takový vývoj „dohnat“. Studie naznačují, že existuje určitá schopnost reparace. Proč ale dětem škodit, když to není potřeba? Řešením ale není, aby se všichni přestěhovali na Šumavu, to by tam toho čistého vzduchu moc nezbylo. Spíše by se lidé měli zajímat o to, co dýchají.

Jak se za posledních 30 let posunula diagnostika onemocnění plic, jaké byly možnosti před třiceti lety a jaké jsou nyní?

Před 30 lety představoval základní plicní vyšetření rentgen hrudníku, případně někdy CT vyšetření. Rentgen je málo citlivá metoda, dnes už se do pozice základního vyšetření posunulo právě CT. Tyto přístroje dnes již umí vytvářet různé obrazové rekonstrukce, kontrolovat cévy, hustotu plicní tkáně a celou řadu dalších možností. Navíc je to tzv.

nízkodávkové CT, které dokáže s mnohem nižší radiační zátěží pro pacienta zkontrolovat jeho stav. Další kategorií vyšetření jsou bronchoskopické metody. Tady se pomocí speciálních přístrojů můžeme dívat dovnitř průdušek a periferních částí plic. Umožňují nám zkoumat i drobné plicní nálezy a odebrat z nich vzorek. Máme také k dispozici různé metody testování virových a bakteriálních infekcí, ať už PCR testy nebo testy na tuberkulózu. To, co můžeme zjistit teď, jsme před 30 lety absolutně nevěděli.

I díky tomu dnes může v Česku fungovat program časného záchytu karcinomu plic, který umožňuje u kuřáků nad 55 let zjišťovat případné nádorové změny už v rané fázi onemocnění. Kompletní analýza dat se provádí ročně, poslední analýzu tudíž máme z března minulého roku. Vyplývá z ní, že tři pacienti ze sta screenovaných mají pozitivní nález, který vyžaduje řešení. Za velmi slušný pokládám i nábor lidí. Do března 2023 se přihlásilo více než 10 000 pacientů i přes to, že v prvním roce byl program přibrzděný covidem. Program navíc přinesl i záchyt dalších vážných plicních nemocí, jako je chronická obstrukční plicní nemoc nebo plicní fibróza.

Jaký vliv na zdraví plic má kouření cigaret či jejich alternativ?

Že jsou cigarety škodlivé, už není třeba vysvětlovat, to už koneckonců pochopily i samotné tabákové firmy. Dnes už

doc. MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.

- Je přední český pneumolog a předseda České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP.
- Po dokončení studia na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové nastoupil v roce 1994 do Nemocnice Opočno.
- Od roku 1998 působí na Plicní klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové, kde je od roku 2018 na pozici přednosta.
- V roce 2010 se stal členem výboru České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP, kde pracoval od roku 2019 jako vědecký sekretář. Na podzim roku 2023 se stal předsedou této společnosti.

vlastně kouří jenom lidé, kteří si nemožnou pomocí a jsou těžce závislí na nikotinu. Nové nebezpečí jsou dnes spíše elektronické cigarety, zahřívání tabák nebo nikotinové sáčky. To jsou všechno věci, které člověku dodávají nikotin, což je hlavní důvod, proč lidé dosud kouřili. Nikotin je droga a lidé jsou na ní jednoduše závislí, tedy žádný zlozvyk, ale opravdová závislost. Nikotin se nyní dodává do těla v moderních formách, které méně kouří, a lidé nevedou tak strašně množství karcinogenních látek. Už nyní se ale ukazuje, že i tyto moderní náhražky jako e-cigarety nebo zahřívání tabák mohou mít velmi vážné zdravotní konsekvence pro plíce. Nikotinové sáčky jsou naprostá příšernost zejména pro děti, protože si takto vytváříme soubor potenciálních narkomanů. Děti ze sáčků později přechází na e-cigarety a v do-

spělosti potenciálně i na běžné cigarety. Například ve Velké Británii už e-cigarety s příchutěmi zakázali, aby znovu plnily jejich původně zamýšlenou funkci, tedy pomáhat lidem s odvykáním kouření. Protože tu skutečně mají, ale nesmí je používat lidé mladiství, těhotné ženy a podobně.

Regulace kouření se v některých zemích stále zpřísňuje. Je reálné, že by se toto v blízké budoucnosti dělo v Česku? Jak se daří pneumologům přesvědčovat státní autority, že ještě přísnější regulace kouření má smysl?

Moc se nám to nedaří, řekl bych že tabáková lobby, která tyto produkty vyrábí, je silnější než my. Můžeme jenom vysvětlovat. Určitě se také opět stane, že jakmile tento rozhovor vyjde, dostanu nějaké e-maily, že jsem zase mlel nějaké nesmysly a podobně. Češi ale nejsou úplně hloupí, jenom občas chvíli trvá, než nám věci dojdou. My jako lékaři budeme mít pacientů stále spoustu, ale kdyby jich ubylo, tak bychom se nezlobili. Za každou nemocí jsou totiž životní osudy lidí. Je jenom důležité, aby si to uvědomily i státní orgány.

Jak se v boji s nadměrně znečištěným ovzduším angažuje Česká pneumologická a ftizeologická společnost?

Snažíme se informovat veřejnost skrz média a různé akce pro veřejnost. Také se snažíme to vysvětlovat už studentům na lékařských fakultách a dělat osvětu tam, kde je prostor. Snažíme se také komunikovat s ministerstvem zdravotnictví, které snad problém chápe. Bohužel ministerstvo zdravotnictví není celý stát a některé věci jdou hůře prosadit. Věřím ale, že mladší generace a třeba i politické strany by se podobných témat mohly chopit a ovlivnit to, co se u nás děje.



Stav digitalizace našeho zdravotnictví a mrtvá Dasta

„Dasta je mrtvá,“ konstatoval v drobné nadsázce ministr zdravotnictví Válek v pondělí 12. března 2024 na konferenci Elektronizace zdravotnictví a telemedicína 2024 v Brně a jeho oznámení předznamenalo, že ministerstvo udělalo další podstatný krok k digitalizaci českého zdravotnictví. O konferenci v Brně lze telegraficky říci také to, že byla nabitá lidmi i tématy. Řešilo se vše, od sémantických požadavků na nově vznikající standardizované dokumenty po definici bezpečnosti nově vznikajících, resp. stávajících výměnných sítí.

I když je jasné, že smrt formátu Dasta nebude tak náhlá, jak ministr Válek svým prohlášením naznačil, pro sdílení zdravotnických údajů i v rámci EU je tento krok k novému datovému formátu, kterým bude HL7 FHIR, nezbytný. Je sice jasné, že pro některé specifické části dokumentace evropským standardem je jen posunutím problému, který bude stejně nezbytné dříve či později řešit.

Osoby a obsazení

Bývalý náměstek IT Fakultní nemocnice Ostrava, Bc. Petr Foltýn, který je nyní ředitelem Národního centra elektronického zdravotnictví, naštěstí nezačíná od nuly, ale navazuje na práci svých předchůdců, Ing. Martina Zemana a Mgr. Milana Blahy, za jejichž působení vznikala jak administrativní struktura, tak řada konceptů a vlastní návrhy standardů, na nich pokračuje v práci Ing. Hynek Kružík a několik dalších kolegů. Bc. Foltýn se může opřít i o zkušenosti a autoritu prof. Duška (ředitel ÚZIS) a vnést do projektu důležitou otevřenost a manažerské schopnosti, které jsou pro úspěch projektu spojujícího tak velkou skupinu různých zájmových skupin nepostradatelné.

Máme tedy hlavní osoby a obsazení a můžeme se podívat na důležité body scénáře.

Pokud se nestane něco neočekávaného, podařilo se ministerstvu na druhý pokus a ve velmi krátkém čase vybrat ve dvou soutěžích dodavatele pro přípravu návrhu a realizaci tohoto projektu. Všechny zúčastněné společnosti musely prokázat ve svých kvalifikacích několik desítek odborníků, kteří se budou na přípravě návrhu interoperability a následně realizaci služeb elektronického zdravotnictví podílet.

Rýsuje se i program, na přestávku mezi dějstvími však není čas

Další kroky, důležité pro zavedení služeb elektronického zdravotnictví, bude ministerstvo publikovat na počátku dubna. Bude v nich informovat nejen o postupu vlastní standardizace vybraných dokumentů zdravotnické dokumentace, ale i následném postupu při návrhu a realizaci vlastních služeb elektronického zdravotnictví v rámci centrální národní afinitní domény.

Slabší stránkou zavedení elektronizace zdravotnictví byla legislativa i některé státní služby (vybudování některých registrů), které ještě stále chybí. Ministerstvo se proto bude snažit zrychlit přípravu legislativy, ta by měla být připravena počátkem roku 2025.

Důležitým milníkem bude samozřejmě již zmíněná připravenost struktury standardů, potřebných číselníků a sémantických slovníků, které umožní standardizované dokumenty „složit“. Standardy, které se opírají o evropské vzory, by měly být hotové koncem roku 2024.

Mezi vybrané standardizované dokumenty by měly patřit Propouštěcí zpráva, Laboratorní výsledky, Zprávy ze zobrazovacího komplementu; EC – emergentní karta a Výjezdový protokol ZZS. Podstatnou roli bude také hrát nová strukturovaná eŽádanka. Všechny tyto dokumenty by měl zastřešit tzv. Sdílený záznam pacienta (obdoba Pacientského souhrnu).

Ministerstvo tyto dokumenty předkládá k oponentuře odborným lékařským společnostem i spolkům zabývajícím se standardy HL7 FHIR nebo IHE, jedná i s asociacemi zastupujícími pacienty.

I přes některé výjimky, které bude muset ministerstvo pravděpodobně udělit, by měla být standardizace v nemocnicích

zavedena do konce roku 2026. Aby však bylo možné tyto nové dokumenty vytvářet a sdílet, musí vzniknout důmyslné, stabilní a dobře zabezpečené prostředí tzv. afinitních domén.

Co si vlastně můžeme pod službami elektronického zdravotnictví představit?

Možná je vhodné začít vysvětlením, co je EHDS (the European Health Data Space) a co toto nařízení EU, jakmile bude pravděpodobně na konci tohoto roku schválené, pro nás bude znamenat. Nařízení bude s určitým časovým posunem, zatím předpokládáme rok 2026, závazné také pro Českou republiku. Ve velmi zjednodušené formě lze nařízení shrnout do tří bodů. Půjde o povinné 1) sdílení vybrané elektronicky vedené zdravotní dokumentace mezi poskytovateli péče, 2) zajištění přístupu pacientů ke zdravotnické dokumentaci a 3) využití sekundárních anonymizovaných dat pro léčebné účely. Nařízení se bude týkat všech poskytovatelů zdravotní péče již jenom z toho důvodu, že vytvoření a sdílení komplexního patientského sdíleného záznamu by nebylo bez spolupráce všech poskytovatelů péče možné. Zavedení bude postupné a naváže na již provozovaný systém NCPeH CZ (tzv. Národní kontaktní bod), který slouží pro výměnu dokumentů se zahraničními zdravotnickými subjekty, a je zatím využíván nemocnicemi na dobrovolné bázi. Díky standardizované formě sdíleného dokumentu dokonce dochází k překladu mezi různými jazyky. Zvláště při vážnějších onemocněních nebo zraněních našich občanů v zahraničí nebo zahraničních návštěvníků u nás je tato služba velmi cenná. Vybrané dokumenty standardizované na EU úrovni jsou sdílené prostřednictvím

neveřejné bezpečné evropské infrastruktury MyHealth@EU.

V současné době u nás existují vedle již zmíněného NCPeH také tzv. krajské výměnné sítě, které vznikaly především v rámci IROP 19 pro potřeby vzájemné komunikace mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotnickými záchranými službami jednotlivých krajů (dále ZZS), které umožnily předat vybraná emergentní data (struktura tohoto datového setu byla odvozena z evropského standardu tzv. emergentní karty), dále tyto sítě dovedly předat elektronicky podepsaný dokument ve formátu PDF/A. Komunikační standardy a jejich jednotlivé služby nebyly koordinované ministerstvem a obecně se snažily vyjít z požadavků na nově vznikající národní eHealth. Do těchto sítí je v současnosti zapojeno více než 100 zdravotnických zařízení a (mimo pražské) všechny krajské ZZS.

Digitalizaci lze tedy chápat jako další stupeň elektronizace, především s ohledem k zavedení evropských standardů pro vybrané dokumenty zdravotnické dokumentace a možnost jejich sdílení spolu s další dokumentací prostřednictvím výměnných sítí, které budou využívat komunikační standardy a pravidla (standardy IHE).

Cílem záměru je vytvořit efektivní prostředí pro digitalizaci agend ve zdravotnictví a postupně tyto agendy řetěžit

do životních situací řešených z jednoho místa pod jedním přihlášením a v identickém rozhraní, a to především prostřednictvím federovaných portálů, tj. v tomto případě pravděpodobně především krajských zdravotnických Portálů (pro občany/pacienty a pro zdravotníky). Zároveň je cílem poskytnout občanům přístup k datům v rámci státní a veřejné správy umožňující řešení životních situací, a to včetně neveřejných dat přístupných kvalifikovaným subjektům pomocí řízeného přístupu při zachování principů bezpečnosti, ochrany osobních údajů a ochrany autorských práv apod.

Současný záměr proto vychází jak z požadavků MZ ČR na digitalizaci, tak z praktických požadavků řady lékařů na možnost přenášet data ve strukturované formě, tak aby nemuseli texty ze zpráv zdravotnické dokumentace sdílené mezi lékaři opakovaně opisovat. Nutnou podmínkou pro to, aby bylo možné načíst texty do IS PZS je strukturování dokumentu dle daného standardu.

Vzhledem k tomu, že konkrétní návrh národní domény bude teprve vznikat jako součást již zmíněných veřejných soutěží, musíme se omezit pouze na obecnější popis služeb i celého prostředí, které bude sloužit ke sdílení zdravotnické dokumentace a jejímu zpřístupnění. Následující řádky proto vyjadřují názor autora na

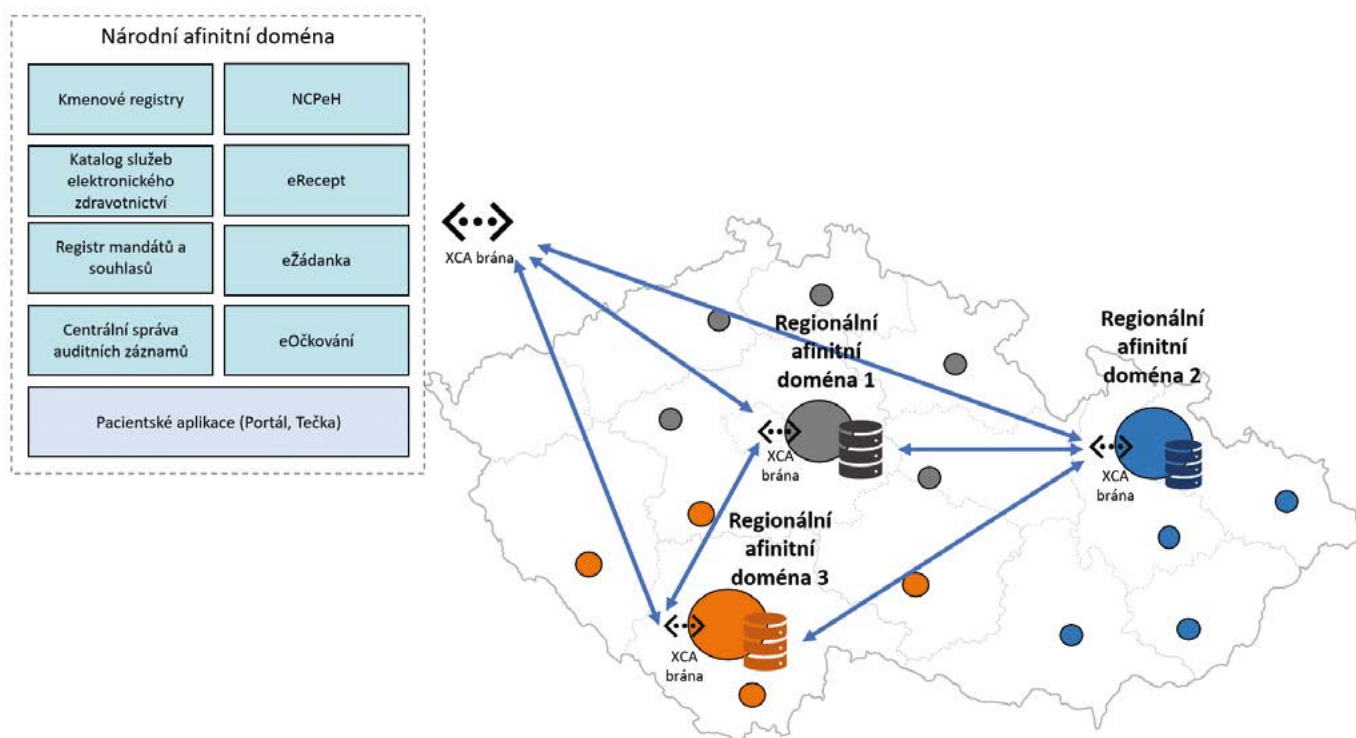
možné uspořádání služeb a prostředí pro interoperabilitu a nemusí zcela odpovídat finálnímu návrhu.

S určitostí lze ale říci, že digitalizace agend není samoúčelná, efektivní digitální prostředí bude generovat podstatné úspory (odhady se pohybují kolem stovek milionů korun ročně), a to jak na straně poskytovatelů péče, tak na straně občanů (pacientů). A samozřejmě zvýší kvalitu zdravotní péče.

Hlavní dílky velké skládačky digitalizace zdravotnictví

Řídící částí služeb elektronického zdravotnictví bude afinitní doména provozovaná MZ ČR, která bude řídit ostatní afinitní (pravděpodobně krajské) domény, určovat mandatorní služby a zajišťovat v souladu se zákonem č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví, přístup k těmto rezortním registrům: Rezortní identifikátor pacienta, Rezortní identifikátor zdravotnického pracovníka a Rezortní identifikátor poskytovatele zdravotních služeb.

Mezi hlavní služby národní domény bude jistě patřit Autentizace lékaře a občana, katalog „mandatorních“ služeb, správa souhlasů, přístup k eŽadankám, Žurnál činností a aplikační a datové rezortní rozhraní, abychom uvedli alespoň krátký výčet.



Na centrální afinitní doménu by byly napojeny Regionální výměnné sítě a samozřejmě NCPeH.

Především vzhledem k požadavkům na čas a využití již existujících struktur, do kterých se v minulých letech investovalo, by paralelně s centrální doménou měly vznikat i krajské afinitní domény, které by zajistily přístup všem poskytovatelům zdravotní péče s vazbou na kraj, tj. především krajským a dalším nemocnicím působící v kraji, praktickým lékařům a specialistům. Kraje tak mohou v rámci služeb afinitní domény zachovat a prohloubit roli krajského zdravotnictví. Proto je vhodné si vysvětlit, co jsou afinitní domény, jak by vznikly a k čemu mohou sloužit.

Afinitní domény – poučení od sousedů

„Afinitní doména“ je pojem ze zdravotnické informatiky zavedený (ne výlučně, ale především skupinou IHE) v kontextu výměny co nejuplněnější zdravotnické dokumentace mezi poskytovateli zdravotní péče.

V rámci afinitní domény platí pro všechny zúčastněné stejná pravidla, např. musí být svou datovou strukturou a podporovanými procesy schopni takové datové výměny, která je v rámci afinitní domény dohodnuta. Organizačně jednotliví poskytovatelé péče spolupracují s ostatními členy afinitní domény na základě nadstandardní důvěry. Výsledkem je, že přechod pacienta mezi členy afinitní domény se (z hlediska používání dokumentace) neliší od překlady mezi odděleními téhož poskytovatele.

Podstatná je velikost domény, obecně platí, že čím více poskytovatelů zdravotní péče je v afinitní doméně, tím složitější je dohoda na všech detailech a postupech a principech výměny. Proto je vhodné, aby pravidla byla „určena“ zřizovatelem, kterým může být stát, kraje nebo jiný zřizovatel.

Důvodem, proč jsou preferovány „krajské“ domény (viz Rakousko nebo Polsko) je, že mohou postihnout specifické zaměření nebo podmínky různých zřizovatelů např. krajské nemocnice, přímo řízené ZZ, oborově obdobné ZZ atp., stejné zájmy a financování vzniku a správy domény a jejich jednotlivých prvků atp. Slabinou jedné nebo velmi omezeného počtu afinitních domén bude i nízký počet služeb, který bude vycházet většinou jen z mandatorních požadavků, různé zájmy jiných regionů, problematické financování a zájem o připojení všech poskytovatelů péče. Z tohoto pohledu by bylo velmi vhodné, kdyby kraje na krajské úrovni tyto domény vybuďovaly. Menší afinitní domény mohou spolupracovat mnohem úžeji a v širším spektru služeb, míra spolupráce mezi spřízněnými poskytovateli se nedá srovnat s tím, co lze dosáhnout diktátem.

V rámci jedné afinitní domény mohou poskytovatelé péče sdílet mnohem větší množství zdravotnické dokumentace (pokud se tak dohodnou) než jen mandatorní minimum nařízené státem (EU). Je pravděpodobné, že chce-li kraj nebo jiný provozovatel AD zprovoznit pro svá ZZ a občany nějakou speciální centrální službu (např. preventivní program, sociální služby, dohledová centra, telemedicínská řešení atp.), musí buď přesvědčit „stát“, aby takovou službu implementoval v rámci národního řešení, nebo pro tyto služby založit krajskou doménu.

Afinitní krajské domény by vznikly transformací současných sítí pro výměnu dat provozovaných kraji, zajišťují stabilitu a zvyšují bezpečnost systému, protože mohou být provozovány i při výpadku jiné krajské sítě nebo národní domény.

Vzhledem k tomu, že do těchto výměnných sítí je již zapojeno více než 100 nemocnic (tedy více než polovina současných poskytovatelů akutní lůžkové péče), 13 krajských ZZS a několik tisíc praktických lékařů, došlo by využitím těchto sítí a jejich

technologí ke značnému zrychlení zavedení národního eHealth, a tím i zhodnocení přechodných investic, které byly v rámci IROP do jejich výstavby vynaloženy. Zavedení služeb elektronického zdravotnictví a jejich interoperabilita jsou bez využití krajských výměnných sítí z časového hlediska prakticky nemožné.

Kdy a kde se dozvíme další informace?

Stává se již dobrou tradicí, že v průběhu konferencí věnovaných tématu elektronizace a digitalizace českého zdravotnictví, se pořádá setkání zástupců ministerstva zdravotnictví, dodavatelů informačních systémů do zdravotnictví, a že se diskutují předložené návrhy ministerstva a možnosti a představy zástupců dodavatelských firem, i zástupců poskytovatelů péče a pacientů. Toto sdílení informací, prezentace návrhů pro standardizaci i interoperabilitu a jejich oponentura se ukazuje jako velmi efektivní cesta, vtahující do projektu čím dále větší počet aktérů, kterým pak záleží na dobrém výsledku. To je jistě od zástupců ministerstva dobrá taktika.

Věříme proto, že i na další konferenci k tématu elektronizace a digitalizace s názvem Digitalizace českého zdravotnictví, pořádané společností EEZY Events & Education, ve dnech 6.–7. června 2024 dojde k těmto setkáním a spolupráci, i přístupu informací pro nemocnice a ostatní poskytovatele péče.

Více informací ke konferenci naleznete na www.eezy.cz, kde se případní zájemci o účast mohou také přihlásit. Kapacita sálu je omezena.

Tento článek nemá a nemůže mít za úkol popsat všechny služby a funkce českého eHealth a služeb elektronického zdravotnictví, protože jejich definice a parametry se právě rodí. U těch již existujících se často mění jejich rozsah i funkce. Proto tento článek může pouze glosovat současné dění a popsat jeho možné cesty a varianty. Zatím je možné minimálně konstatovat dobré nastartování významného projektu, který může znamenat podstatnou a pozitivní změnu našeho zdravotnictví a zapojení pacientů do procesu léčby. Zdá se, že je dobře, že nevzniká systém na základě nařízení osvětleného ministerstva, ale spolu s ním, s jeho uživateli a aktéry, kterým by měl v budoucnu sloužit a pomáhat, šetřit čas, peníze, a hlavně zdraví. Takže závěrem, vypadá to, že je vše na dobré cestě.

(red)

Zdroj: STAPRO



DIGITALIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ



odborná konference

Generální partner



Odborný partner



Organizátor



Zveme vás na odbornou konferenci Digitalizace českého zdravotnictví 2024



pořádanou pod záštitou předsedy vlády ČR Petra Fialy,
Ministerstva práce a sociálních věcí, České kardiologické společnosti
a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Programové bloky konference:

Aktuální stav standardizace dokumentů a jejich výměny a sdílení v rámci
E-HEALTH v ČR

Legislativní podpora elektronizace a digitalizace

Rozvoj telemedicíny a telemetrie pro moderní a efektivní léčbu

Připravenost na plnění požadavků EHDS, jejich dopad na národní interoperabilitu
a rozvoj E-HEALTH, sekundární data ve zdravotnictví (jak bude vypadat
E-HEALTH v ČR?)

Aktivity dotací pro elektronizaci a interoperabilitu a praktické informace k jejich využití

6.–7. 6. 2024, Hotel Grandior Praha, Na Poříčí 42, Praha-Florenc

Registrace na www.eezy.cz

Až sedm z deseti rodin dlouhodobě hospitalizovaných dětí řeší komplikace s ubytováním či dopravou

„Vážné onemocnění dítěte vždy zasáhne celou rodinu. Jde o obrovskou zátěž – nejen psychickou, ale i provozní a finanční. Proto jsme přišli s unikátním projektem, který rodinám pomáhá překlenout tuto nelehkou dobu. První dům, který slouží jako dočasný domov pro rodiny a blízké vážně nemocných dětí, se nám podařilo vybudovat a otevřít koncem roku 2022 přímo v areálu Fakultní nemocnice v Motole. Za patnáct měsíců jeho provozu jsme dali možnost více než 300 rodinám zůstat si během náročného životního období nablízku,“ říká Ivana Švingrová Pešatová, ředitelka nadačního fondu Dům Ronalda McDonalda.

Můžete projekt domu pro rodiny vážně nemocných dětí představit blíže? Odkud pochází?

Všechno začalo před téměř 50 lety ve Filadelfii v USA. Tehdy dostala doktorka Audrey Evansová příležitost vybudovat pediatrické onkologické centrum v tamní dětské nemocnici. V té době nebylo podobných zařízení mnoho, jakmile tedy bylo to v největším městě Pensylvánie hotové, začaly se do něj sjíždět rodiny z celých Spojených států. Doktorka Evansová, v té době již uznávaná onkoložka, proto začala v blízkosti nemocnice hledat prostory, kde by se mohly přijíždějící rodiny ubytovat. Chtěla, aby rodiče byli svým nemocným dětem nablízku. S tím jí překvapivě pomohl tamní fotbalový klub Eagles. Dcera jednoho z předních hráčů měla leukemii, tým se proto rozhodl podpořit děti s rakovinou a uspořádat pro ně sbírku. Podařilo se jim vybrat 100 tisíc dolarů. Když si doktorka Evansová šek přebírala, neodpustila si poznámku, že by potřebovala další desetitisíce dolarů

Klinika dětské hematologie a onkologie 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole

„Naše klinika nejčastěji využívá ubytování v Domě Ronalda McDonalda pro rodiče s dětmi, které musí být v blízkosti nemocnice, kam denně nebo několikrát v týdnu dochází například na ozařování nebo jinou léčbu. Pobyt v příjemném prostředí se soukromím vlastního pokoje jim určitě přináší psychickou pohodu, a díky tomu lépe snáší velmi náročnou léčbu. Navíc za nimi mohou na víkend přijet i sourozenci nebo druhý rodič, což přispívá ke stabilitě celého rodinného prostředí a všem to usnadní dlouhé měsíce léčby. Dům pro rodiny nemocných dětí je unikátním projektem a jsme za něj velmi rádi,“ uvádí doc. MUDr. Lucie Šrámková, Ph.D., přednostka Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole.

na stavbu domu poblíž dětské nemocnice. Zde vstupuje do hry společnost McDonald's. Její regionální vedení tehdy souhlasilo, že daruje tržby z prodeje svých mléčných koktejlů, které řetězec rychlého občerstvení promoval právě skrze hráče amerického fotbalu. Projekt se podařilo zrealizovat a v říjnu 1974 byl otevřen první Dům Ronalda McDonalda. Společnost

McDonald's poté převzala dlouhodobý závazek podporovat rozvoj nově vzniklé neziskové organizace a výstavbu jejích projektů po celém světě. Jako projev vděčnosti nese dům jméno maskota McDonald's, klauna Ronalda. Dnes je podobných zařízení po celém světě téměř 400.

Kdo přišel s projektem tohoto domu v Česku a jak dlouho trvalo ho vybudovat?

Jak jsem už zmínila, původní myšlenka pochází z USA. Zde také v 70. letech vznikla nezisková organizace s názvem Ronald McDonald House Charities. Nadační fond Dům Ronalda McDonalda je českou pobočkou sítě těchto charitativních organizací a byl u nás založen v roce 2002 už s cílem převést projekt domu pro rodiny vážně nemocných dětí do reality. Trvalo nám to dvacet let, jelikož se naše organizace potřebovala nejprve vyprofilovat a zprofesionalizovat. Museli jsme vybudovat fundraisingové aktivity a také se vedla dlouhá jednání s nemocnicí v Motole, jak by naše spolupráce měla vypadat. Jednou z největších překážek celého procesu výstavby domu se zdálo být vybudování stavby ze soukromých peněz na státních pozemcích. Nicméně i tento problém se podařilo úspěšně vyřešit – nadační fond věnoval Fakultní nemocnici v Motole celou částku na výstavbu. Dům



Pohled na interiér jednoho z pokojů

Ronalda McDonalda je tak oficiálně prvním případem v Česku, kdy se na pozemku státního zdravotnického zařízení a zároveň ze soukromých finančních prostředků vybudovalo moderní ubytování v takových dispozicích, aby zde mohly být spolu celé rodiny. Na konci listopadu 2022 tedy přibyl na mapě domů po celém světě ten úplně první český.

Proč byla vybrána pro stavbu prvního Domu Ronalda McDonalda právě motolská nemocnice?

Ten důvod je zřejmý. Jde o nejrozsáhlejší zařízení pro péči o dětské pacienty u nás s největším onkologickým a hematologickým centrem a dalšími specializovanými klinikami. Navíc sedm z deseti dětských pacientů v Motole je mimopražských, proto je tu problém s ubytováním nejakutnější. Naším cílem bylo vytvořit místo, kde se rodiny, jejichž svět se obrátil vzhůru nohama, budou cítit co možná nejlépe, ideálně jako u sebe doma. Nespornou výhodou je to, že takový domov rodiny najdou v blízkosti nemocnice, a nemusí tak během léčby svých dětí denně dojíždět. Ubytování v Domě rodinám umožňuje nejen být neustále dítěti nablízku, ale i pomáhat zdravotnickému personálu s péčí o dítě čili aktivně se zapojit při jeho léčbě. Projekt Domu je tak ukázkou úspěšné kooperace mezi neziskovým sektorem a veřejným zdravotnickým zařízením a praktickou realizací přístupu k poskytování léčebné péče, která je zaměřená na rodinu, tj. Family Centered Care. Ta přináší nesporné výhody pro rodiče, nemocné děti i samotný zdravotnický personál.



Ivana Švingrová Pešatová, ředitelka nadačního fondu Dům Ronalda McDonalda

Kdo se v Domě může ubytovat a jak se k vám rodiny vůbec dostanou?

Dům je určen pro rodiny, resp. rodiče, prarodiče a sourozence dětí dlouhodobě hospitalizovaných na některé z dětských klinik FN Motol. Ubytováno může být i dítě v léčbě, které aktuálně potřebuje blízkost lékaře, ale není nutný jeho pobyt na lůžku. S motolskou nemocnicí jsme si definovali tři zásadní kritéria, podle kterých následně ošetřující personál doporučuje rodiny pro pobyt u nás. Jsou jimi závažnost onemocnění dítěte, délka jeho hospitalizace či léčby a vzdálenost bydliště rodiny od nemocnice. Pokud je volná kapacita, v Domě je ubytován každý, kdo doporučení dostane.

Neexistuje žádný pořadník, protože délku pobytu jednotlivých rodin nelze předvídat. Pokud je kapacita Domu naplněna a rodina přesto přijde s doporučením, odchází dočasně na ubytovnu ve Fakultní nemocnici v Motole a její tamní pobyt za ni taktéž hraďí nadační fond Dům Ronalda McDonalda.

Co všechno Dům rodinám nabízí?

Zprv je to bezplatné ubytování, ale nejde jen o ně. Dům nabízí vše pro to, aby zde mohla rodina dostatečně dlouho fungovat dle svého běžného režimu. Najdeme tu 21 pokojů vybavených vlastní koupelnou s toaletou, dvoulůžkovou postelí, rozkládacím gaučem, na kterém se pohodlně vspí další dvě osoby, a spoustu úložných prostor. Jeden pokoj rovná se jedna rodina. Dole v Domě jsou pak společné prostory, které rodiny mohou využívat dle potřeby – velká vybavená kuchyň s jídelnou, obývací pokoj, prádelna, pracovna, která může fungovat i jako učebna. K dispozici je dále herna pro nemocné děti a jejich sourozence. Máme i prostory pro uskladnění kočárků a větších zavazadel. O chod celého Domu se 24/7 starají zaměstnanci nadačního fondu a také dobrovolníci. Nabízí a udržují pro rodiny nejen komfortní prostředí, kde si mohou odpočinout a načerpat síly, ale také jim pomáhají zvládnout mnoho stresujících faktorů, které s sebou náročná léčba dítěte přináší. V Domě Ronalda McDonalda nejde tedy jen o přespaní, ale o komplexní podporu rodin.

(red)

Foto: archiv Nadace Ronalda McDonalda



Průčelí domu s pohledem na Fakultní nemocnici v Motole

Kdo může, smí a kdo by vlastně měl podávat léky?

Čas od času se rozpoutá diskuse nad podáváním léků v sociálních službách. Kdo může podat léky v pobytových sociálních službách, co mohou dělat pracovníci v sociálních službách, a proč to nemůže dělat například pečovatelka, když v domácnosti klienta podávají léky jeho rodinní příslušníci. Pojďme si to shrnout.

Podání léků je zdravotní výkon a zdravotnické výkony jsou z pohledu toho, „kdo smí co,“ definovány v tzv. kompetenční vyhlášce. Tato vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR), č. 55/2011 Sb., uvádí, jaké činnosti může všeobecná sestra vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Mezi uvedenými činnostmi je podávání léčivých přípravků s výjimkou radiofarmak a s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u dětí do 3 let. Dalším zdravotnickým pracovníkem, který může podávat léčivé přípravky na základě indikace lékaře, je praktická sestra (byť s jistými kompetenčními omezeními). Jiný zdravotnický pracovník (nelékař) než výše uvedený podle platné právní úpravy nemůže podávat léčivé přípravky (tedy ani žádný pracovník bez odborné způsobilosti zdravotnického pracovníka, tj. pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník apod.). Pouze v oblasti péče o matku a dítě může léčivé přípravky podávat porodní asistentka a v oblasti neodkladné péče i zdravotnický záchranář.

Občas se objeví názory, že by v sociálních službách měli či mohli podávat léky pracovníci v sociálních službách nebo v domácnosti klientů pak například pečovatelky („Vždyť je to stejné, jako když to udělá nekvalifikovaný rodinný příslušník, resp. dcera, syn apod.“). Musíme však oddělovat neformální nebo také laickou péči, která není státem regulována a nad kterou stát nevykonává dohled, a profesionální péči (ať již prováděnou zdravotnickými pracovníky, nebo ostatními profesemi), v jejímž rámci je striktně definováno, kdo co smí dělat, kdo to kontroluje, kde a jak se to eviduje, dokumentuje, vykazuje apod., a kde s sebou všechny provedené aktivity a výkony nesou právní



Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA

odpovědnost. Tento výklad v minulosti potvrdilo několikrát i MZ ČR, např.: „K podávání a manipulaci léků neodborným personálem vám sdělují následující. V sociálních službách je tento fakt někdy zpochybnován tvrzeními, že léky mohou podávat pracovníci v sociálních službách, pečovatelky apod., s odůvodněním, že v domácím prostředí mohou léčiva podávat rodinní příslušníci nebo blízké osoby. Je však nutné rozlišovat mezi péčí o sebe sama, včetně rozšířené sebestěče prostřednictvím blízkých osob, a péčí institucionální. Placený zaměstnanec poskytovatele (pobytové nebo terénní sociální služby) není osobou blízkou a nemůže jí být, neboť jde o regulovanou péči.“

Dokládá to ještě další stanovisko MZ ČR v této věci: „Aplikace léčiv je součástí ošetrovatelské péče, ke které jsou dle zákona č. 96/2004 Sb. způsobilé všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři a praktické sestry. Jde tedy o kvalifikovaný výkon, ke kte-

rému jsou zdravotničtí pracovníci připravováni v rámci kvalifikačního studia výukou předmětu farmakologie.“

Současná praxe je tedy taková, že léčivé přípravky jsou podávány zdravotnickými pracovníky s odbornou způsobilostí na základě indikace lékaře při pobytu v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Druhá situace je ta, kdy jsou léčivé přípravky lékařem předepisovány a indikovány přímo pacientovi, který léčivé přípravky užívá sám v domácnosti. Běžná je pak situace, kdy s podáváním léků „pomáhá“ rodinný příslušník – laik. Jistě by za diskusi stála i úvaha o právní odpovědnosti lékaře, který je o takové situaci informován, přesto nikterak tomtu laickému podávání nebrání. Rozhodně se jedná o situaci, která by měla být předmětem odborných diskusí.

Další zavedenou praxí je podávání léků v rámci domácí zdravotní péče, kdy lékař předepíše léky, pacient nebo rodinný příslušník má léky v držení a všeobecná sestra tyto léky v indikovaných případech podává, není však odpovědná za jejich uskladnění. V případech, kdy nejsou v místě rodinní příslušníci, pak nezbyvá domácí péči, než se angažovat i ve věci uskladnění (někdy i úschovy – např. v případě psychiatrických dg.) léčiv. Pokud není dostupná terénní sociální služba, pak musí zajistit i předpis a doručení léčiv (samozřejmě na své náklady).

Jiné řešení právní předpisy ani praxe neznají.

Nedodržování či neschopnost dodržovat léčebný režim (nejen podávání léčiv) je přitom asi nejčastější důvod k přesunu z domácího prostředí do pobytového zařízení sociálních služeb. Proto by posílení terénních služeb (sociálních i zdravotních) doplněné důslednou

terénní depistáží mohlo „udržet“ doma více klientů ve stabilizovaném zdravotním stavu a pohodě domácího prostředí.

V případě pobytových zařízení sociálních služeb, ve kterých je poskytována zdravotní péče jako zvláštní ambulantní péče, indikuje léčivé přípravky ošetřující lékař. Všeobecná sestra (popřípadě zdravotnický asistent) na základě indikace podává léčivé přípravky těm pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje podání léčivých přípravků odborně způsobilým zdravotnickým pracovníkem. Rozhodnutí o tom, který uživatel/klient pobytového zařízení je schopen užívat léčivé přípravky sám a který uživatel/klient s ohledem na fyzické a mentální schopnosti této činnosti již schopen není, je plně na ošetřujícím lékaři, a to bez ohledu na skutečnost, zda indikovaný výkon je či není hrazen ze zdravotního pojištění. Je třeba striktně oddělovat regulování poskytování zdravotní péče a pravidla úhrady zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění.

Pokud vše shrneme, tak z právních předpisů jednoznačně vyplývá, že za indikování a předepisování léčivých přípravků, včetně určení toho, který klient pobytového zařízení sociálních služeb je schopen podat léčiva sám sobě a který nikoliv, je zcela zodpovědný lékař, za správnost provedení výkonu podání léčivých přípravků *per os* je odpovědná všeobecná sestra. Aby byla všeobecná sestra v pobytových zařízeních sociálních služeb oprávněna podávat léčivé přípravky, měla by obdržet poukaz s výše uvedeným rozpisem a s požadavkem na provedení výkonu ošetřovatelské intervence, který může vykazat



MUDr. Libor Svět

smluvním zdravotním pojišťovám, neboť tento zdravotní výkon nebyl zrušen.

Pracovníci v sociálních službách pak mohou pouze asistovat, dopomáhat při podávání léků, a to pouze v rámci své odborné kompetence, tj. v rámci pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. V praxi to může např. vypadat takto: Pečovatelka dorazí na domluvenou návštěvu k Marii Novákové (82 let). Paní Nováková požádá pečovatelku o sklenici vody k zapití léků, řekne jí, kde lék má, a požádá ji, aby jí z balení „vycvakla“ jednu pilulku (má problémy s jemnou motorikou) a lék jí přinesla. Ten si pak seniorka vezme, sama si ho vloží do úst a vezme si od pečovatelky sklenici s vodou. Pečovatelka následně vrátí balení léků zpět do skříňky.

Samozřejmě se opakovaně a stále častěji objevují diskuse o přesunu některých kompetencí a odpovědnos-

tí – od lékařů směrem k všeobecným sestřám, od všeobecných sester k praktickým sestřám a případně pak dále na ošetřovatelky, sanitáře, pracovníky v sociálních službách apod. Tyto podněty a diskuse neprobíhají pouze u nás; objevují se na celém světě s urgencí nedostatku, a zejména budoucích nedostatků zdravotních sester ve zdravotnictví a v sociálních službách.

Je důležité a správné tyto diskuse vést. Stejně je však dobré mít vždy na paměti, že pokud chceme někomu přidat novou odpovědnost, musíme mu k ní také připojit odpovídající kompetence, tj. kvalifikaci. Změna kompetencí musí souviset se změnou vzdělávání a kvalifikací. Je třeba také pracovat s dohledem nad výše uvedenými kvalifikovanými pracovníky. Také není možné nastavit jinou, resp. odlišnou možnost odbornosti výkonu ošetřovatelské péče ve zdravotnictví a v sociálních službách.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR se proto bude v roce 2024 (mimo řadu dalších věcí) věnovat také tématu rozšíření, změn a posunů v odpovědnostech a kompetencích, a to jak u zdravotnických pracovníků v sociálních službách, tak u pracovníků v sociálních službách.

Pokud se totiž bavíme o budoucí možné, spíše však nutné změně a přesunu, resp. posunu odborných kompetencí, pak klíčová otázka (a to zdaleka nejen v ČR) nezní, zda ano či ne, ale kdy a jak.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA,
prezident APSS ČR
MUDr. Libor Svět
lékař a člen pracovní skupiny APSS ČR
k dlouhodobé péči
Foto: archiv autorů

▼ Inzerce

Institut vzdělávání APSS ČR nabízí

VZDĚLÁVACÍ CYKLUS



Zdravotnický pracovník manažerem v soc. službách

duben–září 2024

Celkový rozsah vzdělávání je 48 vyučovacích hodin.
Prezenční výuka proběhne v 6 školících dnech
(rozdělených vždy po dvou po sobě jdoucích dnech).

Místo konání: Centrum Univerzita Tábor, Vančurova 2904, 390 01 Tábor
Cena: 9 600 Kč (v ceně kurzu je coffee break a oběd)

Konkrétní termíny a podrobnosti naleznete na www.institutvzdelavani.cz, menu Otevřené kurzy → ZP manažerem.



Brandýská nemocnice nabízí unikátní neinvazivní léčbu stresové inkontinence

Pacientům, kteří hledají vysoce účinnou metodu posílení svalů pánevního dna, nabízí brandýská nemocnice bezbolestnou terapii inkontinence na speciálním křesle Emsella.

„Inkontinence je velice limitující. Nepostihuje jenom seniory či invalidní pacienty, ale i mladší generace. Zhoršování potíží bývá postupné. Pacienti by proto měli co nejdříve vyhledat odbornou pomoc,“ uvádí MUDr. Milena Mrňová, specialista urologické ambulance Nemocnice Brandýs nad Labem.

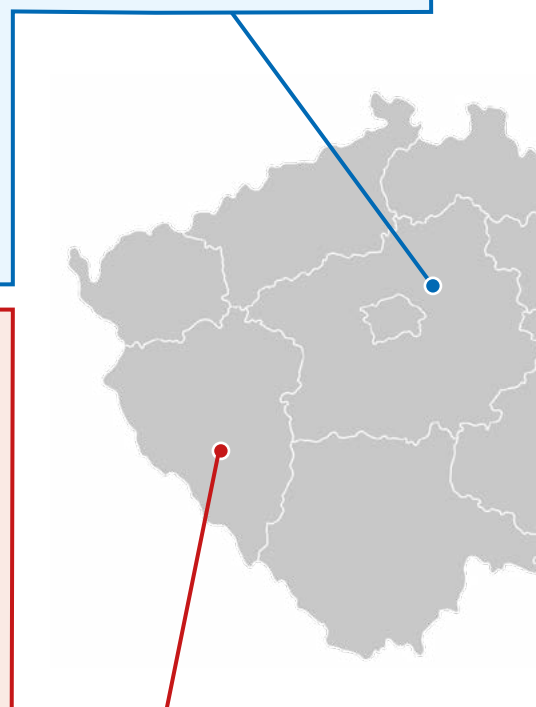
„Posilování svalů pánevního dna a zpevnění břišní stěny pouhou fyzioterapií někdy nestačí, a efekt se může dostavit až v řádu měsíců,“ říká doktorka Mrňová a pokračuje: „Křeslo Emsella, které jsme pořídili do naší nově zrekonstruované ambulance, elektromagnetickými impulzy cíleně stimuluje hluboké svaly pánevního dna. Při jednom

sezení dochází k tisícům kontrakcí, což je mnohem efektivnější pro obnovení neuromuskulární kontroly těchto svalů než samotné cvičení. Výsledky jsou patrné již po prvních sezeních,“ vysvětluje MUDr. Mrňová.



Terapii na křesle Emsella absolvují pacienti vždy po individuální konzultaci s odborníkem. Ošetření je také vhodnou přípravou pro operativní řešení těžších případů inkontinence. Křeslo Emsella slouží i k celkovému zpevnění středu těla. Nelze je ale aplikovat u lidí s kardiostimulátory, kovovými implantáty, v těhotenství nebo u onkologických pacientů.

(eta), foto: Nemocnice Brandýs nad Labem



Klatovská nemocnice uzdravuje nemocné už 110 let

Nemocnice v Klatovech si připomněla výročí svého vzniku. Svoji první nemocnici město zřídilo v roce 1859 v tehdejší Klášterské, dnes Plánické ulici. Kapacita 45 lůžek, stejně jako prostory kolem brzy přestaly stačit. Radní tedy začali plánovat výstavbu veřejné okresní nemocnice mimo město. Nová nemocnice

s téměř dvěma sty lůžek byla slavnostně otevřena 14. února 1914. Deset nemocničních budov zabralo plochu 11,4 hektaru a jejich stavba vyšla na dva miliony korun. Na svou dobu měla nemocnice velmi moderní vybavení včetně ústředního vytápění horkou vodou, tiché signalizace z patientských pokojů



do lékařského pokoje a telefonního spojení mezi důležitými pracovišti a byty lékařů. „Jsme hrdí, že je klatovská nemocnice součástí historie našeho města a regionu,“ říká ředitel nemocnice MUDr. Jiří Zeithaml.

Největší proměnu nemocnice zaznamenala koncem roku 2013. Tehdy začala využívat zcela novou budovu, kam se sestěhovala „pod jednu střechu“ většina lůžkových oddělení. Nemocnice tak začala opouštět sto let staré pavilony. „Další z původních budov opustíme v druhém čtvrtletí letošního roku, kdy otevřeme nový pavilon dialýzy. Chystáme také přístavbu křídla u současného monobloku, kde budou urgentní příjem, transfuzní pracoviště a všechny nemocniční laboratoře. Vzniknou zde také nové lůžkové stanice a zázemí pro personál,“ doplnil ředitel Zeithaml.

(eta), foto: Klatovská nemocnice



CELKOVÁ ANESTEZIE A ANESTETIKA – 3. DÍL

PŘÍPRAVA PACIENTA K ANESTEZII

Samotné podání anestezie je jen součástí celkové péče o pacienta. Pro bezpečné vedení perianestetické péče je u plánovaných výkonů třeba získat maximum informací o celkovém stavu pacienta, jeho rezervách a podniknout opatření k jeho optimalizaci. To se děje při předanestetické vizitě, která může probíhat v samostatné anesteziologické ambulanci, společně s chirurgem, nebo v krajním případě na pokoji, kam byl pacient přijat. Před plánovanou operací by měl být pacient s dostatečným předstihem vyšetřen svým praktickým lékařem včetně některých laboratorních vyšetření, případně i některým specialistou podle komplikujících onemocnění.^{1/}

K vlastní předanestetické přípravě patří kromě anamnézy zaměřené na průběh předchozích anestezí, alergií, abúzů, zjišťování tělesné a kognitivní zdatnosti (viz dále „křehkost“) rovněž farmakologická anamnéza, která může ovlivnit výběr anestezie a v některých případech vést i k odložení operace či zavedení speciální farmakologické přípravy.^{2/} Hlavní skupinou léků, které je třeba vzít v úvahu, jsou látky ovlivňující srážení krve, zejména při použití míšních a hlubokých nervových blokad (**tab. 1**). Pokud je pacient neúčinně terapeuticky, ale v rámci sekundární prevence, zpravidla se vysazují, pokud jsou podávány v rámci terapie či primární prevence, je na místě odložení plánované operace, nebo přemostující medikace po domluvě s kardiologem.

Tab. 1 Doporučené intervaly přerušení léčby u látek ovlivňujících hemokoagulaci před neuroaxiální anestezí a hlubokými nervovými blokadami

Látka/dávka	Vynechání před punkcí	Laboratorní hodnota	Zahájení po punkci, nebo extrakci katetru
antagonisté vitamínu K	dle hodnot INR (5–7 dní)	INR v normě	dle INR, nepodávat při katetru <i>in situ</i>
xabany, nízká dávka	rivaroxaban – 24 h edoxaban – 30 h apixaban – 36 h	není třeba testovat	6–8 h, nepodávat při katetru <i>in situ</i>
xabany, vysoká dávka	72 h, nebo po poklesu laboratorních hodnot	sérová koncentrace < 30 ng/ml (anti-Xa ≤ 0,1 IU/ml)	8–24 h, déle při krvavé punkci
dabigatran, nízká dávka	48 h	není třeba testovat	6 hodin
dabigatran, vysoká dávka	72 h, nebo dle laboratorních hodnot	sérová koncentrace < 30 ng/ml (trombinový čas v normě)	alespoň 24 hodin
LMWH, nízká dávka ≤ 50 IU anti-Xa/kg/den, enoxaparin ≤ 40 mg/den	12 h (24 h při ClCr < 30 ml/min)	není třeba testovat	2–4 h
LMWH, vysoká dávka	24 h (48 h při ClCr < 30 ml/min) nebo do normalizace laboratorních hodnot	anti-Xa 0,1 IU/ml	4–6 h, nepodávat při katetru <i>in situ</i>
UFH, nízká dávka ≤ 200 IU/kg/den s.c., ≤ 100 IU/kg/den i.v.	4 h	není třeba testovat	1 h při i. v. podání v kardiovaskulární chirurgii
UFH, vysoká dávka	po normalizaci laboratorních hodnot	aPTT, ACT nebo anti-Xa v normě	1 h, nepodávat při katetru <i>in situ</i>
fondaparinux, nízká dávka ≤ 2,5 mg/den	38 h (72 h při ClCr < 50 ml/min)	není třeba testovat	2–4 h
fondaparinux, vysoká dávka	do normalizace laboratorních hodnot (asi 4 dny)	kalibrovaný anti-Xa ≤ 0,1 IU/ml	není stanoveno
ASA ≤ 200 mg/den	0	není třeba testovat	není stanoveno
ASA, vysoká dávka	3–7 dní (při normální hladině trombocytů)	specifické testy na funkci destiček	není stanoveno
inhibitory P2Y ₁₂	tikagrelor 5 dní klopidogrel 5–7 dní prasugrel 7 dní		nepodávat při katetru <i>in situ</i> klopidogrel 75 mg 0–24 h prasugrel a tikagrelor 24 h klopidogrel 300 mg 2 dny
cilostazol	5–7 dní	specifické testy na funkci destiček	6–12 h, nepodávat při katetru <i>in situ</i>

ACT – aktivovaný koagulační čas; aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas; ASA – kyselina acetylsalicylová; ClCr – clearance kreatininu; i.v. – intravenózní; INR – mezinárodní normalizovaný poměr, international normalised ratio; LMWH – nízkomolekulární heparin, low molecular weight heparin; s.c. – subkutánní; UFH – nefrakcionovaný heparin, unfractionated heparin
Upraveno podle 2-5/

Další skupinou jsou farmaka ovlivňující kardiovaskulární systém. V den operace se zpravidla vysazují inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu a blokátory receptoru pro angiotenzin II typu 1 pro vyšší riziko poklesu krevního tlaku při úvodu do anestezie. Sporné je podávání či vynechání blokátorů kalciových kanálů, volba je spíše individuální.^{2/} Z běžných léků se v den operace nepodávají diuretika a další látky, které nejsou významné pro udržení stabilních vitálních funkcí. Nepřerušuje se léčba statiny a betablokátory podávaná chronicky, nedoporučuje se však akutní nasazení betablokátorů těsně před operací pro zvýšené riziko hypotenze, iktu a dalších komplikací.^{6/} Rovněž se ponechávají nitráty, centrálně působící alfa-2 sympatomimetika a agonisté imidazolových receptorů pro riziko rebound fenoménu.^{3,7/} V medikaci zůstávají v den operace i antiepileptika, běžná antidepressiva lze v den operace vysadit. Naopak je nutno dodržet rozpis terapie Parkinsonovy nemoci, při vynechání hrozí parkinsonská krize. Dlouhodobá terapie exogenními kortikosteroidy vede k supresi jejich tvorby v nadledvinách a je třeba je suplementovat.^{2/} Specifickou přípravu mají pacienti s diabetes mellitus.^{2,8/} Pacienti s diabetem prvního typu vyžadují terapii inzulinem podle aktuální glykemie, pacienti s diabetem druhého typu, pokud jsou současně léčeni inzulinem, mají individualizovanou léčbu. Dlouhodobě působící inzulin aplikovaný večer před operací bez omezení příjmu potravy se ponechává, případně se jeho dávka snižuje o 20–25 %, prandiální inzulin se nepodává a pacient dostává infuzi glukózy s inzulinem intravenózně podle aktuálních hodnot glykemie. Pokud je pacient léčen perorálními antidiabetiky, většina pracovišť doporučovala vysadit metformin dva dny před operací, zejména pokud je vyšší riziko zhoršení renálních funkcí. Novější doporučení jsou liberálnější, u menších operací lze metformin ponechat i v den operace, pokud pacienti nemají riziko renální toxicity a laktátové acidózy, u větších výkonů ho vynechat 24 hodin předem a znovu nasadit co nejdříve. Ostatní látky (gliptiny, glutidy a glifloziny) se vysazují až ráno v den operace, byť některé autoři doporučují ponechat gliptiny i v den výkonu.^{2,8/} Suplementaci thyroxinu lze v den operace vzhledem k dlouhodobému účinku nepodat, rozhodnutí je individuální. Pacienti dlouhodobě léčení opioidy pro chronickou bolest tuto léčbu nepřerušují, lze ale očekávat zvýšenou potřebu analgetik po operaci.^{2,9/}

Z látek zneužívaných k rekreačním účelům se doporučuje s předstihem upustit od užívání kanabinoidů, které v perioperačním období zvyšují riziko srdečního infarktu, vzestupu či naopak poklesu krevního tlaku a srdeční frekvence, a na rozdíl od použití u chronické bolesti zvyšují intenzitu akutní pooperační bolesti a pooperační nevolnost a zvracení (PONV).^{10,11/} Vysoké riziko perioperačních komplikací představuje kokain a další sympatomimetika, při zneužívání opioidů jsou obdobná rizika jako uvedená výše při léčebném podávání. Kouření by mělo být ukončeno 5–6 týdnů před operací, což však bývá málokdy dodrženo.^{12/} Akutní intoxikace nikotinem ať již z klasické nebo elektronické cigarety/vaporizéru vede k vazokonstrikci trvajícím několik hodin, proto se doporučuje nekouřit 18–24 hodin před operací.^{12,13/}

FARMAKOLOGICKÁ PŘÍPRAVA PŘED ANESTEZIÍ

Cílem předanestetické farmakologické přípravy (premedikace) je navození sedace, anxiolýzy a amnézie (hlavně u dětí). Její podání by mělo být načasováno tak, aby maximum účinku bylo těsně před příjezdem na operační sál a hypnotický efekt nekolidoval s ukončením anestezie. S dostupností nových anesteziologik a s přechodem na ambulantní a jednodenní chirurgii dochází ke změně paradigmatu premedikace. Od potních dlouhodobě působících látek vyvolávajících těžkou sedaci a suchost sliznic se přešlo k látkám s krátkodobějším účinkem. Večerní příprava spočívá v navození spánku, který by měl co nejvíce připomínat spánek fyziologický. Dlouhodobě působící benzodiazepiny jsou vzhledem k paradoxnímu účinku relativně

kontraindikovány u pacientů starších 65 let, podávají se spíše tzv. Z-hypnotika (zolpidem, zopiklon), u kterých se předpokládá, že mají bezpečnější farmakologický profil zejména u seniorů, ačkoliv při dlouhodobějším podávání se tento předpoklad nepotvrdil.^{14/} V ranní premedikaci a premedikaci před vlastní anestezí se preferuje perorální podání. Z mnoha používaných látek se postupně upustilo od atropinu, který zůstává v perorální formě indikován hlavně u dětí před otorinolaryngologickými a oftalmologickými výkony, a při použití ketaminu, který vyvolává hypersalivaci. Z mnoha dříve doporučovaných látek se recentně nedoporučují gabapentinoidy ani nesteroidní analgetika. Podání opioidů je doporučeno primárně tam, kde má pacient bolest ještě před vlastní operací, od preventivního, resp. preemptivního podání se ustoupilo.^{2/}

Před plánovaným výkonem by měl pacient lačnit, aby se omezilo riziko aspirace žaludečního obsahu. Doporučovaná délka lačnění se liší dle typu stravy: 2 h pro čistou tekutinu (bez alkoholu), 4 h pro mateřské mléko, 6 h pro kojeneckou výživu, lehkou stravu a mléko a 8 h i déle v případě smaženého, tučného jídla nebo velkého objemu.^{15/} Problémem však může být dlouhodobé lačnění. S výhodou je pacientovi ještě dvě hodiny před úvodem do anestezie podávat isotonický sacharidový nápoj.^{15/}

PRŮBĚH CELKOVÉ ANESTEZIE

Základem celé koncepce anesteziologické péče je zajistit pacientovi maximální bezpečnost. Kromě klinického sledování sem patří monitorace oběhu (EKG, neinvazivní nebo přímé měření krevního tlaku, u rozsáhlých operací i srdečního výdeje), dýchání (pulsní oxymetrie, u umělé plicní ventilace kapnometrie), složení vdechované a vydechované směsi, parametry nastavení přístroje pro umělou plicní ventilaci, hloubka svalové relaxace, v některých případech i sledování různě zpracovaného EEG.

Úvod do celkové anestezie je u dospělých zpravidla nitrožilní, u malých dětí pak častěji inhalační sevofluranem, méně často intramuskulárně ketaminem. Inhalační úvod volíme i u dospělých v případě očekávaného obtížného zajištění dýchacích cest, protože hloubka anestezie při inhalačním úvodu je ve srovnání s nitrožilním lépe říditelná a v případě zhoršování průchodnosti dýchacích cest lze anestezii snáze přerušit a použít alternativní postupy. Zajištění průchodnosti dýchacích cest je nezbytnou součástí anesteziologické praxe. Pro krátké výkony stačí obličejová maska, ale jinak se (dle předpokládané délky operace, polohy pacienta apod.) používá tracheální intubace nebo laryngeální maska. Preoxygenace (inhalace 100% kyslíku maskou při spontánním dýchání ještě před podáním anestetika pro vytěsnění dusíku z plic) prodlužuje dobu do případného nástupu hypoxie. Při apnoe se tak prodlouží interval poklesu saturace hemoglobinu kyslíkem běžně až na 10 minut (na méně než polovinu u dětí a obézních osob).

Kombinace léků pro vedení anestezie a její ukončení je popsáno u jednotlivých farmak v předchozích dílech. Pacient je pak podle celkového stavu a typu operace předán na standardní oddělení, jednotku intenzivní péče nebo resuscitační oddělení. Překlady na standardní oddělení může předcházet pobyt na postanestetické jednotce, kde se doladuje léčba akutní pooperační bolesti a některé komplikace (např. PONV).

Prevence a profylaxe PONV je jedním z důležitých faktorů přispívajících ke zlepšení perioperačního průběhu. Příčiny PONV jsou multifaktoriální a zdaleka ne vždy souvisí s anestezí. Mezi známé rizikové faktory patří ženské pohlaví, mladší věk, nekuřáctví, kinetóza, délka a typ operace a anamnéza předchozí PONV. Z faktorů ve vztahu k celkové anestezii je to použití volatilních anestetik, oxidu dusného a opioidů. Ke snížení výskytu PONV se využívá multimodální přístup: u rizikových pacientů omezení

opioidů a oxidu dusného, samostatné antiemetické vlastnosti má propofol (viz část 1). Při úvodu do anestezie se nejčastěji podává dexamethason 4–8 mg a před koncem operace ondansetron 4 mg. Existuje více možností, ale detailní přehled je mimo rozsah článku.^{16/}

RIZIKA CELKOVÉ ANESTEZIE

Bezpečnost pacientů je hlavní zásadou anesteziologické péče. Anesteziologie je jako obor již půl století lídrem v medicíně, pokud jde o výzkum bezpečnosti pacientů a zavádění standardů a systematického zlepšování procesů péče. Toto úsilí bývá často srovnáváno s opatřeními ke zvýšení bezpečnosti v letecké dopravě. Samotná celková anestezie je velmi bezpečná, odhad smrtelné komplikace vyvolané pouze anestezí je podle různých způsobů vykazování a použitých kritérií odhadován na 1 : 200 000 až 1 : 300 000 podaných anestezí.^{17/} Na druhou stranu ale anestezie může přispět k úmrtí v souvislosti s operací. Každá operace představuje pro organismus zvýšenou zátěž, a pokud má pacient komplikující onemocnění, může je anestezie zhoršit nežádoucími účinky na oběh, méně často na dýchací systém. Smrt bývá následkem dekompenzace chronického stavu, se kterým již pacient do nemocnice k operaci přišel. Perioperační mortalita je tak odhadována 1 : 300 až 1 : 530 v závislosti na délce sledování po operaci.^{17/} Studie provedená v r. 2011 ve 28 evropských zemích uvádí sedmidenní mortalitu až 4 % (v ČR 2,3 %).^{18/} V klinickém hodnocení nebyly zahrnuty výkony jednodenní chirurgie a kardiochirurgické, neurochirurgické, radiologické a porodnické operace. Mezi rizikové faktory patří zhoršený celkový stav dle klasifikace ASA (American Society of Anesthesiologists), rozsah operace, urgentní vs. plánovaná operace a v uvedeném pořadí dle rizika jaterní cirhóza, městnavé srdeční onemocnění, metastatické postižení, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus léčený inzulínem, chronické plicní onemocnění, cévní mozková příhoda.^{18,19/}

Dalším možným špatným výsledkem je, že pacienti po operaci mají významně sníženou kvalitu života, případně ztratí soběstačnost a zůstanou závislí na další péči. Velkým rizikem je křehkost, kterou můžeme zjednodušeně popsat jako významné snížení rezerv organismu, kdy i malá zátěž může vést ke smrti, nebo ztrátě tělesných funkcí. Lze ji klasifikovat podle jednoduchých faktorů (nechtěná ztráta hmotnosti, pomalá chůze, svalová slabost – slabý stisk ruky, vyčerpanost/apatie, nízká mentální kapacita), nebo na základě podrobnějších vyšetření. Kromě ztráty tělesné zdatnosti sem patří i ztráta kognitivních funkcí, soběstačnosti a sociální křehkost. Indikace k plánovaným operacím by měly být vždy multidisciplinární s přihlédnutím k preferencím pacienta a s ohledem na jeho očekávanou kvalitu života po operaci.^{20/}

Častou obavou pacientů je ztráta kognitivních funkcí, která je však následkem především samotné operace, nikoliv anestezie. Do perioperační neurokognitivní poruchy (perioperative neurocognitive disorder, PND) patří několik stavů: preexistující neurokognitivní

porucha, pooperační delirium, opožděné neurokognitivní zotavení a pooperační neurokognitivní porucha.^{21/} Pooperační delirium je většinou fluktuující porucha pozornosti, kognice nebo vědomí, která vzniká krátce po operaci, zpravidla nepřetrvává delší dobu a dochází k úpravě. Pooperační neurokognitivní porucha je naopak dlouhodobá záležitost. Předklinické a klinické studie stále více prokazují, že hlavní roli v patogenezi PND má neurozánět sahající od periferního poškození až po odumírání neuronů.^{22/} Data z randomizovaných klinických studií dokumentují, že hlavním faktorem vyvolávajícím PND je samotná operace. U starších osob došlo ke stejnému poklesu globálních kognitivních funkcí po operaci jak v pouze místní, tak i celkové anestezii.^{23/} Častěji se vyskytuje u pacientů vyššího věku s již preexistující poruchou kognice, křehkostí, systémovým onemocněním mozku a abúzem alkoholu a psychotropních látek.^{21/} U osob s vyšším předpokládaným rizikem se doporučuje provádět jednoduchý test kognice, například TEGEST nebo ALBA.^{21,24/}

LÉČBA POOPERAČNÍ BOLESTI

Intenzita pooperační bolesti závisí na mnoha okolnostech. U těžké operace se intenzita bolesti může interindividuálně lišit až desetkrát, a ani u téhož pacienta není při opakovaných operacích vždy stejná. Léčba akutní pooperační bolesti je multidisciplinární proces. Poučení pacienta a seznámení s měřením intenzity bolesti a možnostmi terapie provádějí všichni zdravotníci. Nejčastěji se používá numerická škála O (bez bolesti) až 10 (maximálně představitelná bolest), případně verbální popis (žádná, mírná, střední, silná, krutá). Méně srozumitelná je vizuální analogová škála používající např. rozšiřující se trojúhelník s ryskou a číselnou hodnotu jen z druhé strany. Obecně by hodnota neměla být vyšší, než mírná, tj. nedosáhnout hodnoty 4 a více. U malých dětí se používají objektivní známky (charakter pláče, svalový tonus, parametry dýchání a oběhu). Během operace výsledek intenzity bolesti závisí na operatérovi (rozsah rány, délka operace) a anesteziologovi, který by měl vést anestezii tak, aby se pacient probudil bez bolesti, nebo jen s mírnou bolestí i po dobu transportu na pokoj. Další péče pak nejvíce závisí na ošetřujících sestrách (nelékařských zdravotnických pracovnících, NLZP) a ošetřujícím lékaři. Pokud je k analgezii použita lokoregionální metoda (epidurální katetr, periferní nervové blokády), většinou bývá léčba v rukou anesteziologů. Na některých pracovištích jsou vytvořeny specializované týmy pro léčbu akutní pooperační bolesti. V Evropě jsou tvořeny především NLZP, kteří kontrolují kvalitu léčby a v případě potřeby konzultují svého lékaře, kterým bývá anesteziolog.

Recentním trendem je urychlení zotavení po operaci (koncept ERAS – Enhanced Recovery After Surgery) spojené s celkovou péčí o pacienta. Jednotlivé složky jsou nejen tlumení bolesti multimodálním přístupem (viz výše), ale celá řada dalších opatření (koncept DREAMS: Drinking – časné napití, EAtting – časný příjem stravy, Mobilizing – časná mobilizace, Sleeping – kvalitní spánek) – viz **tabulka 2**.^{25/} Z týmů věnujících se pouze tlumení pooperační bolesti vznikají perioperační týmy sledující i výživu a zajištění

Tab. 2 Optimální analgezie po operaci

Optimalizace komfortu	Rychlá obnova funkcí	Méně nežádoucích účinků
měření intenzity bolesti	časný příjem tekutin	nevolnost a zvracení
dopad bolesti na emoce	časný příjem stravy	sedace a závratě
dopad bolesti na funkce	časná mobilizace	pooperační ileus
poruchy spánku	péče o močení a stolici	svědění
snížení negativní zkušenosti	zachování denních aktivit	delirium

Modifikováno dle ^{25/}

příznivých faktorů prostředí a v zahraničí již tzv. surgical homes vedené nikoliv chirurgy, ale lékaři oboru anesteziologie a intenzivní medicína. Podle dostupných zpráv jsou pacienti dříve propuštěni a mají i menší riziko obecných komplikací.^{25/}

PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme doc. MUDr. Jiřímu Málkovi, CSc. za přípravu tématu pro toto vydání.



LITERATURA

1. Věstník MZ ČZ 1/2018 Doporučený postup interního předoperačního vyšetření před elektivními operačními výkony. Dostupné na: <https://www.mzcr.cz>
2. Horáček M. Perioperační farmakoterapie. In: Vymazal T, Michálek P, Klementová O a kol. Anesteziologie (nejen) k atestaci. Grada, Praha 2021, s. 58–63.
3. SmPC jednotlivých účinných látek. Dostupné na: <https://www.sukl.cz>
4. Fonseca NM, et al. SBA 2020: Regional anesthesia guideline for using anticoagulants update. *Braz J Anesthesiol* 2020; 70(4): 364–387.
5. Kietaiabl S, et al. Regional anaesthesia in patients on antithrombotic drugs: Joint ESAIC/ESRA guidelines. *Eur J Anaesthesiol* 2022; 39(2): 100–132.
6. McKenzie NL, et al. Preoperative β -blocker therapy and stroke or major adverse cardiac events in major abdominal surgery: A retrospective cohort study. *Anesthesiology* 2023; 138: 42–54.
7. Cao C, et al. Hypertensive crisis in a pediatric patient experiencing clonidine withdrawal. *Case Rep Pediatr* 2022; 2022: 9005063.
8. Horová E. Předoperační příprava pacienta s diabetem a perioperační péče. *Oborový speciál* 2020; 1. Dostupné na: <https://www.prolekare.cz/>
9. Málek J, Ševčík P. Léčba pooperační bolesti. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf; 2021, 190 s.
10. Ladha KS, et al. Perioperative pain and addiction interdisciplinary network (PAIN): consensus recommendations for perioperative management of cannabis and cannabinoid-based medicine users by a modified Delphi process. *Br J Anaesth* 2021; 126(1): 304–318.
11. Málek J. Komentář ke článku: Léčebné konopí a jeho význam pro současnou medicínu. *Anest intenziv Med* 2023; 34(2): 79–80.
12. Marešová A. Vliv kouření cigaret na předoperační, peroperační a pooperační období – praxe založená na důkazech. Olomouc 2020. Dostupné na: https://theses.cz/id/mppqkj/Maresova_Aneta_-_Vliv_koureni_cigaret_na_predoperacni_per.txt
13. Whitehead AK, et al. Nicotine and vascular dysfunction. *Acta Physiol (Oxf)* 2021; 231(4): e13631.
14. Agravat A. Z'-hypnotics versus benzodiazepines for the treatment of insomnia. *Progress in Neurology and Psychiatry* 2018; 22(2): 26–29.
15. Černý V. Praktická doporučení pro předoperační lačnění a použití farmak k prevenci aspirace před plánovanými operačními výkony. *Anest intenziv Med* 2017; 28: 322–323.
16. Jin Z, et al. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting (PONV): A review of current recommendations and emerging therapies. *Ther Clin Risk Manag* 2020; 16: 1305–1317.
17. Lagasse SROV. Anesthesia Safety: Model or Myth?: A Review of the Published Literature and Analysis of Current Original Data. *Anesthesiology* 2002; 97: 1609–1617.
18. Pearse RM, et al.; European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet* 2012; 380(9847): 1059–1065.
19. Meredith S. Anaesthetists Highlight Potential Risks During Procedures. *Medscape*. 10. 11. 2023. Dostupné na <https://www.medscape.co.uk/viewarticle/anaesthetists-highlight-potential-risks-during-procedures-2023a1000s4z>
20. Horáček M, Vymazal T. Křehký pacient. In: Vymazal T, Michálek P, Klementová O a kol. Anesteziologie (nejen) k atestaci. Grada, Praha 2021, s. 989–997.
21. Nekvindová K, et al. Perioperative neurocognitive disorder – advanced narrative review. *Anest intenziv Med* 2022; 33(1): 39–44.
22. Safavynia SA., Goldstein PA. The role of neuroinflammation in postoperative cognitive dysfunction: Moving from hypothesis to treatment. *Front Psychiatry* 2019; 9: 752.
23. Sprung J, et al. Cognitive function after surgery with regional or general anesthesia: A population-based study. *Alzheimers Dement* 2019; 15(10): 1243–1252.
24. Bartoš A. Nové testy paměti. 2018. Dostupné na: https://www.nudz.cz/adcentrum/dokumenty/3_Bartos_Nove_Testy_Pameti_Zlist_2018.pdf
25. McEvoy MD, et al. Perioperative quality initiative (POQI) I workgroup. American society for enhanced recovery (ASER) and Perioperative quality initiative (POQI) joint consensus statement on optimal analgesia within an enhanced recovery pathway for colorectal surgery: part 1-from the pre-operative period to PACU. *Perioper Med (Lond)* 2017; 6: 8.

Farmakoterapeutické informace, nezávislý lékový bulletin pro lékaře a farmaceuty, vychází jako měsíčník (letní dvouměsíčník). Je členem Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB) od roku 1996. Jeho záměrem je předkládat kvalitní, aktuální a nezávislé odborné informace. Témata jsou připravena vybraným odborníkem, rukopisy procházejí redakčním zpracováním, odbornou oponenturou členů Redakční rady a nezávislým recenzním řízením. Poděkování patří všem zúčastněným.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Na domovské stránce www.sukl.cz jsou v sekci Publikační činnost dostupné v elektronické podobě. V tištěné podobě jsou dále pravidelnou přílohou Časopisu českých lékárníků.

Odborná redakce: Mgr. Dagmar Dolinská, PharmDr. Kateřina Viktorová, MUDr. Tomáš Boráň, MUDr. Martina Kotulková

Redakční rada: prof. MUDr. Filip Málek, Ph.D., Kardiologie Nemocnice na Homolce; doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK; doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D., Ústav farmakologie 3. LF UK; prof. MUDr. Jaroslav Živný, DrSc., člen výboru Spolku českých lékařů v Praze

Kontakt na redakci: e-mail: redakcefi@sukl.cz; **Korespondenční adresa:** Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Malí pacienti Dětské kliniky FN Olomouc mají nový přístroj na podporu dýchání

Stalo se tak díky daru 185 614 korun, který klinice a nemocným dětem věnovala nezisková organizace Crosspoint Olomouc za spoluúčasti města Olomouc. Přístroj Simeox pro podporu očisty dýchacích cest pomáhá malým pacientům trpícím cystickou fibrózou a jinými chronickými onemocněními plic.

Technologie Simeox je určena pro řešení odhlehování pacientů trpících obstrukčními plicními chorobami během jejich

respirační terapie. Vibrační signál, který je generován přístrojem, stimuluje strukturu hlenu tak, aby mohl být transportován z těla ven. Přístroj je bezpečný a snadno ovladatelný, takže umožňuje použití nejen zdravotníky, ale po správném zaškolení také samotnými pacienty či jejich blízkými. „Přístroj využijeme pro nutnou, a hlavně úlevnou očistu dýchacích cest nejen u astmatických pacientů hospitalizovaných na naší klinice, ale mohli bychom jej časem nemocným dětem a jejich rodinám půjčovat i domů,“ říká klinický imunolog a pneumolog prof. MUDr. František Kopriva, Ph.D., z Dětské kliniky Fakultní nemocnice Olomouc.

Podpory Crosspointu se velmi cení také přednostka Dětské kliniky Fakultní nemocnice Olomouc doc. MUDr. Eva Karásková, Ph.D.: „Chtěla bych z celého srdce poděkovat manželům Rážovým (Crosspoint) a jejich spolupracovníkům za všechno, co pro nás,



a hlavně pro nemocné děti udělali. Nový přístroj pomůže zejména dětem s cystickou fibrózou a dalšími chronickými plicními chorobami v jejich nelehkém zápasu s tíživým onemocněním.“

(eta), foto: FN Olomouc

NedoVak zvyšuje komfort rodičů i nedonošených dětí

Neonatologického oddělení v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně (KNTB).

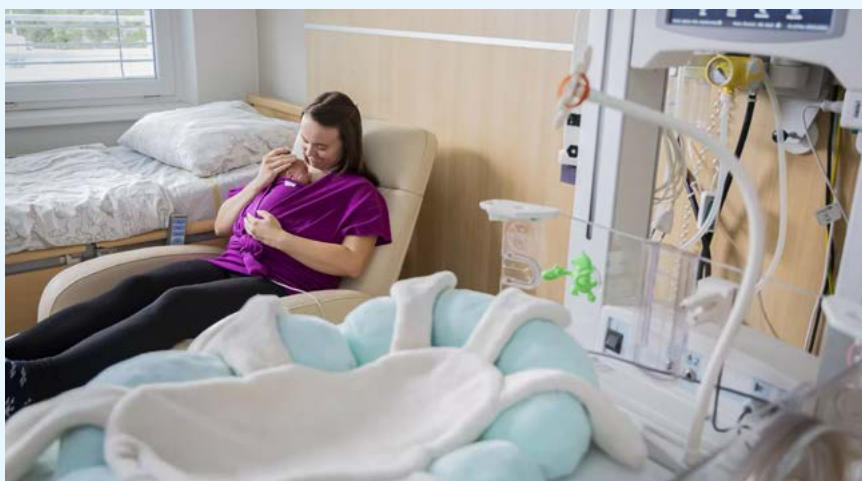
„Všichni asi znají pojem klokánkování, kdy se dítě uváže do šátku na břicho, aby mělo co nejtěsnější kontakt s maminkou. Nedovak byl vyvinutý právě na těchto principech. Je ale uvázaný tak bezpečně, aby maminka mohla usnout nebo si číst, aniž by

se s dítětem mohlo cokoliv stát,“ vysvětluje primář neonatologie KNTB a iniciátor vzniku vaku MUDr. Jozef Macko. „Je velmi důležité, aby rodiče byli zapojeni do péče o novorozence co nejdříve. Dvojnásob to platí u nedonošených dětí,“ dodává primář Macko.

V současné době ušili v Nedoklubku již více než 400 kusů a distribuovali je do různých perinatologických center v ČR. „O NedoVak je velký zájem. Iniciovali jsme proto vznik edukačního videa pro zdravotníky, aby věděli, jak vak správně uvázat a jak umístit miminko, aby kontakt „skin to skin“ mohl trvat co nejdéle,“ vysvětluje koordinátorka Divoká. NedoVak je vyroben z vysoce elastického materiálu, aby se přizpůsobil tělu rodiče i novorozence. „Když si na sebe vzpomenu jako na maminku předčasně narozené holčičky, úplně si vybavuji ten pocit strachu, že při klokánkování třeba usnu a miminko vyklouzne a ublíží si. S NedoVakem se to stát nemůže,“ říká ředitelka organizace Nedoklubko Lucie Žáčková.

(eta), foto: KNTB Zlín

NedoVak je bezpečný „vak“ pro nedonošené děti. Vyvinula jej koordinátorka neziskové organizace Nedoklubko pro Zlínský kraj Radka Divoká spolu se sestrami a lékaři



Věk pacientů s onemocněním ledvin roste, za poslední dekádu o několik let

Od roku 2014 vzrostl průměrný věk dialyzovaného pacienta z 66 na 68 let, u pacientů v nefrologické ambulanci z 55 na 59 let. Vyplývá to z dat společnosti B. Braun Avitum a Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). „Trend to je jasný. Navíc čím starší pacient, tím více přidružených nemocí. Je to výzva budoucnosti, na kterou bude muset nefrologie i geriatrie reagovat,“ říká předseda České nefrologické společnosti a přednosta Transplantcentra IKEM profesor Ondřej Viklický.

Starší pacienti potřebují více péče

V roce 2014 činil průměrný věk dialyzovaného pacienta v dialyzačních střediscích společnosti B. Braun Avitum 66 let. Společnost zajišťuje dialýzu pro přibližně čtvrtinu českých pacientů. O osm let později, na konci roku 2022, už to bylo 68 let. Vyšší průměrný věk evidují zdravotníci u žen (70,2 roku) než u mužů (66,4). Podobný trend i na ostatních dialýzách potvrzuje i Česká nefrologická společnost. „Na střediscích průběžně sledujeme nejenom kvalitativní parametry léčby pacientů, ale i jejich diagnózy a věk. V době covidových let se růst věku zastavil a nyní je opět na vzestupu. Už nejsou výjimkou ani pacienti starší 90 let. Zvyšuje se i počet přítomných diagnóz jednotlivých pacientů, které je třeba řešit nebo zohledňovat při nastavování dialyzačního programu. Je ovšem třeba vnímat, že věk samotný není kontraindikací třeba i k transplantaci ledviny, jak ukazuje příklad téměř 80letého pacienta z Dialyzačního střediska Bulovka,“ popisuje zkušenosti nefrologů vedoucí lékař MUDr. Vladimír Vojanec. Jak vyplývá z dosud nepublikovaných dat ÚZIS, trend stárnutí pacientů s chronickým onemocněním ledvin se ukazuje i v nefrologických ambulancích. Tam je růst věku ještě citelnější – o 4 roky za 12 let. Pokud bude růst věku pacientů v nefrologických ambulancích pokračovat stávajícím tempem, bude se brzy pohybovat nad 61 lety. Péče o starší pacienty je náročnější, protože zvyšuje nároky na koordinaci a komplexitu péče, komplikuje samotné dialyzační ošetření a také zvyšuje nároky na asistenci v případě domácích dialyzačních metod. „Starším pacientům musíme věnovat více péče, často mají zhoršenou mobilitu, snížený sluch či kognitivní funkce, takže potřebují asistenci zdravotníků nebo pomoc od členů rodiny. Preferencí je určitě zachování co nejlepší kvality života,“ doplňuje MUDr. Vladimír Vojanec.

Dialyzovaní senioři většinou spadají z hlediska geriatry do třetí kategorie křehkých, tzv. frailty pacientů nad 65 let. Geriatrická křehkost (frailty) je klinicky a funkčně závažný, multikauzálně podmíněný pokles potenciálu zdraví převážně v pokročilém stáří. Křehkost souvisí se syndromy, jako je chronické riziko pádů, zhoršení kognitivních schopností (mírný až střední stupeň demence), psychická labilita, až deprese, malnutrice a nestabilní stav chronických onemocnění. Jde o nejzávažnější geriatrický syndrom, který postihuje 5–10 procent osob nad 70 let a více než 20 procent osob nad 80 let věku. „Od ledna 2024 je křehkost geriatrických pacientů samostatná diagnóza s úhradovým kódem. Považuji to za velký posun, protože nyní můžeme křehkost geriatrických pacientů sledovat a její vyšetření se také začne proplácat,“ vysvětluje předsedkyně České geriatrické společnosti MUDr. Božena Jurašková. V současnosti je v jednání se zdravotními pojišťovnami kód na sledování malnutrice a úhradový kód na „lékovou revizi“, pomocí něhož by se u pacientů řešilo nadužívání léků, případně také jejich špatná kombinace. Počet křehkých pacientů se bude nadále zvyšovat, protože podíl seniorů v Česku dlouhodobě roste. V současnosti u nás žije kolem 2,2 milionu lidí 65+, což představuje přes 20 procent populace. Do konce roku 2050 se tento počet podle statistik vyšplhá na tři a čtvrt milionu. „V současnosti vzniká Národní geriatrický plán, který bude definovat hlavní cíle geriatrické péče. Je jich celá řada, ale já osobně za hlavní problém současného stavu považuji dlouhodobý nárůst polypragmatie, tedy už zmiňované nadužívání léků. Český senior v ambulantní péči průměrně bere 4–6 léků, v domovech pro seniory ještě více. Riziko nežádoucí interakce pak velmi rychle roste. Je potřeba přijmout účinné řešení. Například automatické přehodnocení situace v okamžiku, kdy lékař zjistí, že senior pravidelně bere více než pět léků,“ říká MUDr. Božena Jurašková.

Covid a long covid nejen v péči o ledviny

Přestože se nemoci covid-19 nevěnuje taková pozornost jako v pandemických letech 2020 a 2021, v nefrologických ambulancích a na dialyzačních střediscích je to stále silné téma. Samozřejmě i tady platí čím starší, tím rizikovější pacient. „Pokud mluvíme o akutní infekci, tak víme, že ledvinám covid způsobuje tzv. s covidem asociovanou glomerulopatii. Je to onemocnění, které se velmi podobá poškození ledvin u infekce HIV. Když se toto onemocnění nepodaří stabilizovat, směřuje velmi rychle do selhání ledvin a pacienti s touto diagnózou mají zhruba 30procentní riziko, že budou na konci prvního roku dialyzováni. Zároveň se potýkáme i s tím, že je tato akutní fáze poddiagnostikována,“ říká přednosta Kliniky nefrologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze profesor Vladimír Tesař. Ještě více se mezi nefrology mluví o tzv. long covidu, který je pro lékaře mnohdy velmi těžko diagnostikovatelnou směsicí dílčích diagnóz od nespavosti, kožních změn přes chronickou únavu až třeba po aterosklerózu. „Naše zatím nepublikovaná data hovoří o tom, že zhruba 50 procent pacientů, kteří prodělají covid, má známky long covidu od zanedbatelných až po docela závažné,“ říká profesor Ondřej Viklický. Řešení long covidu je podle předních českých odborníků na jednotlivých specializacích. Přes velmi komplikovanou diagnostiku apelují nefrologové na lékaře, aby nepodléhali diagnostickému ani terapeutickému nihilismu. „Pokud nespécifikované potíže přetrvávají, je na místě návštěva jednoho z deseti Center postcovidové péče. Jedno z prvních bylo otevřené například ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Lékaři z těchto center už mají i několikaleté diagnostické zkušenosti a umí efektivně poradit,“ říká profesor Vladimír Tesař.

(red)

Zdroj: B. Braun

Medicína

A photograph of a tunnel-like structure made of many layers of corn cobs, receding into the distance towards a bright light at the end. The corn cobs are arranged in a circular pattern, creating a perspective that draws the eye towards the center. The lighting is warm and golden, highlighting the texture of the corn.

Spánek a léky

Na 36. českém a slovenském neurologickém sjezdu byl samostatný přednáškový blok věnován poruchám spánku, a to v ne zcela běžně zmiňované souvislosti. Přednášející totiž hovořili o nežádoucích účincích léků na spánek.

Je dobré dát tomu čas

Příspěvek o nadměrné denní spavosti (dále EDS) v kontextu s medikací na nedávném českém a slovenském neurologickém sjezdu přednesla MUDr. Kateřina Seltenreichová, Ph.D. (Centrum pro poruchy spánku, Nemocnice Na Homolce). EDS je definovaná jako neschopnost udržet bdělost a pozornost během obvyklé doby bdělosti s nechtěnými epizodami ospalosti a/nebo spánku. EDS zvyšuje riziko nehod a chyb a může také být symptomem závažného onemocnění.

Nadměrná denní spavost může být důsledkem užívání léků ovlivňujících kvalitu a architekturu nočního spánku. „Popsaný vliv mohou vykazovat všechna farmaka procházející hematoencefalickou bariérou. Kromě léčiv primárně cílících na centrální nervovou soustavu jako je antiseizure medication, zkráceně ASM, jde o léky užívané v epileptologii

jako protizáchvatové léčivé přípravky, dále zejména o antidepresiva a antipsychotika, s ovlivněním spánku se můžeme setkat u některých analgetik i léčiv zaměřených na kardiovaskulární či respirační systém,“ uvedla doktorka Seitenreichová. Upozornila tak na někdy poněkud opomíjenou skutečnost, že nemalá část neurologických pacientů je polymorbidní, tudíž opomíjet nikdy nelze vliv interakcí s dalšími farmaky, které pacient užívá současně. Připomněla také možné terapeutické využití myorelaxancií a antihistaminik.

Existují také možnosti, jak EDS vzniklou vlivem léčiva řešit. „Vždy je dobré dát tomu nějaký čas, tedy počkat, jestli EDS neodezní. Někdy pomůže, pokud to lze, užívat léčivo, kterému EDS připisujeme, v jinou denní dobu, než byla dosavadní. Vždy doporučujeme dodržovat pravidla spánkové hygieny a samozřejmě by měla být eliminace

alkoholu. Uvažovat bychom měli nad už připomenutými lékovými interakcemi,“ upřesnila doktorka Seitenreichová. Jak dále uvedla, vzájemnému odlišení jednotlivých dílčích vlivů farmak způsobujících nadměrnou denní spavost může napomoci spánková monitorace, ideálně kompletní polysomnografie.

Medikace může měnit spánkovou architekturu

Poruchy dýchání ve spánku mohou souviset s medikací – ale nejen s ní. „Jak víme z fyziologie, dýchání je během spánku regulováno cirkadiánními, endokrinními, mechanickými a chemickými faktory. Volní kontrola dýchání je ve spánku potlačena. Platí také, že na ventilaci aktivitu mají vliv jednotlivá spánková stadia,“ připomněla na úvod svého příspěvku MUDr. Jana Slonková, Ph.D. (Neurologická klinika Fakultní nemocnice Ostrava).

Při fázi REM je intenzita mozkové činnosti podobná jako za bdělého stavu, doprovází ji oční pohyby se závěrečnými víčky a uvolňují se svaly. NREM charakterizuje útlum mozkové činnosti, tělesný klid a uvolnění. V NREM stadiích spánku N1 a N2 (usínání a lehký spánek) pozorujeme více periodické dýchání, pravidelnější a stabilnější je pak ve stadiu NREM spánku N3 (jde o první stadium hlubokého spánku). V REM spánku je ventilace nepravidelná. Navíc se během REM vázané svalové atonie může projevit i nedostatečná funkce bránice, což může vést ke vzniku poruchy dechu vázané na spánek (sleep-disordered breathing – SDB). Medikace může mít vliv na dýchání ve spánku prostřednictvím různých mechanismů. Může měnit chemickou a nervovou kontrolu dýchání, může měnit spánkovou architekturu, ale také pozitivně působit na svalové napětí a poruchu dechu ve spánku zlepšit.

Léky, respektive jejich indikace z hlediska vlivu na dýchání ve spánku, tedy mohou mít velký a zároveň ne vždy očekávaný vliv. Fatální stejně – i mno-



hem více – mohou být i úplně jiné okolnosti.

Opomíjet tedy nelze ani fakt, že za zásadní narušení kvality spánku může být zodpovědná i některá z poruch dýchání ve spánku. V naší populaci k těm nejčastějším patří syndrom obstrukční spánkové apnoe, kdy dochází k přerušování toku vydechaného vzduchu na více než deset vteřin.

U obstrukční spánkové apnoe bývá metodou volby konzervativní léčba s tím, že pacienti by především měli být motivováni ke snížení hmotnosti a úpravě životního stylu, zejména omezení alkoholu a hypnotik (velmi často jde totiž o pacienty s nadváhou či obezitou různého stupně).

Má náš pacient důvěru v léčbu?

„Nespavost je podle zjednodušené a snadno zapamatovatelné definice dána neschopností spánek navodit nebo spánek udržet při dodržení odpovídajících podmínek k nerušenému spánku. Nekvalitní/nedostatečný spánek pak významně ovlivňuje kvalitu našeho života,“ připomněl MUDr. Martin Pretl, CSc. (Inspamed, s.r.o., Institut spánkové medicíny, Praha).

Etiopatogeneze nespavosti je v současnosti pojmána komplexně jako kombinace psychoneurobiologických, kognitivně-behaviorálních a epigenetických faktorů, takže se pohybuje v průsečíku hned několika vědních oborů, které by spolu měly v ideálním případě spolupracovat, což se naštěstí do značné míry děje.

V léčbě nespavosti hrají dvě nejdůležitější role psychoterapie a farmakoterapie. Právě ta druhá z nich, totiž farmakoterapie, ovšem přináší kromě pozitivního efektu i časté komplikace.

Kromě všeobecně známých nežádoucích účinků u chronicky podávaných léků (hypnotika, sedativa, anxiolytika) se může na kvalitě spánku a rozvoji nespavosti podílet i souběžně podávaná medikace. Insomnie se může rozvinout jako vedlejší příznak při užívání stimulantů, antidepressiv, antihypertenziv, hypolipidemik, anorektik, kortikoidů, antiparkinsonik, antiepileptik, dekonjescenťů, theofilinu a dalších léků.

Nejde ale zdaleka jen o léky, zapominat nelze ani na vliv alkoholu, kofeinu a/nebo třeba drog, včetně těch eufemisticky označovaných jako „rekre-



Ilustrační foto: 123rf.com

ační“. Negativní vliv na rozvoj nespavosti obecně mají i toxiny a alergeny z prostředí, ve kterém žijeme. V neposlední řadě je při zjišťování příčiny nespavosti na místě i otázka na případné vysazení některého léku nebo látky, které pacient dosud užíval.

Velmi často se nejen v kardiologii hovoří o statinech, respektive přisuzují se jim možné (i takřka nemožné) nežádoucí účinky. Jak přednášející připomněl, statiny byly svého času zmiňovány i ohledně jejich vlivu na spánek. Přitom už metaanalýza (Broncel M, et al., Arch Med Sci. 2015;11(5):2532–2561) dokumentovala, že statiny nemají signifikantní nežádoucí účinky na trvání a efektivitu spánku. Stejně tak je nemají na latenci usnutí, latenci N1. Beze sporu by podle Broncela mělo být i to, že statiny signifikantně redukují počet probuzení a WASO (Wake after Sleep Onset – délka bdělosti po prvním usnutí).

Přednášející v této souvislosti připomněl i význam nocebo efektu, tedy očekávání, že léčba nebo její způsob zhorší zdravotní stav, a ten se v důsledku očekávání skutečně zhorší. „V zájmu našem a našich pacientů je pravý opak. Nejen znalost farmakologických vlastností léků, ale už jen povědomí, že podávané léky mohou ovlivňovat kvalitu spánku a bdění, napomohou zlepšit kvalitu života pacientů,“ uzavřel doktor Pretl.

REM parasomnie po antidepressivech a dalších léčích

Zakladatelská osobnost české spánkové medicíny, prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc. (Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze) na 36. českém a slovenském neurologickém sjezdu vystoupil s příspěvkem o parasomnii.

Již od 60. let 20. století je známo, že antidepressiva, zejména tricyklika a SSRI, potlačují REM spánek (zkracují jeho trvání a prodlužují jeho latenci). O něco později se zjistilo, že tricyklika narušují fyziologickou svalovou atonii v REM spánku. To platí i pro SSRI. Porucha svalové atonie v REM spánku je základní příznak a také základní patofyziologický moment poruchy chování v REM spánku (REM sleep behavior disorder, RBD). RBD se vyskytuje často u synukleinopatií (nejvíce u Parkinsonovy nemoci a demence s Lewyho tělísky) a u narkolepsie. RBD bez přítomnosti jiných nemocí u lidí nad 50 let věku je považovaná za prodromální stadium synukleinopatie. Aplikace tricyklických antidepressiv a SSRI může vyvolat časnější objevení se příznaků RBD. Podobně, ale méně významně působí pravděpodobně i betablokátory.

Jana Jílková

Dysfunkce pánevního dna mívá řešení

Do ordinací lékařů různých odborností přichází mnoho žen kvůli bolestem, které vycházejí z oblasti pánve. Odhalit kauzalitu jejich potíží, a to v celé šíři, nebývá vůbec jednoduché. Při diferenciální diagnostice je nutné pamatovat i na to, že původcem problémů by mohla být dysfunkce pánevního dna, která způsobí útlak pánevních nervů.

Odborníci ze Všeobecné fakulní nemocnice v Praze v řadě takových případů boří roky mylně stanovené diagnózy. Už jen tím mnoho pacientek vracejí ke kvalitnímu životu.

Podezření by měly vzbudit urputné bolesti při sezení

Pálení, svědění, sexuální dysfunkce, inkontinence moči a stolice, především ale urputné bolesti při sezení jsou nejčastějšími projevy útlaku pudendálního nervu. Útlak pudendálního nervu může být vyvolán i špatnou funkcí pánevních svalů. Správnou diagnózu útlaku pánevních nervů dokážou určit urogynekologové z Kliniky gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakulní nemocnice v Praze, často dokonce již při první návštěvě jejich pracoviště. Neméně dobrá zpráva je, že pacientkám při těchto potížích urogynekologové z této kliniky dovedou zajistit i komplexní péči. Na základě konkrétního typu problémů nabízejí pacientkám hned několik možností léčby – od speciální fyzioterapie, která pomůže až 70 % žen, přes chirurgické uvolnění nervových struktur až po zavedení neurostimulační elektrody. Správně indikovaná a následně provedená trvalá

neurostimulace má za cíl úplné vymizení často opravdu velmi obtěžujících, případně úporné bolesti.

Dosažené výborné výsledky při léčbě dysfunkce pánevního dna nemají „na svědomí“ pouze lékaři naší nejstarší a dosud až neuvěřitelně funkční gynekologické a porodnické kliniky; jsou výsledkem několikaleté multioborové spolupráce apolinářských specialistů s urology, algeziology, neurology a fyzioterapeuty pražské Všeobecné fakulní nemocnice.

Diagnózu potvrzují pudendálním blokem

„Z celé republiky k nám přicházejí ženy s komplikovanou gynekologickou diagnózou, které trápí přetrvávající dlouhodobé bolesti v oblasti pánve. Kromě gynekologických potíží mají zpravidla i urologické nebo střevní potíže, ale také například problémy s páteří. Při běžném vyšetření se totiž často hlavní příčina problému nezjistí. Ženy jsou tak například mylně léčeny pro chronické záněty,“ popisuje prof. MUDr. Jaromír Mašata, CSc., urogynekolog a vedoucí Centra pro chronickou pánevní bolest Kliniky gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakulní nemocnice v Praze.

Pokud „apolinářský“ lékař během vyšetření z příznaků pacientky získá podezření, že za její potíže může právě dysfunkce pánevního dna, provede speciální ultrazvuk a vaginální palpací postiženého nervu zkontroluje, zda je oblast bolestivá i při jemném dotyku. „Diagnózu potvrzujeme takzvaným pudendálním blokem. Pacientce do místa bolesti aplikujeme anestetikum a sledujeme, zda bolest mizí. Pokud ano, je stanovení klinické diagnostiky ve svém cíli,“ upřesňuje prof. Mašata.

První na radě je fyzioterapeut

Léčba obtíží pacientek s průkazem inkriminované diagnózy pak obvykle začíná u odborného fyzioterapeuta. Pokud mají pacientky velké obtíže, respektive hodně sužující bolesti, doporučí je lékař k algeziologovi. Jindy, nebo i zároveň, v případě podezření na problémy s páteří, Všeobecná fakulní nemocnice pacientkám zajišťuje i neurologické vyšetření.

Fyzioterapie je účinným řešením až pro 70 procent pacientek. Fyzioterapie se v případě pánevní bolesti způsobené pudendální neuralgií zaměřuje na aktivaci pánevního dna.

Pokud nepomáhá fyzioterapie ani léky na bolest, „apolinářští“ lékaři navrhnou pacientkám operativní uvolnění nervu nebo ve spolupráci s algeziology, kteří indikují zavedení neurostimulátoru, mohou provést jeho zavedení přímo na postižený nerv.

V tomto článku neustále skloňujeme slovo „pacientka“, jako by pudendální neuralgie, špatně snesitelný bolestivý stav způsobený poškozením (většinou kompresí) pudendálního nervu, byl záležitostí pouze žen. Není to pravda. Podle profesora Mašaty není pudendální neuralgie žádnou ženskou „výsadou“, protože postihuje i muže. Klinicky je charakterizována progresivní bolestí v pánvi, která se horší sezením, bývá spojena se sexuální dysfunkcí, potížemi s močením a defekací.



Malinkou škatulku není jednoduché najít

„Spektrum obtíží a jejich obraz, které mohou, ale nemusí znamenat právě dysfunkci pánevního dna, tvoří docela velký komplex. Dysfunkce pánevního dna v něm tvoří jen takovou malou škatulku,“ říká prof. MUDr. Jaromír Mašata, CSc., urogynekolog a vedoucí Centra pro chronickou pánevní bolest Kliniky gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Bolesti charakteristické pro funkční poruchu, o které hovoříme, asi mohou pacientku dříve než ke gynekologovi přivést i do jiných ordinací, že?

Ano, dokonce velmi často. Ona totiž sama problematika pánevních bolestí je poměrně rozlehlou oblastí, jejíž příčinu či příčiny vůbec nemusí být možné rychle rozpoznat. Pánevní bolest je velmi široký pojem, kterým se zabývá celá řada odborností. Výčet můžeme začít třeba u urologů, ale řeší je i chirurgové, gynekologové, proktologové nebo urogynekologové. Zapomenout určitě

nesmíme ani na ortopedy. Tyto bolesti mohou být navázány například na deformity v oblasti sakroileakálního skloubení. Jde skutečně o velmi široké téma.

Určitě není problém se v něm ztratit. Co z toho všeho je případ pro vaše centrum?

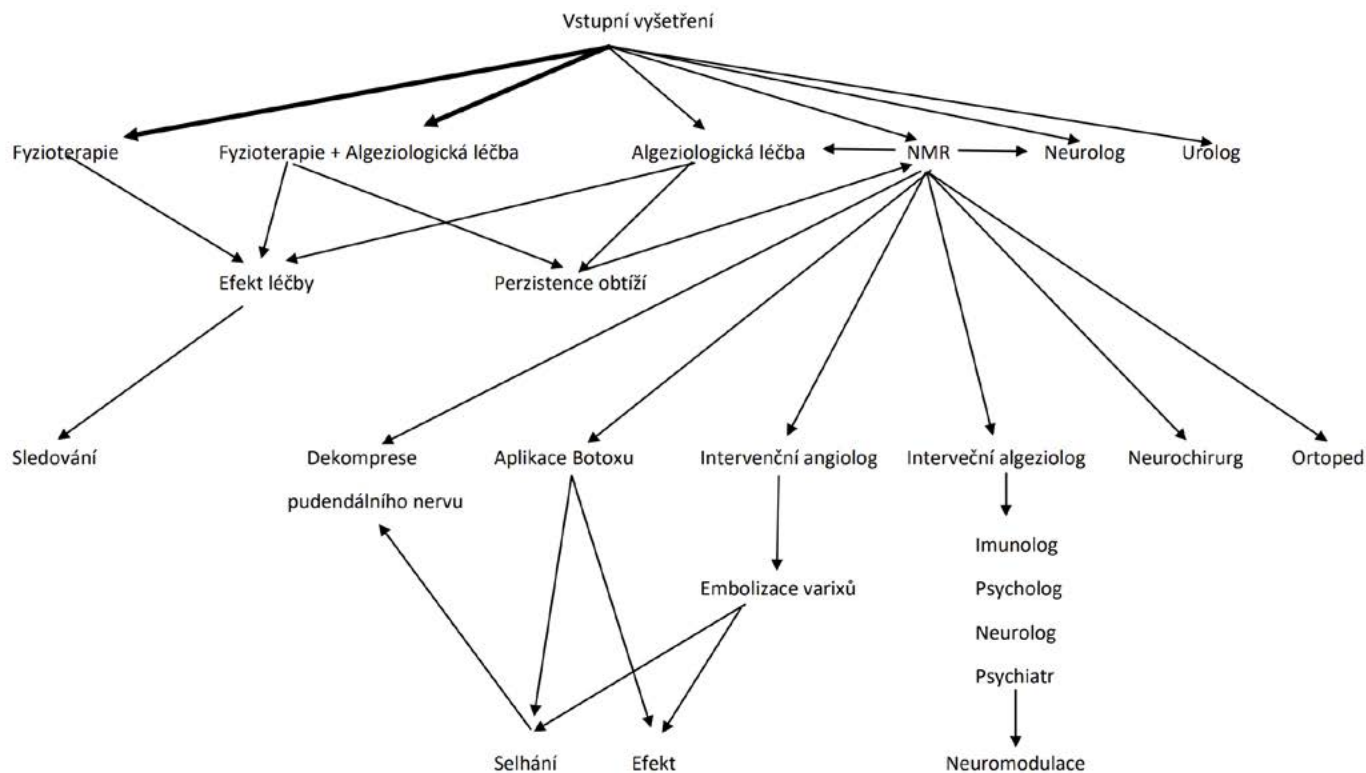
My z těch všech případů vydělujeme určitou skupinu: pacientky, jejichž obtíže jsou spojeny s útlakem nervů v malé pánvi, speciálně s pudendálním nervem, který inervuje oblast klitoris,

močové trubice, dolní třetiny pochvy, konečníku. Kvůli útlaku pudendálního nervu ženy mívají typické, pro spoustu patientek nicméně nespecificky kvalifikovatelné problémy. Projevují se totiž brněním, pálením pochvy a poševního vchodu, svěděním, bolestí v intimních partiích těla. Reakce mohou být i v oblasti konečníku, při stolici, setkat se můžeme i s pálením močové trubice, problém může vést až k pomočení.

Několika lékaři z asociovaných odborností jsem se ptala, jak mám správně



Na fotografii (zleva) prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc., prof. MUDr. David Cibula, CSc., as. MUDr. Pavlína Nosková, Ph.D., prof. MUDr. Jaromír Mašata, CSc., a MUDr. Petr Mečír, MBA



(v každé fázi léčby a diagnostického postupu je možné indikovat konzultaci klinického psychologa)

Schéma diagnostického a léčebného postupu u pacientek s pánevními neuralgickými otižemi

Zdroj: Prezentace profesora Mašaty na TK 21. 2. 2024, VFN

porozumět termínu **dysfunkce dolního urogenitálního traktu**. Otázce samozřejmě rozuměli, ale pro upřesnění odpovědi mě odkázali na vás nebo na literaturu...

Ano. Zatím je to i pro lékaře, například i z oblasti fyzioterapie, vlastně novum. A popravdě do jisté míry byly dysfunkce pánevního dna novem i pro nás tady na klinice. Skutečně jde o relativně nově určenou diagnózu. Jak už jsem řekl, příznaky, se kterými pacientka přijde za svým gynekologem, nemusí být specifické pouze pro dysfunkci dna pánevního. Například pocit pálení či svědění může často doprovázet třeba infekce. Bolest může být příznakem například endometriózy, vyvolat ji může ale i mnoho jiných one-

mocnění. Rozhodně ji nesmíme zaměňovat s pojmem pánevní bolest, v rámci které jsou dysfunkce pánevního dna jen specifikem – zlomeninu pánve rozhodně také bude provázet bolest. Spektrum obtíží a jejich obraz, které mohou, ale nemusí znamenat právě dysfunkci pánevního dna, tvoří značně rozsáhlý komplex. Dysfunkce pánevního dna v něm představují jen takovou malou škatulku.

Takže malá škatulka v mnohem větší. A je to vůbec samostatná nozologická jednotka? Prostě: Máte na to číslo?!

Je tam nespécifický kód R10, pánevní a perineální bolest, takže není. Na domácím poli ale ještě ani nejde o často frekventovaný termín. I ve světové lite-

ratuře byly definice a kritéria publikovány až v roce 2007.

To je poměrně nedávno, že?

Vlastně ano. U nás už mají dysfunkci dna pánevního ve svém vzdělávacím programu zařazenou například urologové. O problematice spojené s dysfunkcí pánevního dna často přednášíme, vzděláváme kolegy lékaře, aby věděli, že něco takového je.

V jiné souvislosti jste podotkl, že obrovskou oporou pro řešení potíží, o kterých tu hovoříme, je vám na klinice vaše skvělá fyzioterapie...

Ano. Specifická fyzioterapie dokáže vyřešit tři čtvrtiny těchto problémů. Jen malá část lidí s touto diagnózou totiž potřebuje k řešení tohoto problému nějakou specifickou další léčbu. Ještě mnohem menší skupina z nich je indikována pro operační uvolnění pudendálního nervu, protože jinak jim nemůžeme pomoci. Jen opravdu nekomplikovanější případy vyžadují neuromodulační léčbu. To už jsou ale ty nejsložitější ze složitých pacientek.

Text a foto: Jana Jílková

Terapie symptomů pudendální neuralgie:

- U velké části pacientek symptomy pudendální neuralgie ustoupí po speciální fyzioterapii.
- Pro některé pacientky je vhodná chirurgická dekomprese pudendálního nervu.
- Pro určitou malou skupinu pacientek je vhodná neuromodulační léčba.

Péče o pacienty s poruchami štítné žlázy vyžaduje těsnější spolupráci

O poruchách funkce štítné žlázy, ale i o tom, co je v endokrinologii nového, hovoříme s MUDr. Richardem Stejskalem z lékařského centra Václavka, předsedou Sdružení ambulantních endokrinologů.

Poruchy štítné žlázy stále patří k nejčastějším endokrinologickým onemocněním?

Ano, a platí to celosvětově. Počet pacientů zachycených screeningem, ať už preventivními prohlídkami, nebo cíleným vyšetřením, neustále stoupá. Za posledních zhruba třicet let, co se tomuto oboru věnuji, se počty nemocných každý rok násobně zvyšují.

Čím to je?

Přesně to nevíme. Nejedná se vždy o autoimunitní onemocnění, i když to bývá nejčastější. Důvodem četnosti onemocnění může být také zlepšená diagnostika. Příčinou také může být náš životní styl. Jsme obklopeni nejrůznějšími zářiči, mobilními telefony, počítačovými sítěmi... Roli hrají i workoholismus, přecitlivělost na stres a neschopnost relaxovat. Autoimunitu dokážou člověku nastartovat také životní krize. Zdá se, že nám nesvědčí hypercivilizované prostředí, v němž se zapomíná, že je potřeba také trávit nějaký čas v přírodě mimo dosah civilizačních vymožeností. Ale to všechno jsou hypotézy.

Kdy máme začít myslet na možnost poruchy štítné žlázy?

Novorozenci jsou testováni již v porodnici, takže případná vrozená hypothyreóza se zjistí hned po porodu. Naštěstí k tomu nedochází často. Vyšetření v dětském věku pak záleží na případné genetické zátěži, která může rozvinout autoimunitní onemocnění štítné žlázy, což může vyústit v hypothyreózu. Často se to nestává, ale i tak vždycky edukujeme rodiče, aby pediatrovi při kontrole řekli, že se sami s poruchou štítné žlázy léčí. Nemoc se projeví většinou tím, že dítě přestane být aktivní, nezlobí a je ospalé a unavené. Na tuto poruchu je třeba myslet také v pubertě. Dále je důležité reprodukční období, zejména u žen. Snížená funkce štítné žlázy může také způsobit, že žena nemůže otěhotnět. Pomůžeme-li jí podáváním



MUDr. Richard Stejskal, předseda Sdružení ambulantních endokrinologů

hormonu otěhotnět, samozřejmě pak musí být léčena celé těhotenství. Vyšetřit je třeba také pacientky ve věku 60 plus, kdy se začínají projevovat metabolická onemocnění, poruchy paměti a podobně.

Které poruchy funkce štítné žlázy se vyskytují nejčastěji a jak se projevují?

Je to především hypothyreóza neboli snížená funkce štítné žlázy. Je způsobena nedostatkem hormonů, které tato žláza produkuje. Ve výraznějších případech se může projevovat tím, že organismus

zadržuje tekutiny, takže pacient působí oteklým dojmem. Zakladatel české endokrinologie pan profesor Charvát kdysi řekl, že takový pacient má tvář „oteklého Eskymáka“. Mívá naducaný obličej, může mít oteklá víčka, suchou pokožku, hrubší hlas, může být unavený. Díky screeningovým prohlídkám již podobné případy tolik nezachycujeme. Častěji onemocnění zacytíme v jeho subklinické formě. Někdy jde jen o laboratorní odchylku, která může způsobit třeba zvýšený cholesterol. Klasický obraz hypothyreózy, jak jej známe z učeb-

nic, dnes vídáme relativně zřídka. U seniorů některé změny (paměti, chování) někdy přičítáme stárnutí. Ale i tady je třeba pamatovat na možný rozvoj hypotyreózy.

Opačnou poruchou je hypertyreóza, která způsobuje zrychlení metabolismu. Dá se říct, že pacient je „otravován“ svými vlastními hormony. Stav se také označuje jako tyreotoxikóza. Zvýšená funkce se může projevit jednak zhubnutím, ale především má dopad na kardiovaskulární systém. Nemocnému najednou začne srdce bušit rychleji. To může být i z jiných příčin, ale když má člověk zničenou arytmií, zejména ve starším věku, kdy k ní disponuje už jen stárnutím srdce a cév, zvýšená funkce štítné žlázy může být nebezpečná. Stává se, že pacient navštíví kardiologa s tím, že má arytmií, a kardiolog zjistí, že je to kvůli hypertyreóze. K arytmií může dojít ale i špatným dávkováním hormonu štítné žlázy.

Jak vypadá vyšetření a léčba štítné žlázy?

Štítnou žlázu vyšetřujeme z krve, abychom znali její funkci, a ultrazvukem, abychom viděli její strukturu a mohli stanovit správnou diagnózu. Pokud je žláza větší, chceme vědět, kam až zbytnění zasahuje. Některé formy strumy zasahují až do mezihrudí. V takovém případě je vhodné pacienta vyšetřit počítačovým tomografem nebo magnetickou rezonancí, aby se vidělo, které struktury bude muset chirurg při operaci šetřit. Ultrazvukem často nacházíme nepravidelnosti struktury tkáně, kterým říkáme uzle. Ve většině případů jsou benigní a pacientovi nevadí. Z těch rizikových uděláme cytologii. Léčba snížené funkce spočívá v užívání hormonu štítné žlázy. U zvýšené naopak musíme použít léky, které syntézu hormonů dočasně blokuje. Pacienta pak v intervalu šesti nebo dvanácti měsíců zveme na pravidelné kontroly do endokrinologické ordinace, kdy změříme hladinu hormonů, případně dávku upravíme.

Jak je to s předepisováním léků?

Léčba snížené funkce štítné žlázy je pro pacienta nezátěžující, jednoduchá, s malým doplatkem. Většinou pacienty vybavujeme na šesti- až dvanáctiměsíční období. Když lék dojde, může jej předepsat i praktický lékař. Poslední dobou se měnilo složení léku – respektive „nosiče hormonu“. Místo laktózy výrobce zavedl manitol, který umožňuje

zajistit přesnější koncentraci hormonu. To některé pacienty vyvedlo z míry, nevěděli, zda jej mohou brát, přechod byl ale snadný a ve většině případů nebylo třeba měnit dávkování léku. Letos bude další změna u nejčastěji předepisovaného léku Euthyrox, kdy v krabičce bude místo sta tablet jen devadesát. To usnadní předepisování na kvartály. Výhodou je i dlouhý poločas hormonu štítné žlázy – levothyroxinu – pokud pacient zapomene vzít ranní dávku, může si tabletku vzít odpoledne.

Novinky v oboru? Jaké problémy endokrinologie aktuálně řeší?

Velkým problémem je, že endokrinologická pracoviště jsou dimenzovaná na stav, který byl třeba před dvaceti lety, kdy byl záchyt poruch štítné žlázy mnohonásobně menší. Jakmile sonografista objeví něco na štítné žláze, pošle pacienta k endokrinologovi. Řešíme, jak nápor pacientů zvládnout, a snažíme se dohodnout s praktickými lékaři, že by některé pacienty mohli léčit a kontrolovat sami. Zejména poté, když nemocní projdou prvotní prohlídkou u endokrinologa. Musí se samozřejmě seznámit s diagnostikou, rozeznat, co je akutní a co ne, co mohou řešit sami, o všem se mohou s endokrinologem poradit. Praktičtí lékaři stále častěji vyšetřují funkci štítné žlázy v rámci prevence. Jsou v tomto směru erudovaní a vědí, že nemoc štítné žlázy přibývá. Uvědomuji si, že je štítná žláza důležitá ve vztahu k ateroskleróze a že zjištění hladiny cholesterolu je součástí preventivní prohlídky. Chcete-li léčit vyšší hladinu cholesterolu, musíte vědět, jestli štítná žláza pracuje dobře. I kdyby pracovala jen o pět procent méně, už se spolupodílí na vyšší hladině cholesterolu.

Jak si spolupráci s praktickými lékaři představujete?

Naší představou je, že bychom pacientovi stanovili diagnózu a nastavili léčbu. Pak by navštěvoval svého praktika, který ho bude dva, tři roky kontrolovat a předepisovat mu léky. Následně ho pošle k endokrinologovi, kde se znovu udělá sonografie a zkontroluje se, zda je léčba správná. U léčby hypotyreózy je také důležité, aby pacient dostával stále stejnou formu léků, tedy od stejného výrobce. Právě u hormonu by odchylné složení nemuselo dělat dobrotu. Naštěstí to lékárníci vědí a respektují to.

Úzká spolupráce endokrinologa, praktického lékaře a kardiologa se tedy ukazuje jako nezbytná...

Opravdu je nezbytná. Endokrinolog je důležitý, protože léčbu poruch štítné žlázy vede. Jestliže dnes říkáme, že bychom potřebovali lepší spolupráci s praktickými lékaři, znamená to, že jim pacienta předáme do sledování, ale stále budeme k dispozici, aby se mohli poradit, dojde-li k nějaké změně stavu. Pacient třeba radikálně změnil způsob výživy, zhubne o dvacet kilo, a najednou je podávána dávka hormonu příliš vysoká. Nebo dostane arytmií a kardiolog požaduje léčbu upravit tak, aby srdeční sval nebyl příliš drážděný třeba hraničně vyšší dávkou hormonu. Endokrinolog by tedy měl být schopen reagovat na potřeby spolupracujících lékařů. Uvědomuji si, že i praktikům narůstají povinnosti. Na druhou stranu si ale myslím, že je pro ně úleva, že se na nás mohou obrátit o radu a že jim nemocného vezmeme včas do péče. Zjistí-li kupříkladu tyreotoxikózu u těhotné pacientky, je to i pro lékaře stres, když se musí o pacientku rychle postarat. V takovém případě mi praktik může zavolat a já se o pacientku postarám třeba do týdne nebo i do druhého dne. Myslím, že by se praktičtí lékaři mohli postarat o relativně jednodušší případy, kde se tolik nespěchá. Obě strany se musí naučit spolupracovat. Změna samozřejmě vyžaduje určitý čas. Osobně si na spolupráci s praktiky nemohu stěžovat. Zejména mladší generace je už i z dob studia naučená na trochu jiný systém.

Dlouho se diskutuje o zavedení celoplošného screeningu poruch štítné žlázy v těhotenství...

V přípravách celostátně řízeného programu s názvem „Screeningové vyšetření poruch štítné žlázy v těhotenství“ se již pokročilo. Proběhl pilotní projekt ve spolupráci se zdravotní pojišťovnou a teď se na MZ ČR připravuje koncept rutinního screeningu. Všechny těhotné pacientky budou už s prvním odběrem krve u gynekologa mít i testy na funkci štítné žlázy. Gynekolog bude mít určitý návod, jak postupovat, když laboratoř zachytí odchylku. Dále je třeba, aby zhruba do tří týdnů zareagoval endokrinolog, což endokrinologická pracoviště vystaví dalšímu náporu.

Markéta Mikšová

Foto: archiv MUDr. Stejskala



Přesnost
máme
v merku



uvádíme na trh nové balení 90 tablet

Zkrácená informace o přípravku

Euthyrox 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150 a 200 mikrogramů, tablety:

Složení: Jedna tableta obsahuje 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150 nebo 200 µg levothyroxinu natrium. **Indikace:** Euthyrox 50–200 mikrogramů: Léčba benigní eutyroidní strmy. Profylaxe recidivy po strumektomii v závislosti na pooperačním hormonálním stavu. Substituční léčba hypotyreózy. Supresní léčba karcinomu štítné žlázy. Euthyrox 50–100 mikrogramů: Konkomitantní suplementace během tyreostatické léčby hypertyreózy. Euthyrox 100/150/200 mikrogramů: Supresní test v diagnostice štítné žlázy. **Kontraindikace:** Přípravek je kontraindikovaný u pacientů s hypersensitivitou na léčivou látku nebo jinou složku přípravku. Neléčená adrenální a hypofyzární insuficience a neléčená tyreotoxikóza. Léčba přípravkem Euthyrox nesmí být zahájena u akutního infarktu myokardu, akutní myokarditidy a akutní pankreatitidy. Kombinovaná léčba levothyroxinem a tyreostatikem pro hypertyreózu není indikována během těhotenství. **Upozornění:** Před zahájením léčby hormony štítné žlázy nebo před provedením supresního testu v diagnostice štítné žlázy by měla být vyloučena následující onemocnění nebo by měla být zahájena jejich léčba: ischemická choroba srdeční, angina pectoris, arterioskleróza, hypertenze, hypofyzární insuficience, adrenální insuficience. Před zahájením léčby hormony štítné žlázy by také měla být vyloučena nebo léčena tyreoidální autonomie. U psychotických poruch se doporučuje použít nízkou počáteční dávku levothyroxinu. **Nežádoucí účinky:** Při překročení individuálního limitu tolerance levothyroxinu sodného nebo po předávkování je možné, že se vyskytnou následující klinické příznaky typické pro hypertyreózu, zvláště pokud se dávka na začátku léčby zvýší příliš rychle: srdeční arytmie (např. fibrilace síní a extrasystoly), tachykardie, palpitace, anginózní stavy, cefalgie, svalová slabost a křeče, návaly horka, horečka, zvracení, poruchy menstruace, pseudotumor cerebri, třes, neklid, nespavost, nadměrné pocení, úbytek tělesné hmotnosti, průjem. **Interakce:** Cholestyramin, kolestipol inhibuje vstřebávání levothyroxinu. Levothyroxin může snižovat účinek antidiabetik. Účinek antikoagulační léčby může být zesílen. Inhibitory proteáz, phenytoin, dikumarol, léky obsahující hliník, estrogény, sertralin, sevelamer, inhibitory tyrosinkinázy, látky s obsahem sóji, glukokortikoidy, amiodaron, beta-sympatolytika, kontrastní látky s jódem, salicyláty, klobibrát a vysoké dávky furosemidu ovlivňují účinek Euthyroxu. **Dávkování:** Pro dosažení individuálních potřeb léčby každého pacienta jsou k dispozici tablety obsahující levothyroxin sodný v rozsahu od 50 do 200 mikrogramů. Pacienti proto obvykle musí užívat pouze jednu tabletu denně. Individuální denní dávka by měla být stanovena na základě laboratorních a klinických vyšetření. Jednorázová denní dávka se užívá ráno nalačno, půl hodiny před snídaní, zapíjí se tekutinou. **Těhotenství a kojení:** Léčba levothyroxinem by měla být podávána shodně zvláště během těhotenství a kojení. Požadavky na dávkování se během těhotenství mohou dokonce zvýšit. **Balení:** 50, 60, 90 či 100 tablet, v blistru a papírové krabičce. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel registračního rozhodnutí:** Merck spol. s r.o., Praha, Česká republika. **Registrační čísla:** 56/804/92-A/C, 56/230/98-C, 56/460/11-C, 56/035/80-S/C, 56/461/11-C, 56/231/98-C, 56/462/11-C, 56/804/92-B/C, 56/463/11-C. **Podmínky uchovávání:** Uchovávat při teplotě do 25 °C. Uchovávejte vnitřní obal ve vnějším obalu, abyste svůj lék chránili před světlem. **Datum poslední revize textu:** 25. 7. 2023. Výdej na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si, prosím, přečtěte úplnou informaci o přípravku. Úplnou informaci o přípravku poskytneme na adrese společnosti Merck spol. s r.o.

Reference: 1. SPC Euthyrox

MERCK

MERCK spol. s r.o.
Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 Praha 4 | telefon: +420 272 084 211 | www.merck.cz | www.medimerck.cz
CZ-EUT-00111

Celiakie a srdce: záhadné spojení s kardiomyopatií

Celiakie je autoimunitní gastroenterologické onemocnění způsobené celoživotní nesnášenlivostí lepku u geneticky predisponovaných jedinců. Jedinou účinnou léčbou je prozatím přísná bezlepková dieta, která je nezbytná pro správné zvládnutí onemocnění. U pacientů s celiakií se často projevují mimostřevní projevy, které mohou být i výraznější než běžně popisované gastrointestinální příznaky. Celiakální kardiomyopatie je jedním ze závažných život ohrožujících onemocnění. Jaká je potenciální souvislost mezi celiakií a kardiomyopatií? A jak může vývoj nových, přesnějších a specifitějších biomarkerů přispět k diagnostice celiakie?

Výskyt celiakie se v celosvětové populaci pohybuje kolem jednoho procenta. Nejvyšší výskyt je pozorován ve Skandinávii a Turecku s až tříprocentní prevalencí. V Česku činí kvalifikovaný odhad 40 000–50 000 celiaků při prevalenci 1:200 až 1:250. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) v roce 2022 vypracoval analýzu počtu celiaků v Česku. Podle Národního registru hrazených zdravotních služeb o vykázaných diagnózách bylo identifikováno 26 289 případů, z toho 8 277 mužů a 18 012 žen. Při prevalenci v populaci 1:100 je celiakie diagnostikována přibližně čtvrtině nemocných. Vyšší výskyt onemocnění lze očekávat u příbuzných osob s celiakií v první linii.

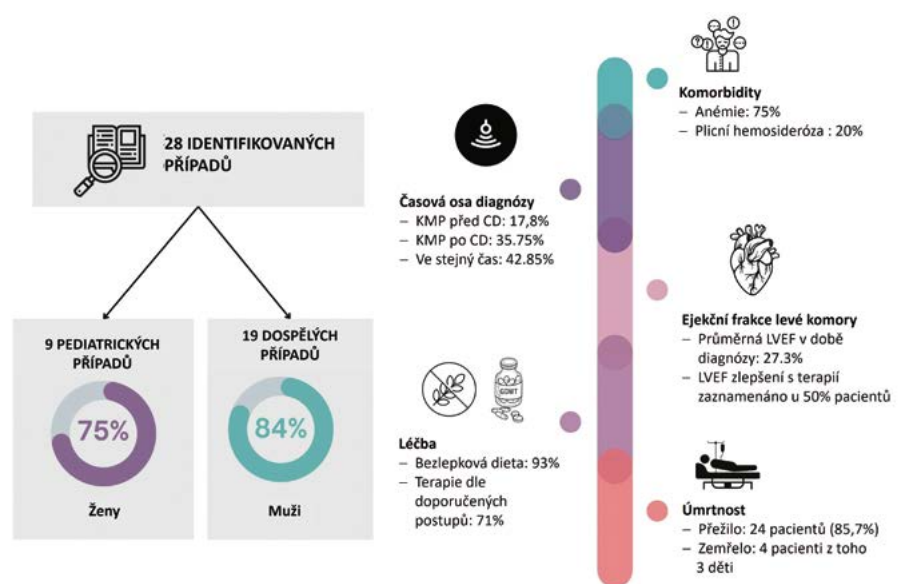
Celiakie je spojena s mnoha autoimunitními onemocněními, včetně diabetu 1. typu, autoimunitního onemocnění štítné žlázy, selektivního nedostatku IgA, revmatoidní artritidy a poruch pojivové tkáně. Někdy jsou příznaky a projevy těchto přidružených onemocnění dominantní a povědomí o jejich souvislosti s celiakií může být vodítkem pro odhalení diagnózy asymptomatické nebo tiché celiakie.

Pacienti s celiakií mají často mimostřevní projevy, které mohou být někdy výraznější než běžně popisované gastrointestinální příznaky, jako jsou bolesti břicha, průjmy, nedostatek živin v potravě a malabsorpce. Mezi dobře zdokumentované mimostřevní projevy patří dermatitis herpetiformis, anemie z nedostatku železa, celiakální ataxie, celiakální hepatitida a neuropsychiatrické, hematologické a trombotické poruchy. Plicním mimostřevním projevem celiakie je idiopatická plicní hemosideróza, známá také jako Laneův–Hamiltonův syndrom. Zajímavé je, že se jedná pravděpodobně o imunologicky zprostředkované one-

mocnění, k jehož léčbě je doporučována bezlepková dieta. Kardiomyopatie při onemocnění celiakií neboli celiakální kardiomyopatie je závažné a potenciálně život ohrožující onemocnění, které se může vyskytnout jak u dospělých, tak u dětí. Údaje podporující kauzální vztah mezi celiakií a kardiomyopatií jsou nicméně stále rozporuplné.

Kardiomyopatii je možné rozdělit na primární a sekundární. Primární kardiomyopatie označuje skupinu onemocnění, která postihují samotný srdeční sval, přičemž abnormality se mohou projevit jak strukturálně, tak funkčně. Tyto abnormality se však liší od problémů souvisejících s chlopněmi, koronárními tepnami, vrozenými stavy nebo hypertenzí. Oproti tomu u sekundární kardiomyopatie hrají

předchozí zmíněné faktory klíčovou patofyziologickou roli v rozvoji změn srdečního svalu. Hlavní příčinou sekundární kardiomyopatie je ischemie v důsledku onemocnění koronárních tepen, následná porucha krevního průtoku a snížení oxylčení kardiomyocytů. Dilatační kardiomyopatie je chronická, progresivní choroba srdečního svalu, která se projevuje jednostrannou nebo oboustrannou dilatací komor, sníženou ejekční frakcí levé komory a obvykle progreduje do městnavé srdeční slabosti. Primární dilatační kardiomyopatie bývá idiopatická, často s genetickou/rodinnou predispozicí, zatímco sekundární forma je výsledkem přímého poškození myokardu s běžně popisovanými příčinami, jako jsou infekce, užívání alkoholu, hypertenze atd.



Obr. 1 Přehled unikátních případů s celiakální kardiomyopatií, dle Milutinovic S, Jancic P, Adam A, et al. Cardiomyopathy in celiac disease: A systematic review. *J Clin Med.* 2024;13:1045. kardiomyopatie – KMP, celiakie – CD, ejekční frakce levé komory – LVEF

Do září roku 2023 bylo na toto téma v přehledu databází svědeckou literaturou k dispozici 1 187 původních článků. Z 23 kazuistik a 2 sérií případů publikovaných v letech 1986–2022 bylo identifikováno 28 unikátních případů s celiakální kardiomyopatií (19 dospělých a 9 dětských, obrázek 1). Celkové věkové rozmezí se pohybovalo od tří do sedmdesáti let, s průměrným věkem $27,4 \pm 18,01$ let. Dospělí pacienti s celiakální kardiomyopatií byli převážně muži (84,2 %), zatímco mezi dětskými pacienty převažovaly dívky (75 %). Téměř všichni pacienti (95,5 %) měli alespoň jeden z následujících příznaků: edém, křeče, srdeční šelest nebo distenzi krčních žil (JVD). U 35 % pacientů se celiakální kardiomyopatie vyskytla před diagnózou celiakie, zatímco u 48 % pacientů byly celiakální kardiomyopatie a celiakie diagnostikovány současně. Pouze u 18 % pacientů předcházela diagnóza celiakie diagnóze celiakální kardiomyopatie. Všichni pacienti byli kromě doporučené medikamentózní léčby léčeni bezlepkovou dietou. Po 11 měsících sledování bylo zaznamenáno zlepšení kardiovaskulárního stavu u 60,7 % pacientů. Úmrtnost dětí činila 33,3 %, zatímco úmrtnost dospělých 5,3 %.

Největší dosud provedená populační kohortová studie zahrnovala téměř 30 000 pacientů s celiakií, mezi nimiž bylo 17 pacientů s kardiomyopatií. Bylo zjištěno, že předchozí diagnóza kardiomyopatie byla spojena s pozdější diagnózou celiakie. Diagnóza celiakální kardiomyopatie bývá často opožděna, přičemž průměrná doba od vzniku příznaků do stanovení diagnózy činí 16 měsíců. Jiné studie naopak nezjistily žádné podstatné souvislosti mezi celiakií a kardiomyopatií.

Diagnostika a testování

Diagnostika celiakie zahrnuje kombinaci klinických příznaků se speciálním dotazníkem, sérologických testů a biopsie tenkého střeva (SBB). Podle současných doporučení Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN) je však možné provést diagnostiku některých dětských pacientů pouze na základě sérologických testů. Pro vstupní screening je doporučena kombinace celkového IgA a protilátek proti transglutamináze typu 2 (tkáňové) IgA (TGA). Následující vyšetření krve slouží k potvrzení nálezu a stanovení IgA protilátek proti endomysiu (EMA). V některých případech je nutné provést ezofagogast-

roduodenoskopii s SBB a histologickým hodnocením pomocí Marshovy–Oberhuberovy klasifikace k posouzení histologických lézí. Zvláštním případem jsou pacienti s deficitem IgA, který je nejčastější primární imunodeficiencí. Tito pacienti mají 10 až 20krát vyšší riziko vzniku celiakie. Biopsie tenkého střeva je u těchto pacientů povinná. Terapie je pak založena na celoživotní bezlepkové dietě (GFD), jejíž dlouhodobé dodržování je zásadní pro kontrolu onemocnění a prevenci komplikací spojených s celiakií.

Nízká citlivost testů však představuje hlavní problém pro detekci trvalé vilózní atrofie. Zvláště problematické to může být u pacientů s vysokou citlivostí na příjem lepku. Bezpečná hranice pro většinu pacientů je méně než 50 mg lepku denně, u citlivých pacientů již 10 mg denního příjmu lepku může způsobit změny sliznice. Právě u této skupiny pacientů je vývoj nových biomarkerů, které mají potenciál zlepšit současnou klinickou praxi a pomoci lékařům v lepším zvládnání celiakie, velmi potřebný (obrázek 2).

Vývoj diagnostiky celiakie s využitím biomarkerů

Imunogenní peptid lepku (GIP)

Imunogenní peptid lepku je jedním z nejslibnějších biomarkerů. Skládá se z fragmentů lepku, které se vylučují nestrávené ve stolici a moči. Jejich detekce je možná ze vzorku stolice až čtyři dny po konzumaci a jejich hladina koreluje s množstvím požitého lepku. Imunogenní peptid lepku je možné stanovit také v moči. Je detekovatelný již 4–6 hodin po požití lepku a jeho pozitivita přetrvává 24–48 hodin. Imunogenní peptidy lepku jsou nejcitlivější v porovnání s ostatními biomarkery. Jejich detekce v tělních tekutinách přímo závisí na konzumaci lepku. Potenciální využití v reálné praxi je navíc podpořeno největším počtem klinických studií.

Citrulin

Citrulin představuje aminokyselinu produkovanou v enterocytech sliznice tenkého střeva. Hladina citrulinu v plasmě je závislá na schopnosti enterocytů jej syntetizovat a odráží jejich případnou destrukci. Bylo zaznamenáno, že hladiny citrulinu v plasmě byly u pacientů s celiakií před zahájením bezlepkové diety významně nižší než u ostatních skupin a po zavedení bezlepkové diety došlo k jejich zvýšení. Citrulin dobře koreluje se závažností duodenální atrofie v době diagnó-

zy. Hlavním omezením je nízká specifická stanovení citrulinu. Nízké hladiny je možné pozorovat i u jiných onemocnění tenkého střeva spojených s vilózní atrofií.

Proteiny vázající kyseliny

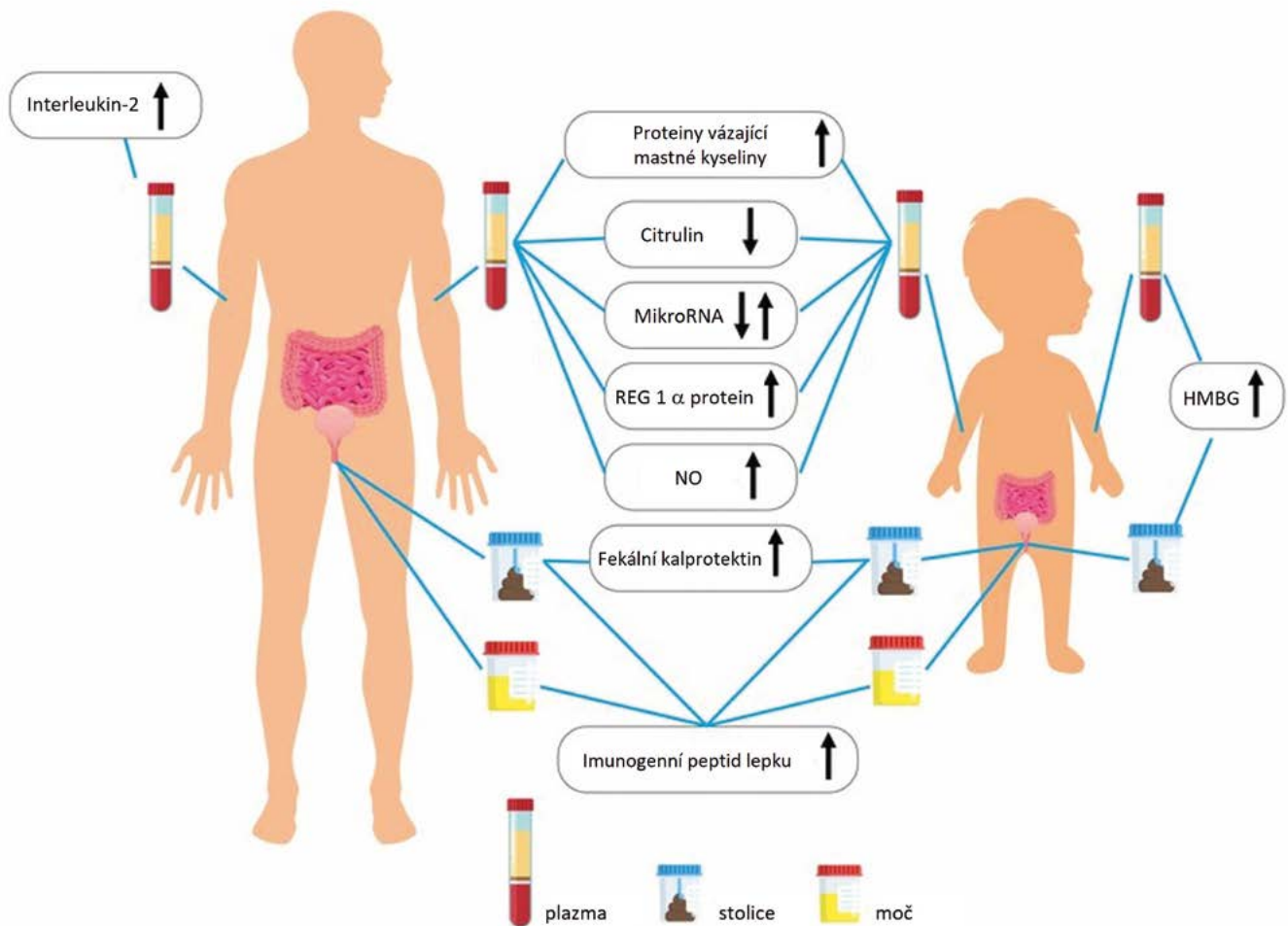
Na bezlepkovou dietu dobře reaguje skupina proteinů vázajících mastné kyseliny (FABP). Jde o malé cytoplazmatické proteiny, které se podílejí na homeostáze lipidů. Je známo devět typů těchto proteinů. Jedním z nich je střevní typ (intestinální FABP), který je exprimován v celém střevě, a zejména na konci klků. Zvýšené hladiny střevního FABP se vyskytují v krvi jedinců s poškozenými enterocyty, například v případech střevní ischemie nebo u novorozenců s nekrotizující enterokolitidou. U dětských pacientů s podezřením na celiakii bývá zjištěna zvýšená hodnota intestinálního FABP (mezní hodnota 450–458 pg/ml). U všech těchto pacientů byla diagnóza celiakie následně potvrzena. Po 26 týdnech bezlepkové diety dosáhly hodnoty střevního FABP v plazmě stejné úrovně jako u kontrolní skupiny (mezní hodnota 20 pg/ml). Normální hladiny dosáhlo 80 % pacientů po 12 týdnech bezlepkové diety. Hladina střevního FABP korelovala se závažností vilózní atrofie. Na základě těchto výsledků je popisován rychlý pokles hladiny střevního FABP po zavedení bezlepkové diety.

U dospělých pacientů s celiakií byla stanovena hodnota vyšší než 1 100 pg/ml intestinálního FABP jako optimální hraniční hladina, která korelovala se střevní atrofií typu Marsh 2 nebo vyšší. I zde byl po zavedení bezlepkové diety pozorován pokles uvedeného parametru.

Nevýhodou tohoto stanovení je to, že zjištěná hladina FABP může odrážet i jiné příčiny poškození enterocytů. Dalším problémem je, že hladina FABP zřejmě závisí jak na závažnosti vilózní atrofie, tak na rozsahu onemocnění v tenkém střevě. Proto lze očekávat falešně negativní výsledky v případech s nerovnoměrnou vilózní atrofií.

High Mobility Group Box 1

Protein High Mobility Group Box (HMBG1) představuje obecný marker střevního zánětu, který patří mezi molekuly DAMP (damage-associated molecular pattern), jež hrají roli v imunitní odpovědi při zánětlivých procesech. Zvýšené hladiny proteinu HMBG1 byly zaznamenány u pacientů s aktivními idiopatickými střevními záněty. HMBG1 byl významně vyšší u dětských pacientů s celiakií než u zdravých kontrol.



Obr. 2 Neinvazivní metody aktuálních a potenciálních biomarkerů celiakie, dle Hrunka M, Janda L, Štátná M, et al. Celiac disease: Promising biomarkers for follow-up. *J Gastroint Liv Dis.* 2023;32(4):536–544.

Při následném dlouhodobém sledování hladiny HMBG1 ve stolici významně poklesly.

Protein REG 1α (Reg1α)

Regenerační gen je součástí větší skupiny genů, které se podílejí na regeneraci buněk. Protein Reg1α (Reg1α) je exprimován buňkami tenkého střeva a pankreatu. Jeho zvýšenou hladinu v séru lze očekávat v případě poškození střevních buněk a jejich následné regenerace, například při celiakii nebo zánětlivém onemocnění střev. Jeho zvýšené hladiny byly zaznamenány u pacientů s aktivní celiakií ve srovnání se zdravými kontrolami a následně byl zjištěn významný pokles tohoto parametru po indukci bezlepkové diety. Vzhledem k tomu, že jsou hodnoty REG1α zvýšené také v případě cystické fibrózy nebo rakoviny trávicího traktu, je určitým omezením jeho nízká specifita. Diagnostická přesnost tohoto biomarkeru je na základě současných poznatků nízká.

Významným omezením využití **citrulínu, FABP, HMBG1 a Reg1α** jsou jejich abnormální hladiny detekované i u jiných onemocnění.

Oxid dusnatý

Důležitou roli při zánětlivých reakcích má také oxid dusnatý, radikál plynu produkovaný enzymem syntázou oxidu dusnatého. Produkce oxidu dusnatého se zvyšuje při probíhající zánětu. Při jeho odbourávání mají zásadní úlohu ledviny. Zvýšené hladiny oxidu dusnatého byly popsány u pacientů s poruchou pozornosti s hyperaktivitou a poruchami autistického spektra. Byly zaznamenány určité intersexuální rozdíly v hladinách oxidu dusnatého u pacientů s celiakií na bezlepkové dietě, přičemž u žen jsou jeho hladiny významně vyšší. U neléčených pacientů s celiakií byly naměřeny vyšší hladiny oxidu dusnatého v plazmě než u těch, kteří dodržovali bezlepkovou dietu (průměr 117,5 μM vs. 71,2 μM). Hladiny oxidu dusna-

tého po jednom roce na bezlepkové dietě poklesly na hladiny velmi podobné jako u zdravých kontrol.

MikroRNA

MikroRNA (miRs) představují jeden z nejprogresivnějších konceptů v oblasti nové diagnostiky a následných biomarkerů. Jedná se o nekódující ribonukleové kyseliny (RNA) o velikosti 19–24 nukleotidů, které hrají roli v posttranskripční regulaci genů. Lze je detekovat v různých tělních tekutinách a biopsiích orgánů. První studie využití mikroRNA pro celiakii ukázaly slibné výsledky, i když se zatím nenabízí možnost jejich využití v reálné klinické praxi. Limitací jsou prozatím slabé klinické důkazy a nižší dostupnost biomarkerů.

Fekální kalprotektin

Fekální kalprotektin (FCP) je proteinový komplex vázající vápník a zinek, který je vylučován především neutrofily. Jeho syntéza se zvyšuje při střevním zánětu. Na-

vdzory slibným výsledkům prvních studií se neprokázal jako vhodný biomarker pro diagnostiku a následné sledování celiakie. Významným omezením jeho použití je značná interindividuální variabilita. Zejména u dětí mladších 4 let, u nichž není přesně stanovena horní hranice normy, je fekální kalprotektin zcela nepoužitelný.

Interleukin-2

Interleukin-2 je cytokin produkovaný aktivovanými T-lymfocyty či NK buňkami. Způsobuje proliferaci lymfocytů a je důležitým signálem pro rozvoj imunitní reakce. Byla provedena studie hladiny interleukinu-2 (IL-2) v séru pacientů s celiakií po expozici lepku. Skupiny 25 pacientů s celiakií a 25 zdravých kontrol byly vystaveny 6 g lepku a byly stanoveny hladiny IL-2 po 2, 4 a 6 h. U 92 % pacientů s celiakií byl IL-2 po čtyřech hodinách zvýšen na > 0,5 pg/ml a u zdravých kontrol nebyl detekován. Interleukin-2 tak představuje citlivý časný biomarker pro sledování dodržování bezlepkové diety například po zátěži lepkem. Jeho použití pro dlouhodobé sledování pacientů s celiakií však není vhodné.

Diagnostika kardiomyopatie

Diagnóza kardiomyopatie je stanovena na základě zobrazovacích metod, především transthorakální echokardiografie (TTE). Srdeční dysfunkci u pacientů s celiakií lze hodnotit pomocí novějších technik včetně dvourozměrné echokardiografie se sledováním skvrn (2DSTE). Tato modalita vypočítává regionální a globální parametry deformace myokardu, jako je deformace a míra deformace. Řada studií hodnotila užitečnost 2DSTE při diagnostice klinické nebo subklinické srdeční dysfunkce u pacientů s celiakií a prokázala její superioritu ve srovnání s konvenčním TTE. Přestože moderní echokardiografické zobrazovací techniky mají vynikající diagnostické možnosti srdeční dysfunkce, dostupné studie tyto zobrazovací metody nevyužívaly. Místo toho byli pacienti diagnostikováni pomocí konvenčního TTE. Dalšími modalitami použitými při diagnostice byly například srdeční katetrizace, magnetická rezonance srdce a endomyosiální biopsie, většinou k vyloučení jiných příčin kardiomyopatie.

Endomyokardiální biopsie je zlatým standardem používaným k určení a potvrzení příčiny myokarditidy, zejména u pacientů s nevysvětlitelnou fulminantní kardiomyopatií nebo nevysvětlitelnou

nově vzniklou kardiomyopatií trvající dva týdny až tři měsíce spojenou s dilatací LK, novými komorovými arytmii, AV blokadami nebo nedostatečnou odpovědí na obvyklou péči během jednoho až dvou týdnů. Biopsie může pomoci při vyloučení jiných příčin kardiomyopatie, jako je obrovskobuněčná, lymfocytární nebo sarkoidní myokarditida. V případě diagnostikované kardiomyopatie umožňuje biopsie nebo magnetická rezonance srdce určit etiologii onemocnění. Dále mohou pacienti podstoupit sérologické a genetické vyšetření na specifické autoimunitní a familiární formy.

V případě přítomnosti anemie z nedostatku železa by zařazení vyšetření na celiakii v rámci diferenciatní diagnostiky mohlo usnadnit terapii neischemické kardiomyopatie. Hlavní diferenciatní diagnózy, které je třeba u pacientů s celiakální kardiomyopatií vyloučit, jsou ischemická choroba srdeční, ischemická kardiomyopatie, kardiomyopatie vyvolaná léky a kardiomyopatie spojená s infekcí.

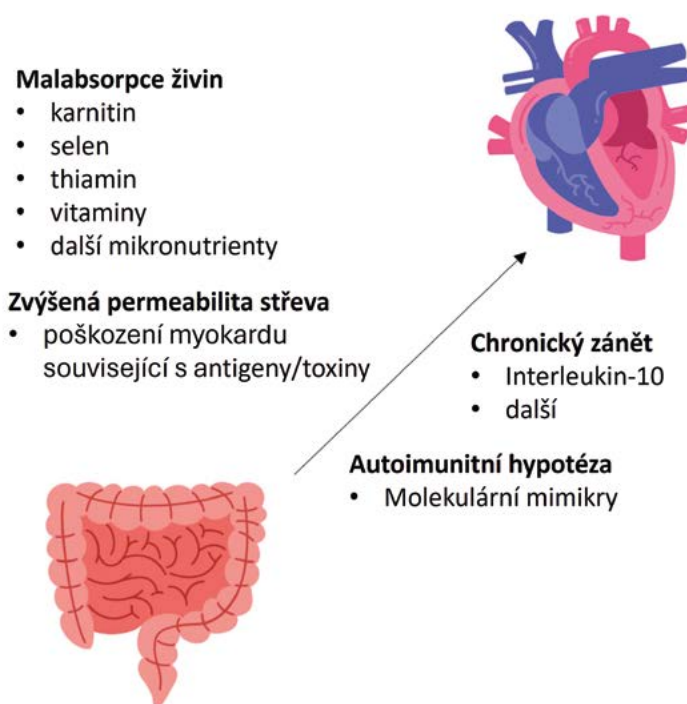
Patofyziologie celiakální kardiomyopatie

Souvislost mezi celiakií a kardiomyopatií je složitá a není zcela objasněna. Na obrázku 3 je zobrazeno několik možných patofyziologických mechanismů, včetně malabsorpce živin, chronického zánětlivého

vého stavu, zvýšené střevní permeability a autoimunitní hypotézy.

Malabsorpce živin spojená s celiakií způsobuje řadu komplikací, jako je anemie, koagulopatie a trombóza, které mohou vést ke kardiomyopatií a městnavé srdeční slabosti. Progrese městnavé srdeční slabosti je také spojována s nedostatkem živin, a proto je malabsorpce možnou spojnicí mezi těmito dvěma poruchami. Více než polovina pacientů s celiakií trpí anemií z nedostatku železa, což pravděpodobně souvisí s narušenou absorpcí železa v duodenu, hlavním místem absorpce železa. Dochází k vyššímu výskytu poškození střevní sliznice, který zase koreluje s vyšším stupněm anemie z nedostatku železa. Dále je známo, že u celiakie se v důsledku malabsorpce vyskytuje nedostatek karnitinu. Karnitin je důležitý pro oxidaci mastných kyselin s dlouhým řetězcem a jeho nedostatek je prokazatelně spojen s rozvojem kardiomyopatie, pravděpodobně v důsledku dlouhodobého narušení energetického metabolismu kardiomyocytů. Na rozvoji kardiomyopatie se může podílet také ztráta selenu, thiaminu, vitaminů a dalších mikronutrientů. Kardiomyopatie a městnavá srdeční slabost mohou vést k překrvení a střevnímu edému, což může dále snížit vstřebávání důležitých živin.

Teorie zánětu přisuzuje velkou váhu úloze chronického zánětu u celiakie i ce-



Obr. 3 Vztah celiakie a srdce, dle Milutinovic S, Jancic P, Adam A, et al. *Cardiomyopathy in celiac disease: A systematic review. J Clin Med. 2024; 13:1045*

liakální kardiomyopatie. U pacientů s celiakií byly zjištěny zvýšené hladiny interleukinu-4, interleukinu-6, interleukinu-10 a tumor nekrotizujícího faktoru- α a dalších cytokinů. A právě zvýšené hladiny interleukinu-10 se vyskytují také u pacientů s dilatační kardiomyopatií. S celiakií bývá také spojována myokarditida jako častý předchůdce dilatační kardiomyopatie. Zánětlivý stav způsobený celiakií by tedy mohl vysvětlovat jak myokarditidu, tak rozvoj kardiomyopatie. Vzhledem ke zvýšené střevní permeabilitě způsobené celiakií může docházet k translokaci různých antigenů ze střevního lumen, včetně toxinů a infekčních agens, které mohou myokard poškozovat přímo nebo nepřímo prostřednictvím imunitně zprostředkovaných mechanismů.

V případě autoimunitního poškození může dojít k mechanismu nazývanému „molekulární mimikry“, kdy některé molekuly v těle mohou být podobné molekulám v jiné části těla, což může vést k záměně a útoku imunitního systému na vlastní tkáň. Způsob, jakým autoimunitní odpověď působí na střevo, tak může odrážet poškození srdce. Tento mechanismus byl původně popsán při imunitním narušení aktinového cytoskeletu v myokardu. Zlepšení funkce srdce i střevních symptomů po zavedení bezlepkové diety je v souladu s touto hypotézou. Podobné mimikry lze pozorovat například mezi IgA protilátkami produkovanými v reakci na celiakii a myokardem, které rovněž podporují autoimunitní povahu srdečních projevů.

Léčba

V současné době je jedinou prokázanou účinnou léčbou u pacientů s celiakií bezlepková dieta, avšak ohledně léčby celiakální kardiomyopatie neexistují žádná specifická doporučení. Obvykle jsou pacienti s celiakální kardiomyopatií léčeni kromě adekvátní medikamentózní léčby také bezlepkovou dietou. Existují však rozporuplné údaje o tom, zda je bezlepková dieta u pacientů s celiakální kardiomyopatií prospěšná. Některá publikovaná data potvrzují, že přísná bezlepková dieta může mít přínos pro funkci srdce. Naopak u pacientů dodržujících bezlepkovou dietu v klinické remisi přetrvávají endoskopické abnormality a histologický zánět po mnoho let. Tento fakt vede k domněnce, že i při dodržování bezlepkové diety mohou mít pacienti stále reziduální riziko srdečního poškození. Kromě toho může bezlepková dieta hrát komplexnější roli v otázce kardiovaskulárního zdraví bez ohledu na celiakii, protože bezlepková dieta může vést ke zvýšené konzumaci tuků a cukrů v bezlepkových dietních plánech, což dále vede ke zvýšení dlouhodobého kardiovaskulárního rizika.

V posledních letech byly vyvinuty další patofyziologicky orientované strategie léčby celiakální kardiomyopatie. Nejslibnějšími látkami jsou larazotid a latiglutenáza, které působí tak, že stabilizují těsná spojení mezi enterocyty a zabraňují degradaci sliznice navozené lepem. Inhibice tkáňové transglutaminázy-2 pomocí přípravku ZED1227 prokázala v klinické

studii fáze 1 bezpečnost a snášenlivost. Kromě toho se ukázalo, že imunitní modulace pomocí protilátky anti-IL-15 a inhibitoru pan-JAK (tofacitinib) má u pacientů s celiakií symptomatický přínos. Zda lze tyto léky použít u pacientů s celiakální kardiomyopatií, je třeba ještě prozkoumat.

Shrnutí

Vzhledem k závažnosti projevů celiakie a délce trvání příznaků před stanovením diagnózy může v průběhu tohoto onemocnění dojít k mnoha možným zdravotním komplikacím. Správná kontrola onemocnění jde ruku v ruce s dobrou kvalitou života a nižším rizikem vzniku komplikací celiakie, jako jsou přidružená autoimunitní onemocnění nebo nádorová onemocnění.

Dostupné nástroje pro sledování dodržování bezlepkové diety (sérologické testy, dotazníky atd.) nejsou spolehlivé a nejsou zcela citlivé pro odhalení drobných prohřešků. Z tohoto důvodu je vhodné obohatit současný přístup o další ukazatele. Tyto parametry mohou pomoci zlepšit kontrolu onemocnění u všech pacientů s celiakií, a zejména u pacientů s deficitem IgA, kteří představují přibližně 2 % všech pacientů s celiakií. Nejnovější pokyny pro sledování jak v pediatrii, tak v medicíně dospělých nenabízejí jasný návod, jak postupovat při léčbě celiakie u pacientů s deficitem IgA. Jedinou spolehlivou možností zůstává biopsie tenkého střeva SBB. Zejména v pediatrii by tak detekce ze vzorku stolice či moči umožnila neinvazivní monitorování průběhu onemocnění.

O možné spojitosti mezi celiakií a kardiomyopatií by měli být kliničtí lékaři informováni a u všech pacientů s kardiomyopatií, kteří mají současně anemii, by bylo vhodné provést vyšetření na celiakii. Pro minimalizaci rizik morbidit a mortality je zásadní zvýšená míra klinického podezření a včasná diagnóza celiakální kardiomyopatie, protože kombinace bezlepkové diety a medikamentózní léčby podle pokynů lékaře může zlepšit klinické výsledky. Celiakální kardiomyopatie i idiopatická plicní hemosideróza jsou velmi vzácnými mimostřevními projevy celiakie. Vzhledem k omezenému množství případů a nedostatku základního vědeckého výzkumu na toto téma vztah mezi nimi zůstává stále na úrovni hypotézy.

Ing. Jana Brabcová, Ph.D.



Obr. 4 Celiakie – anatomie střeva s normálními klky a bolestivou poškozenou výstelkou tenkého střeva jako autoimunitní porucha trávicího systému. Zdroj: 123rf.com

Jak si poradit s agresivním pacientem

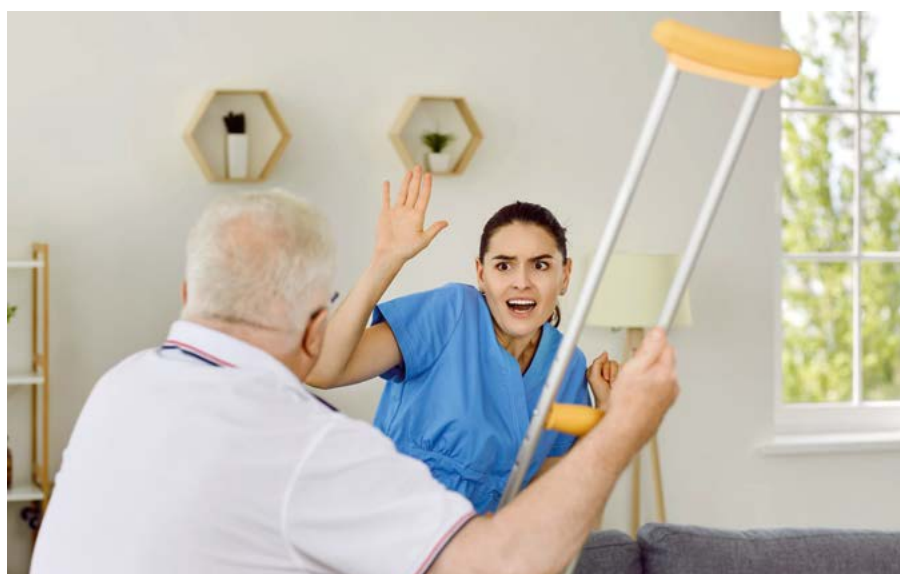
Vztah zdravotnického personálu a pacienta by měl být vždy přátelský a vlídný. Ovšem i vlídnost má své limity. Při své práci se můžete setkat i s pacientem duševně nemocným, opilým nebo pod vlivem drog. Taková osoba může být agresivní nejen verbálně, ale i fyzicky, a tím pádem pro zdravotníky nebezpečná.

Nejčastějším terčem násilí v ošetřovatelství jsou všeobecné sestry. Bývají jakýmsi nárazníkem mezi lékařem a pacientem. Statistiky uvádějí, že v Česku má zkušenost s agresivním pacientem zhruba 70 procent sester. Proto je velmi důležité vědět, jak reagovat na pacienta, který vykazuje znaky agrese, a jak se v takové situaci zachovat.

Co je to agrese

Agrese znamená útočné jednání, které se projevuje záměrným poškozováním nebo násilným omezováním jiné osoby nebo věci. Může se projevovat fyzickým napadením, ale také verbálně, například urážkami či pomluvami. Ve zdravotnickém zařízení se jako první s problémovým pacientem zpravidla setkává zdravotní sestra. Komunikuje s ním již v čekárně, přijímá ho na oddělení, ošetřuje zranění a předává mu veškeré další pokyny týkající se dalších vyšetření. Sestra také asistuje lékaři při odborných výkonech. Nachází se v přímé blízkosti konfliktního pacienta a může pozorovat změny v jeho chování a veškeré výkyvy jeho nálad.

Nejčastějšími projevy agrese předcházejícího emočního neklidu jsou rozrušení, nervozita, upřený až provokující pohled do očí, napětí ve tváři, nervózní pomrkávání, semknuté rty nebo úšklebky či nepravdivý hlasitý dech. U takového pacienta můžeme také pozorovat, že má pevně sevřené pěsti, nápadně gestikuluje, případně podupává nebo kope do předmětů ve svém okolí. Dalším projevem emočního rozrušení, až agrese je prudké klepání na dveře, boučání dveřmi či házení dokumentace na stůl nebo strkání do lidí. Agresivní pacient také používá gesta, která připomínají bití. Agrese je znát rovněž z jeho řeči spojené s vulgarismy, urážkami či vyhrožováním. Celková situace působí velmi napjatě.



Ilustrační foto: 123rf.com

Jak se chovat k násilnému pacientovi

Typická krizová situace kupříkladu nastává, když zdravotnická záchranná služba přiveze do zdravotnického zařízení potlučeného pacienta v podnapilém stavu. Obvykle je ho třeba vyšetřit, například zrentgenovat mu končetiny nebo provést CT mozku. Posádka záchranky předá pacienta personálu a odjede. Takový pacient se často chová agresivně, jakoukoliv léčbu odmítá a verbálně vyhrožuje zdravotníkům kolem sebe. Občas také vyžaduje podepsání reversu, ale obvykle tohoto právního jednání není schopen. Zdravotníci vědí, že komunikace s agresivním pacientem je velmi náročná. Její zvládnání vyžaduje dodržování určitých pravidel. Při setkání s takovým pacientem se v první řadě snažte zůstat v klidu. Požádejte o pomoc některého z kolegů. Udržujte přiměřenou a bezpečnou vzdálenost od agresora, myslete na únikovou cestu. Použijte vhodné techniky pro deeskalaci násilí. Snažte se co nejdříve zjistit, co bylo spouštěcím momentem agresiv-

ního chování. Je určitě vhodné pacienta oslovovat celým jménem. Mluvte s ním velmi srozumitelně klidným, ale pevným tónem. Nechte mu čas na rozmyšlenou, aby se mohl soustředit na odpověď. V podobných situacích se snažte navodit pocit důvěry, nenátlakovou atmosféru, poskytněte pacientovi prostor k ventilaci jeho emocí. Podpořte ho, aby vyjádřil své obavy a příčiny hněvu. Vyvarujte se agresivního tónu a prudkých pohybů. Projevte empatii. Pokuste se pacientovi vyhovět. Ujistěte ho, že jeho slova slyšíte a že ho chápete. Zdůrazněte, že se mu snažíte pomoci. Udržujte oční kontakt, nezvedejte ruce, nedělejte prudké pohyby. Snažte se zaujmout přátelský postoj vyjádřený ponecháním paží v dolní polovině těla dlaněmi k pacientovi. Vyvarujte se náhlých úsudků a hodnocení, které by mohly ohrozit bezpečí situace.

Zachovejte klid a obrňte se trpělivostí

Dalším možným řešením je také na pacientův agresivní projev vůbec nereagovat, prostě mlčet. Jenom ho trpělivě vyslechn-

nout, abyste se dozvěděli, co je příčinou jeho neadekvátní reakce. V každém případě při jednání s problémovým pacientem, případně s jeho rodinou, zachovejte klid, respektujte normy společenského chování, a hlavně se nenechte vyprovokovat. A už vůbec ne k hrubému chování. V žádném případě neodpovídejte na agresi protiútokem, ale pozorně vyslechněte, na co si pacient stěžuje a čeho se dožaduje, a zachovávejte akceptující postoj. Neustále dbejte na udržování bezpečné vzdálenosti. Mějte na paměti, že agresor u sebe může mít různé předměty, kterými vás může ohrozit. Pacient někdy křičí a nejde zastavit, vy se však snažte i v takové situaci reagovat klidně, nespěchejte s odpověďmi na jeho podrážděné otázky. Snížíte tím napětí. Maximálně se koncentrujte a zhluboka dýchejte. Teprve pak začněte s neklidným pacientem mluvit. Odpovídejte rozvážně, volte krátké věty a důležité věci mu třeba i několikrát zopakujte. Ujistěte se, že jste jeho slovům dokonale rozuměli tím, že je zopakujete. Dejte pacientovi zřetelně najevo, že vás zajímá jako člověk, že vás samozřejmě

zajímá i to, co vám říká. Klidným a jemným tónem hlasu ho ale upozorněte, že vulgarity a agresivní hrozby nebudete akceptovat.

Nezapomínejte události zapsat do zdravotnické dokumentace

Může se ovšem stát, že všechna opatření a reakce z vaší strany nebyly dostatečné. Agrese neklidného pacienta se stupňuje a jeho hrozby fyzickým napadením se zvyšují. V takovém případě neváhejte a konejte. Napadá-li agresivní pacient zdravotnický personál z důvodu opilosti nebo pod vlivem omamných látek, je třeba povolat Policii České republiky, případně zalarmovat bezpečnostní službu zdravotnického zařízení. V případě, že pacient fyzicky zaútočil, jste oprávněni použít adekvátní způsob sebeobranu. Na pomoc přivolejte kromě ochranky či policie také nejbližší kolegy.

Opilého pacienta, který ohrožuje zdravotníky, narušuje řádný chod oddělení nemocnice nebo ruší ostatní pacien-

ty, můžete také samozřejmě po provedení nejnnutnějších vyšetření nechat převézt na záchrannou stanici. V takovém případě je dobré požádat Policii ČR o asistenci. Stejně tak je třeba informovat Policii ČR, pokud agresivní pacient není kvůli svému zdravotnímu stavu způsobilý podepsat revers a zdravotnické zařízení opustí proti vůli personálu. Všechny zmíněné události je třeba zaznamenat do zdravotnické dokumentace.

Pocit vlastního ohrožení vyvolaný napadením agresora se dotkne každého člověka. Zdravotník tento okamžik může chápat jako profesionální selhání, jako nedostatečné zvládnutí situace. Někdy může mít pocit viny, ale i obavy, jak se zachová příště. Komunikace s agresivními pacienty by měla být součástí přípravy profesionálních zdravotníků, abychom tak mohli předcházet stresu a negativním pocitům v takovýchto vyjatých pracovních situacích.

Markéta Mikšová

Odborná spolupráce:

prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.,
Lékařská fakulta Ostravské univerzity

▼ Inzerce



OZP zdravotní pojišťovna

PÉČE O TO NEJCENNĚJŠÍ, CO MÁME

Bát se o zdraví svých blízkých je lidské. Zvláště když na pomoc sami nestačíme.

Proto je tu zdravotní pojišťovna OZP.

ozp.cz
207

Karlu Čapkovi ztrpčovala život i ankylozující spondylitida

V první polovině 20. století byly šance převést „bechtěreva“ do remise nebo alespoň do nízké aktivity velmi malé. Věděli to lékaři, kteří Čapka ošetřovali, včetně Karlova otce, věděla to celá rodina – a obrovského, pravděpodobně celoživotního handicapu si byl od určité doby zcela vědom i sám pacient.

Život českého spisovatele, intelektuála, novináře, dramatika, překladatele a amatérského fotografa Karla Čapka ohraničilo necelých padesát let, která uplynula mezi 9. lednem 1890, kdy se narodil v podkrkonošských Malých Svatoňovicích, a 25. prosincem 1938, kdy zemřel ve své polovině dvojdomku na pražských Vinohradech. Dvojdomek, tehdy téměř na konci Prahy a dnes v širším centru nedaleko od stanice metra Želivského, vlastnil spolu se svým starším bratrem, malířem a spisovatelem Josefem Čapkem (1887–1945).

V malém podkrkonošském městečku přišel Karel na svět jako nejmladší dítě MUDr. Antonína Čapka, v širokém okolí velmi oblíbeného venkovského lékaře, a jeho ženy Boženy.

Zvědavý klouček rád chodil popovídat si s lidmi čekajícími na „pana doktora“, do čekárny tatínkovy ordinace, někdy se dokázal přimotat až dovnitř. To vše k nelibosti své maminky Boženy, která odmalička Karlíčka, podle jejího mínění křehčího a vůbec slabšího než dva starší sourozenci „valubuci“, opečovávala a všemožně chránila před veškerými nástrahami světa, těmi zdraví ohrožujícími pak zejména.

O svého benjamínka se „paní doktorová“ Čapková po celý život bála až úzkostlivě. Musela proto asi těžce prožívat první příznaky Karlovy vážné nemoci, ankylozující spondylitidy. Příznaky nemoci se, alespoň podle prvních zmínek v korespondenci, objevily v Karlových jednadvaceti letech. Její plné propuknutí bývá někdy dáváno do souvislosti s těžce probíhající spálou, kterou Čapek v dětství prodělal.

Karel onemocněl na začátku druhého decennia svého života. To je pro ankylozující spondylitidu typický začátek. Obvykle totiž začíná v pozdní adolescenci a časně dospělosti, častěji u mladých mužů než u mladých žen.



Příčina vzniku onemocnění ani dosud není přesně známa, předpokládá se interakce mezi genetickou predispozicí, bakteriálním agens a faktory zevního prostředí. Drobnými odchylkami a změnami imunitní reakce může dojít i ke vzniku autoimunitního onemocnění, kdy buňky imunitního systému napadají buňky vlastního těla. V případě právě Bechtěrevovy nemoci (což je dodnes často používané označení ankylozující spondylitidy) jde o vazy a klouby páteře i další klouby. K bolesti se přidává ztuhlost páteře a omezení hybnosti, které jsou způsobeny aktivním zánětem a často nasedajícími strukturálními změnami. Největší obtíže přicházejí v noci a nad ránem, respektive v klidu.

Ankylozující spondylitida byla a dosud je velmi závažné onemocnění. Ještě ve velmi nedávné historii znamenala diagnóza „bechtěreva“ téměř

jistě vyhlídky na brzký invalidní důchod, ve kterém pacienta čekalo značné utrpení.

V první polovině 20. století byly šance na převedení této velmi obtížné choroby do remise nebo alespoň do nízké aktivity velmi malé. Věděli to lékaři, kteří Čapka ošetřovali, včetně Karlova otce, věděla to celá rodina – a značného, pravděpodobně celoživotního handicapu si byl od určité doby zcela vědom i sám pacient.

Alespoň jednu výhodu mladíkovi, který upřímně nenáviděl válku a ani jako dítě neměl rád ani hru na vojáky, nemoc přece jen dala: Karel Čapek nebyl odveden na vojnu. Důvodem byl podle vyjádření lékařů z odvodní komise revmatismus obratlových kloubů a bolestná dna skoro všech obratlových kloubů v páteři. V zákopech, ba ani v zázemí by rakouskou orlici moc nepodržel.

Bechtěrevova nemoc znatelně ovlivnila nejen život, ale i celé dílo Karla Čapka. Od prvních projevů onemocnění až po svou smrt se nezbažil všudypřítomné bolesti. S obrovskou pokorou se s bolestí naučil žít, nějak fungovat a nestěžovat si. V tom všem a mnohém dalším mu nepochybně pomáhala „zoufalá potřeba harmonie“, někdy o ní i psával. Měl věčný, někdy možná až naivní optimismus a lásku k životu v širokém, všeobjímajícím smyslu, u jiných tak často nadnášeného slovního spojení.

Už v době, kdy byl u Čapka „bechtěrev“, respektive jeho příznaky zjištěny, mu lékaři předepsali nezbytné speciální cvičení, rehabilitaci a klid. Od roku 1916 až do roku své smrti proto Karel Čapek pobýval každoročně v lázních, zejména v Karlových Varech.

Shodou okolností se právě koncem „velké války“ Čapkovy obtíže na čas zmírnily. Pomalu ustupovaly bolesti i deprese, které ho sužovaly víc než samotná fyzická bolest, a on se mohl věnovat své práci i cestování.

Roku 1921 se Karel chystal uzavřít sňatek s herečkou Olgou Scheinpflugovou. Zasáhl Čapek starší, v dobré víře a ze své pozice zkušeného lékaře oběma snoubencům svatbu rozmlouval s tím, že Karlův stav v žádném případě není vhodný pro manželství. Mezi lékaři měl Čapek přátel víc a jejich názor na tuto záležitost byl tenkrát obdobný jeho tatínka.

Nakonec ke sňatku s Olgou přece jen došlo, ale až v roce 1935, kdy lékaři konstatovali zastavení postupu Čapkovy nemoci.

Ke svatbě v roce 1935 obdrželi novomanželé Karel Čapek a Olga Scheinpflugová doživotní právo užívat velký dům nad rybníkem Strž u Staré Huti ne-



daleko Dobříše. K domu patřila i velká, zdivočelá zahrada, kterou Čapek miloval a snažil se ji kultivovat. Místo bylo odlehlé a tiché, panoval tu naprostý klid. Romantický duch místa násobil i do té doby neregulovaný potok, který kousek od domu protékal zahradou.

Právě na Strži Čapek ve svých posledních třech letech života trávil hodně času, cítil se tu lépe než v Praze. Atmosféra s několika málo lety zbývajících do konce demokratické Československé republiky houstla a spolu s ní i útoky na oba bratry Čapky, na známějšího Karla zejména. Tomu obzvlášť v tomto směru přitížily jeho kontakty s TGM. První československý prezident zemřel v roce 1937, a od té doby se pro Karla Čapka všechno ještě zhoršilo.

Koncem srpna 1938 zasáhla dům a zahradu ve Staré Huti povodeň. Čapek se spolu s přáteli a Olgou ihned pustili do náročných oprav. V prosinci 1938 dostal lehkou chřipku. Zdálo se, že se jeho stav zlepšuje, ale brzy musel znovu ulehnout. K viróze se přidal zánět ledvin a plic. Podle lidí, kteří i v jeho nemoci byli s ním a u něj, ho více než bacily a viry udolal pocit těžké beznaděje ze

všeho současného dění v zemi, kterou tolik miloval.

Karel Čapek zemřel na Boží hod vánoční jen několik dní před koncem roku 1938. Bezprostřední příčinou smrti byl plicní edém.

Okupace Čech a Moravy nacistickým Německem přišla 15. března 1939. Jméno Karla Čapka mělo Gestapo na seznamu Čechů určených k okamžitému zatčení na jednom z čelných míst. Pořádkumilovní němečtí úředníci se kupodivu neobtěžovali ověřit si, zda je dlouho předem připravený seznam dosud platný ve všech položkách. Karla Čapka tak přišli do vinohradské vily zatknout několik měsíců po jeho smrti. Doma už zastihli jen hluboce zarmoucenou, ale nezlomenou Olgu.

V malých a ustrašených poměrech Prahy konce roku 1938 nebylo nijak snadné velkému českému vlastenci a zároveň jedné z nejznámějších osobností uspořádat alespoň trochu náležitý pohřeb, ale nakonec se to rodině a přátelům přece jen povedlo. Karla Čapka pohřbili na Vyšehradském hřbitově v Praze. Nad Čapkovým otevřeným hrobem promluvil básník Josef Hora, básník a kritik Miroslav Růtka, spisovatel Eduard Bass a za osobní přátele Ferdinand Peroutka. Mezi účastníky pohřbu byl i předseda sněmovny Jan Malypetr, předseda senátu František Soukup, generál Alois Eliáš (ministr dopravy, kterého za činnost v odboji později popravili nacisté), pražský primátor Petr Zenkl a další odvážní lidé, kteří překonali obavy z následků své účasti.

Nebo možná někteří nepřestali doufat, že to demokratický svět přece jen ještě někdy vybere.

Jana Jílková

Foto: Wikipedia, Jana Jílková a anonymní (FSV UK Praha, Pestrý týden, 7. 1. 1939, s. 2)



Představujeme...

Veronika Tichá a kol.

Autoimunity nervového systému v kazuistikách II



Druhý díl sbírky kazuistik autoimunitních onemocnění nervového systému tematicky navazuje na první vydání, ale jeho hlavním cílem je seznámit čtenáře s novinkami posledních let jak v oblasti diagnostiky a léčby autoimunitních onemocnění, tak se zcela originálními zkušenostmi, které jsme získali v souvislosti s pandemií nemoci SARS-CoV-2. Opět se setkáme s příběhy pacientů se vzácnějšími typy průběhu roztroušené sklerózy nebo méně běžnými reakcemi na léčbu, uslyšíme o nových možnostech léčby RS a také o komplikacích, které jsme v souvislosti s těmito léky viděli. Představíme nový pohled na algoritmus léčby RS a konkrétní situace, kterých se změny v indikacích léků týkají.

Samostatnou kapitolu tvoří kazuistiky sekundárních autoimunit nervového systému vyvolaných použitím jiných léků, např. tzv. check-point inhibitorů v onkologické indikaci.

Mnoho cenných zkušeností a poučení přinesla pandemie SARS-CoV-2. Velkou pozornost proto věnujeme také vzplanutím již diagnostikovaných nebo vzniku nových autoimunitních onemocnění po prodělané infekci Covid-19 nebo v souvislosti s očkováním proti tomuto viru.

Kazuistiky byly opět vybrány tak, aby pokryly co nejširší spektrum autoimunitních onemocnění nervového systému od dobře známých diagnóz až po ty vzácné, s ohledem na užitečnost pro čtenáře z řad zdravotníků neurologických i jiných medicínských oborů.

Doporučená cena 349 Kč

Naše cena 279 Kč

Kniha vyšla v listopadu 2023



Objednávejte na www.eezy.cz

EEZY Publishing, s.r.o.

Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4



DIALOG 2024

21.–23. 4. 2024, OREA Resort Santon**
Přístavní 1064/38, Brno–Bystrc**

Generální garant odborného programu

Odborná záštita

Organizátor



Aliance pro telemedicínu
a digitalizaci zdravotnictví
a sociálních služeb



Odborný garant

prof. MUDr. Tomáš Zima, Dr.Sc., MBA
přednosta Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN

Témata konference:

Svět bez hranic
Vzdělávání mladých odborníků
Automatizace a standardizace procesu
Léky, drogy, závislost
Medicína v konzervativním prostředí a v terénu
Změna jako motivace

Podrobný program najdete na www.eezy.cz

Registrovat se můžete na www.eezy.cz nebo přes QR kód

