

6
2024

www.zamcasopis.cz

Rozhovor

s doc. Iljou Tachecím

str. 10

**Počet dětí s obezitou
v Česku vzrostl**

str. 2

**Problém jménem
závrať**

str. 26

**Frekvence sexuálních
aktivit Čechů klesá**

str. 30

ZDRAVOTNICTVÍ 2025

odborná dvoudenní konference

19.–20. 9. 2024, Hotel Grandior Praha

pořadná pod záštitou předsedy vlády ČR Petra Fialy

Generální partner



Hlavní odborný garant



Pořadatel



Rámcový program odborné konference

1. den, čtvrtek 19. 9. 2024

Diskusní panel **Ekonomika, financování a odměňování**

Odborný moderátor: **MUDr. Pavel Hroboň, M.S.**

Diskutující: prof. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA, PhDr. Ivo Hlaváč, MBA, MUDr. Roman Kraus, MBA, JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA, Ing. Mgr. Jiří Pecina, MBA, MHA, MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA, Ing. Martin Slaný, Ph.D.

Diskusní panel **Digitalizace & data**

Odborný moderátor: **prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA**

Diskutující: prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., MUDr. Jakub Fejfar, LL.M., Ing. Vladimír Janovský, MUDr. Miroslav Měšťan, Ph.D., Ing. Michal Schmidt, doc. MUDr. Tomáš Skála, Ph.D., FESC, PhDr. Jan Šlajs, Ph.D., LL.M.

2. den, pátek 20. 9. 2024

SÁL A – Diskusní panel **Nemocnice – úhrady v roce 2025**

Odborný moderátor: **Ing. Michal Čarvaš, MBA**

SÁL B – Diskusní panel **Lékárenství a léková politika**

Odborná moderátorka: **Mgr. Irena Storová, MHA**

SÁL C – Diskusní panel **Dlouhodobá péče**

Odborný moderátor: **Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA**

Registrace na konferenci

na www.eezy.cz nebo pomocí QR kódu





Zdravotnictví a medicína

číslo 6/2024

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. Radkín 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

Ing. Jana Brabcová, Ph.D.
MUDr. Lucie Hajná
PhDr. Jana Jílková
PhDr. Petr Kotouš
Mgr. Lukáš Malý
Mgr. Markéta Mikšová
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 Žlábku 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,
Videňská 995/63, 639 63 Brno, tel. 532 165 165,
e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR

Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.
Oddelenie inej formy predaja
P.O. BOX 183, 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 komerčního povahy.

Snímky označené jako „123rf.com“ jsou použity
na základě licence.

Tisk

Grafotechna Plus, s.r.o.
Číslo dáno do tisku 17. 6. 2024

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem
vydavatele.

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

ZDRAVOTNICTVÍ

- Počet dětí s obezitou v Česku vzrostl 2
- Lidé se stydí za migrénu, společnost se jim posmívá, ukazuje průzkum 4
- Neurologové: všichni pacienti s roztroušenou sklerózou musí dostat kvalitní péči 6
- Mikrobiom je jako druhý mozek 8
- Očkování proti HPV nemá smysl odkládat, říká expertka 9
- Rozhovor s doc. MUDr. Ijou Tacheecím, Ph.D. 10
- Rovnost v odměňování za stejnou práci nejen ve zdravotnictví 14
- Začala platit nová legislativa pro včasné hlášení výpadků léků 15
- Potřebujeme zlepšit péči o pacienty s rakovinou 17
- Zprávy z regionů 18

MEDICÍNA

- Konference Digitalizace českého zdravotnictví 2024 INMED 21
- Problém jménem závrať 26
- Scheuermannovu chorobu obestírají mýty, které brání jejímu včasnému záchytu 28
- Vady páteře si zaslouží akutní pozornost 29
- Sexualita se víc a víc přesouvá do online prostoru 30
- Frekvence sexuálních aktivit Čechů klesá, ale většina je se sexuálním životem spokojená 30
- Představujeme odborné knižní novinky 34
- Náchodská nemocnice má nové operační nástroje za více než 16 milionů korun 36
- Debata o budoucnosti povolání sestry pokračuje 37
- Pochybení při poskytování ošetrovatelské péče 37
- Klub pokusných morčat 39

Počet dětí s obezitou v Česku vzrostl

Nadváha a obezita dětí je velký problém. K nárůstu případů došlo zejména v době covidové pandemie a po ní. „V letech probíhající pandemie a v těch následných došlo u dětí k nárůstu nadváhy a obezity v řádu několika procent. Na to jsou data,“ říká MUDr. Jan Boženský, předseda Sekce pediatrické obezitologie České obezitologické společnosti ČLS JEP a primář dětského oddělení Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.

Obezita u dětí je velký problém, jak na tom jsou české děti, co se nadváhy a obezity týká? Jaká je prevalence?

V posledních letech došlo k prudkému nárůstu počtu dětí s obezitou. V roce 1991 jsme měli 3 procenta dětí s obezitou, dnes je to více než 16 procent. U nadváhy se pohybujeme zhruba mezi 6–10 procenty. Takže v současné době máme kolem 10 procent dětí s nadváhou a přes 16 procent dětí s obezitou. Nadváha zůstává v posledních zhruba 30 letech na podobné úrovni, takže počet dětí s nadváhou výrazně nenarůstá, na rozdíl od těch s obezitou.

V jakých věkových kategoriích je obezita nebo nadváha u dětí nejčastější?

Podle studie z roku 2021 k největšímu nárůstu dochází ve věkové skupině 11 až 13 let. U chlapců je to téměř 50 procent, u dívek je to o nějaké procento méně.

Od kdy nárůst v dětské populaci pozorujete?

Ke skokovému nárůstu v řádech procent došlo především v období covidové pandemie. V posledních třech až čtyřech letech sledujeme strmý nárůst počtu dětí s nadváhou a obezitou.

Uměl byste predikovat stav v blízké budoucnosti?

Pokud nedojde k výrazné změně našeho chování, ať už ve stravě, nebo pohybu, dá se očekávat, že nárůst obezity ve všech věkových kategoriích bude pokračovat. Těžko odhadnout, jak vysoký bude a která věková skupina bude v budoucnu nejpostiženější. Na to budeme potřebovat podrobné studie.

Tušíte hlavní příčiny tohoto negativního trendu?

Jde zejména o změnu životního stylu. Velkým problémem zvláště u dětí je konzumace



MUDr. Jan Boženský

Foto: archiv Jana Boženského

mace velkého množství energeticky bohatých potravin a jídel z polotovarů, ale také pití slazených a energetických nápojů. Stejným problémem je snížený výdej energie, tedy změna pohybových aktivit. Výrazně ubylo spontánního pohybu, děti tráví mnoho času na sítích, jednoduše se pohybují stále méně a méně. Dalším faktorem, zvláště u teenagerů, je porucha spánku, tedy narušení fyziologického spánkového rytmu. V období covidu mnozí chodili spát dlouho po půlnoci, což jim bohužel zůstalo. Spí krátce, ponocují, což vede ke změně produkce stresových hormonů. Takové děti, kromě toho, že jsou chronicky unavené, mají větší tendenci k ukládání tuků.

Často se mluví o vlivu epidemie covidu-19 a lockdownů jako o jedné z příčin nárůstu

tu obezity nejenom u dětí, i vy sám jste se o tom už zmínil. Uměl byste toto téma více rozvést?

Tento trend skutečně potvrzuji. Data mezi lety 2016 a 2021 jednoznačně ukazují, že v tom období došlo k prudkému nárůstu dětské obezity. Vidíme, že lockdown a vlastně celá covidová epidemie měly výrazný vliv na změnu chování dětí. V té době se výrazně snížila pohybová aktivita. Neříkám, že se také výrazně změnily i stravovací zvyklosti, nicméně špatné stravovací návyky podpořené menší pohybovou aktivitou vedly v období covidu, a i po období covidu, k nárůstu dětské obezity.

Jaká rizika dětská obezita představuje?

Následků, ať už v dětském věku, anebo v dospělosti, je velké množství. Prvně se

objevují problémy s přetížením pohybového aparátu. Když dítě váží 50, 60 nebo 70 kg navíc, tak samozřejmě extrémně zatěžuje svůj pohybový aparát. Velmi brzy se objevují mnohé poruchy držení těla. Dále vídáváme malé děti, které mají vyjádřený takzvaný metabolický syndrom, což je soubor onemocnění, kdy se v těle mění charakter průběhu jednotlivých metabolických procesů. Zvyšuje se také riziko vzniku cukrovky. Očekáváme, že pokud bude tento trend dále pokračovat, budeme mít v průběhu několika let mnoho dětí, které onemocní cukrovkou druhého typu, která je typická pro dospělé. Pokud u nich v dospělosti obezita nevyvymizí, může je postihnout metabolický syndrom, což s sebou nese výrazně vyšší riziko vzniku závažných kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky, hypertenze a některých onkologických onemocnění.

Kolik dětí si obezitu z dětství „odnese“ do dospělosti?

Uvádí se, že 50 až 60 procent obézních dětí bude obézních i v dospělosti. To znamená, že minimálně polovina dětí se s obezitou bude „trápit“ i v dospělosti. Děti s obezitou mají často nevhodné stravovací i pohybové návyky, a pokud si tyto návyky s sebou přenesou do dospělosti, těžko čekat nějakou změnu stavu. Pak je ještě další skupina dětí, u kterých vidíme první známky metabolického syndromu. U nich následné komplikace souvisí se změnou metabolických procesů. U těchto dětí se zvyšuje riziko komplikací v časném dospělém věku tím, že kvůli vysoké míře obezity v dětském věku jejich tělo začalo měnit své metabolické procesy velmi brzy.

Jaký má nadváha a obezita vliv na psychiku dětí?

Studie ukazují, že už v předškolním věku děti vyčleňují z kolektivu ty, které se odlišují, to znamená i děti s obezitou. První známky šikany se objevují už v předškolním věku. I malé děti dokážou být kruté, děti s obezitou mohou být vystaveny šikaně ostatních spolužáků jak v tomto, tak v pozdějším věku. Samozřejmě se to často negativně podepisuje na jejich psychickém stavu. Děti s obezitou žijí často kontinuálně ve stresu, u některých se mohou objevit závažné poruchy učení, následně bývají vyčleněny z kolektivu a žijí si ve svém světě, což jejich problém s psychikou často prohlubuje. Děti jsou stále více depresivní a řeší své problémy vyšším pří-

jmem energie, čímž se kruh uzavírá. Víme také, že se z dětí s obezitou stávají velmi často agresori. Jedna část dětí s obezitou tedy může řešit svou depresi dalším příjmem energie, z další části se mohou stát agresori, kteří si budou snažit agresivitou vydobýt místo v kolektivu.

Co se s tímto alarmujícím stavem dá dělat?

Rodiče si musí uvědomit, že obezita vzniká už v časném dětství. Mnohé návyky, které dítěti předávají, se mohou negativně odrazit na jeho zdravotním stavu. Důležité je myslet na to, že obezita nevznikne za týden či dva. Je to dlouhodobý proces, který se musí také dlouhodobě řešit. Velmi důležitá je zde prevence. Musíme mít na paměti, že nadváha může být prvním varovným signálem, že se něco v rodině nedělá dobře a že se s tím musí něco začít dělat. V současnosti máme dostatek vhodných informací na webech, existují mnohé organizace, které mohou pomoci rodičům najít cestu, jak zamezit dalšímu nárůstu tělesné hmotnosti. Nesmíme si myslet, že kila navíc zmizí sama. Neplatí totiž přesvědčení velké části rodičů, že děti z nadváhy a obezity vyrostou. Je třeba řešit kila navíc včas, ideálně zachytit nárůst tělesné hmotnosti ještě v období nadváhy; nečekat na to, až dítě bude mít navíc 50 kilo.

Důležité je nepodceňovat chyby ve stravě, vědět nebo se snažit zorientovat v energetické denzitě potravin, to znamená, jak velký obsah energie jednotlivé potraviny mají. Snažit se jít dětem příkladem. Těžko mohu vleže na pohovce dítěti říkat, ať se jde proběhnout, a očekávat jeho nadšení. Paradoxem bývá, že když před dvaceti nebo třiceti lety děti něco provedly, tak „dostaly zaracha“ a nesměly jít ven. Dneska je to naopak, trest obvykle spočívá v tom, že jim zabavíme telefon a pošleme je ven. Takže používáme pohyb jako formu trestu.

Jaké jsou možnosti léčby obezity u dětí? A s jakým úspěchem?

Nejjednodušší je samozřejmě změna životního stylu, tedy změna stravovacích i pohybových návyků. Vhodná je také psychologická péče, i když víme, že její dostupnost je aktuálně velmi špatná pro všechny děti, tedy i pro děti s obezitou. Další možností pro těžké formy obezity je medikamentózní terapie čili nasazení léků schopných regulovat příjem potravy a zlepšovat metabolické procesy. Pro nejtěžší formy obezity používáme

bariatrickou terapii, to znamená chirurgickou terapii, která léčí obezitu trochu jiným způsobem. Úspěch každé takové terapie závisí i na motivaci rodiny. Pokud budete mít motivovanou rodinu a motivované dítě, bude mít dobře zvolená terapie velký efekt. Pokud budete mít rodinu nemotivovanou, dítě nemotivované, bude účinek terapie nízký. Můžeme se pohybovat v řádech desítek procent nebo v řádech jednotek procent, záleží na motivaci rodiny. Terapie, která se týká změny životního stylu, se samozřejmě ukazuje jako nejdostupnější, je ovšem hodně závislá na motivaci. U nemotivovaného pacienta se ale v průběhu dvou, tří let mohou vyčerpat možnosti i chirurgické terapie. Pokud pacient nezmění své chování, nepovede k výsledku žádná ze zmiňovaných terapií.

Uměl byste vypíchnout nejčastější chyby, které rodiče dětí s obezitou nebo samotné děti dělají při pokusech zhubnout?

Nejčastější chybou je podcenění nárůstu tělesné hmotnosti. Pak to, že z jídelních zvyklostí neeliminují nejvíce energeticky bohaté potraviny a nápoje. Rodiče často řeší, jestli je vhodný tříprocentní nebo desetiprocentní jogurt a dvacetiprocentní nebo třicetiprocentní sýr, ale už neřeší to, že dítě pije velké množství slazených nápojů, které jsou energeticky mnohem bohatší. Další chybou je, že se strava upravuje na základě nevhodných webových doporučení nebo doporučení, která jsou sice velmi módní, ale bez ověřeného efektu.

U mnoha oborů lékařů upozorňují na špatnou mezioborovou edukaci. Jak je tomu v případě obezity dětí?

Pro většinu rodičů a dětí je první volbou pediatr. Většina z nich v České republice je dostatečně edukována, má možnosti a znalosti nejen v oblasti diagnostiky, ale i v léčbě. Terapie je plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Další volbou zdroje informací mohou být organizace, například STOB. I zde mají dost informací a poskytují komplexní doporučení, jak ve smyslu změny jídelních, ale i pohybových zvyklostí. Navíc poskytují rady psychologické povahy, například jak podpořit dítě s obezitou.

Samozřejmě existují také specializované dětské obezitologické ambulance. Těch je ale bohužel v Česku velmi málo, a terapie je zde spíše vyhrazena závažným formám dětské obezity.

Zdeněk Bělohubý

Lidé se stydí za migrénu, společnost se jim posmívá, ukazuje průzkum

Nepopsatelná bolest hlavy, zvracení, závratě, přechodná ztráta zraku – tyto a další příznaky zažívá několikrát do měsíce přes milion lidí s migrénou. Přestože je migréna jako nemoc známá, pacienti se stále setkávají s odsuzováním, nepochopením, a to občas i ze strany zdravotníků. „Je to jen bolest hlavy,“ slýchávají. Drtivá většina lidí s migrénou tak nemoc tají, protože se bojí výsměchu. Vyplývá to z průzkumu patientské organizace Migréna-help, kterého se zúčastnilo více než 500 respondentů.

„Zdraví lidé si neumí představit, čím člověk s migrénou prochází. Co považujeme za obzvlášť alarmující, je to, že pacienti i v době nejsilnějšího záchvatu migrény váhají, zda jít na pohotovost či za lékařem. Snaží se stav utlumit velkým množstvím běžně dostupných léků proti bolesti, a migréna se tak může naopak zhoršit. Bez ohledu na to, kolik dětí a dospělých migrénu v Česku má, pacienti stále řeší podceňování a někdy i urážky,“ zdůrazňuje skutečnost vyplývající z průzkumu Stigma vs. migréna předsedkyně patientské organizace Migréna-help Rýza Blažejovská. To, že ostatní nerozumí tomu, co ataky migrény obnáší, a bolest zlehčují, zpětně vede k většímu stresu pacientů, depresi, skrývání nemoci (něco takového přiznává 70 % dotázaných) a paradoxně k častějším záchvatům. Z toho, jak s nimi okolí zachází, se cítí špatně téměř 57 % dotazovaných. S nepochopením lékařů a zdravotního personálu se v životě setkalo 51 % respondentů. Někteří pacienti uvádějí, že je lékaři odkazují i bez pečlivé diagnózy rovnou na psychiatra, podle odpovědí z dotazníku se část nemocných bojí lékaře vůbec vyhledat. Někteří re-

Migréna v číslech

- Z více než 500 respondentů studie bylo 92 % žen.
- 33 % dotázaných má záchvaty 1–4× za měsíc.
- Na 28 % dotázaných migréna útočí až 7× do měsíce a chronickou bolest (více než 15 dní v měsíci) zažilo 8,5 % dotázaných.
- Třetina respondentů někdy odkládala nebo se vyhýbala vyhledání lékařské pomoci, protože se za svoji migrénu styděla.
- Pouze pro třetinu respondentů (33,5 %) nebylo obtížné adekvátní léčbu získat.

spondenti ale přiznávají, že je několika-denní záchvat i přes jejich obavy nakonec donutí záchranku zavolat.

Příznaky podobné mozkové mrtvici

„Od pacientů někdy slýchávám, že jim ošetřující lékař odmítl předepsat speciální léky na migrénu a odkázal je na analgetika. U nás v nemocnici ale všichni ví, jak závažné onemocnění migréna je,“ říká MUDr. Ľubica Jopeková z Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Brno. Podle vlastních zkušeností nejčastěji přijíždějí do nemocnice ti, které postihl vůbec první záchvat migrény. Obvykle je vyděsí úporné zvracení, porucha vidění, brnění nebo porucha řeči – příznaky, které jsou podobné mozkové mrtvici. Podle neuroložky z Nemocnice Strakonice MUDr. Lucie Pokorné jsou pacienti, kteří přichází, většinou viditelně schvácení bolestí. „Poskytneme jim nitrožilně léky proti bolesti a případně další, které ovlivní doprovodné příznaky,“ popisuje lékařka. Obě neuroložky doporučují, aby člověk, který svou bolest hlavy zná, přišel na pohotovost ve chvíli, kdy záchvat trvá déle než obvykle, dosud účinné léky nezabírají a ataku provází úporné zvracení. I ten, kdo se s migrénou léčí, by měl podle lékařek

zbystřit, když se objeví neznámý typ bolesti, nově aura či jiné neurologické potíže typu brnění, ospalost. „Přesná hranice, kdy by člověk měl na urgent přijít, neexistuje – každý vnímá bolest jinak. Pacienti s migrénou však mohou trpět i sekundární bolestí hlavy. Za tím se může skrývat mrtvice, krvácení, tumor a další. Nemocní s migrénou a aurou jsou dvojnásobně náchylnější k mozkové mrtvici než zdraví lidé. Riziko mrtvice navíc roste, pokud jde o ženy, které užívají dvousložkovou antikoncepci,“ doplňuje MUDr. Jopeková.

(red)

Zkušenosti záchranné služby

„V prvních třech měsících tohoto roku záchranka vezla k ošetření přibližně 50 lidí s migrénou,“ uvádí tisková mluvčí pražské záchranky Jana Poštová.

Na jižní Moravě podle tiskové mluvčí Zdravotnické záchranné služby Jihomoravského kraje Michaely Bothové loni zdravotníci vyjžděli k devadesáti záchvatům migrény.





PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

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

Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem (tzv. cestovné pacientů)

V této Poradně se věnujeme nejen právním předpisům, které upravují vyúčtování cestovních nákladů, ale také praktickým aspektům podávání žádostí a postupům, které mohou pacientům pomoci získat náhradu za jejich cestovní výdaje efektivně a bez zbytečných komplikací.

Podmínky pro indikaci zdravotního transportu vychází z § 36 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 319/2023 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Cestovné pacientů slouží k úhradě nákladů spojených s cestou soukromým vozidlem v souvislosti s cestou za hrazenou zdravotní službou – na lékařské zákroky, ozdravné či lázeňské pobyty, terapie, dialýzy, rehabilitace apod.

Kdo a za jakých podmínek může indikovat nárok na cestovní náhradu za dopravu k lékaři?

O nároku na cestovné pacientů rozhoduje ošetřující lékař (praktický lékař nebo specialista), který zná aktuální zdravotní stav pacienta. Nárok vzniká **v případech, kdy zdravotní stav pacienta neumožňuje přepravu běžným způsobem bez použití zdravotnické dopravní služby a ošetřující lékař souhlasí s přepravou osobním vozidlem**. Řidičem ovšem nesmí být samotný pacient.

Příklady indikace:

- pacienti s onkologickou léčbou, která vyvolává nežádoucí účinky
- pacienti s chronickým onemocněním ledvin podstupující hemodialýzu
- pacienti s diagnózami výrazně omezujícími jejich mobilitu

Jaká je výše náhrad cestovních nákladů?

Přepravu hradí zdravotní pojišťovna ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadovanou péči poskytnout. Požadavek na proplacení delší cesty musí být indikujícím lékařem vždy zdůvodněn.



Mgr. Dana Nevrklová
vedoucí Referátu účetnictví

Proplácí se pouze počet ujetých kilometrů za nejkratší cestu z místa výjezdu do místa určení, a to vždy jen jízdy s pacientem. Výše úhrady je stanovena dle aktuální sazby za km v okamžiku uskutečnění cesty do zdravotnického zařízení. Úhrada pro přepravu pacienta soukromým vozidlem v roce 2024 je stanovena ve výši **7,89 Kč/km** pro jízdy, které byly uskutečněny **po 1. 1. 2024**.

Kde získat potřebný tiskopis a jaké jsou jeho náležitosti?

Povinností ošetřujícího/indikujícího lékaře je mít tiskopis **Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem** k dispozici. Uvedený doklad má označení **VZP 39/2020** a je stejný pro všechny zdravotní pojišťovny. Tiskopis je možné získat na webových stránkách www.vzp.cz/tiskopisy.

Řádným vyplněním a potvrzením tiskopisu lékař indikuje tento druh

dopravy. Na tiskopisu vždy musí být vyplněna kolonka „**Důvod k transportu**“. Zde je nutné uvést zdravotní zdůvodnění pro úhradu přepravy (vyjádření typu „vyšetření“ apod. nelze považovat za zdůvodnění).

Jeden tiskopis je určen vždy jen pro cestu k jednomu poskytovateli zdravotních služeb, max. 10 cest.

Druhá strana dokladu slouží k evidenci návštěv pacienta na odborném ošetření/vyšetření. Poskytující lékař potvrdí vždy datum návštěvy pacienta. V případě, kdy není indikace pro cestu zpět, doplní poskytující lékař v místě razítka „ZPĚT NE“. Může nastat situace, že bude nutný transport sanitou, pak se vyznačí „ZPĚT SANITA“. Pokud cílový poskytovatel zdravotních služeb odmítl z jakéhokoli důvodu potvrdit návštěvu pacienta, nárok na proplacení cestovních nákladů ZANIKÁ.

Do kdy lze o náhradu cestovních nákladů požádat?

Na náhradu cestovních nákladů se vztahuje obecná tříletá promlčecí lhůta dle ustanovení § 629 zákona č. 89/2012 Sb. a běží ode dne, kdy právo mohlo být vykonáno poprvé. Po uplynutí promlčecí lhůty nebude náhrada pacientovi proplacena.

Nárok na úhradu cestovních nákladů pacienta soukromým vozidlem nezaniká úmrtím pacienta, ale stává se součástí řízení o pozůstalosti.

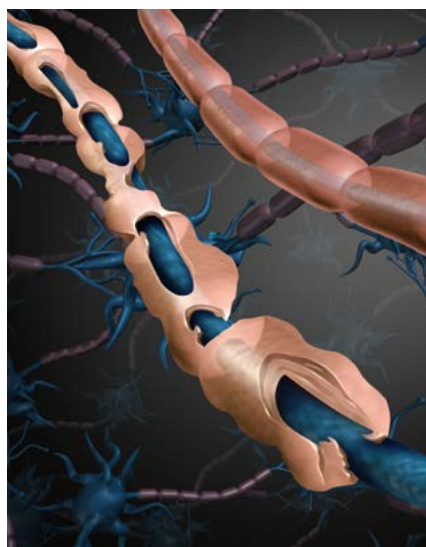
Na koho se obrátit v případě dotazů?

S dotazy se můžete obrátit na **Call centrum VZP ČR (tel. 952 222 222)**, kde vám jeho pracovníci rádi poradí, popř. vás přepojí na specializované pracoviště příslušné regionální pobočky VZP ČR či revizního lékaře.

Neurologové: všichni pacienti s roztroušenou sklerózou musí dostat kvalitní péči

Pokud člověk onemocní roztroušenou sklerózou (RS), nemělo by záležet na tom, zda žije v Chebu, Kolíně nebo ve Frýdku-Místku. Stejnou péči by měl dostat ve všech centrech v celé České republice. Díky Registru pacientů s roztroušenou sklerózou (ReMuS), který sleduje, jak jsou pacienti ve všech 15 vysoce specializovaných pracovištích léčeni, se daří přístup k nemocným sladit. Cílem neurologů je zajistit kvalitní péči bez ohledu na to, kde pacienti žijí – kvůli tomu také sepsali jasná pravidla.

„U tak vážných nemocí, jako roztroušená skleróza bezesporu je, musíme zajistit komplexní celoživotní péči. Na jednu stranu není možné mít v každém městě vysoce specializované centrum, zároveň ale všichni pacienti nemohou jezdit pouze do Prahy nebo Brna. Řešením je tedy určitý počet specializovaných center napříč celou republikou – ta ale musí poskytovat srovnatelně kvalitní péči,“ říká odborná garantka registru ReMuS prof. MUDr. Dana Horáková, Ph.D. „Registr nám umožňuje nahlédnout pod pokličku toho, co se kde přesně děje. Porovnání cest pacientů a průběh jejich léčby s ostatními centra pozitivně motivuje. Pomáhá srovnat jednotlivé kroky tak, aby se nemocným dostalo všude stejné a kvalitní péče.“ Díky systematickému srovnání (benchmarkingu) dostává každé RS centrum zpětnou vazbu o tom, jak funguje. Vidí například, kolik pacientů se vrací pro tzv. relapsy – tedy opětovné vzplanutí nemoci. „Pokud by mělo jedno centrum za rok 2 procenta pacientů, kteří se pro vzplanutí nemoci musí vracet do nemocnice, a druhé 50 procent, je jasné, že je zde něco špatně,“ vysvětluje prof. Horáková.



Data z registru

- Registr nyní sleduje 21 537 pacientů (71,1 % žen a 28,9 % mužů), což je v porovnání s rokem 2022 o přibližně 1 000 více. Z toho 15 915 osob užívá biologickou léčbu. Přibližně třetina pacientů má tzv. progresivní formu nemoci.
- Průměrný věk registrovaných byl v době začátku onemocnění necelých 33 let. Nejvíce pacientů bylo z Prahy (3 161), nejméně (465) pak z Karlovarského kraje.
- Více než polovina (61,56 %) uživatelů biologické léčby pracovala na plný úvazek. Z těch, co biologickou léčbu neužívají, takový úvazek zvládá 36,01 % lidí. „V mezinárodním srovnání patří ReMuS ke špičce. Data slouží v mnoha výzkumných projektech, registr pomáhá zmapovat nemoc jako takovou, umožňuje posuzovat účinnost léků, jejich bezpečnost. Pomáhal nám také reagovat v nenadálých situacích, jako byl například covid-19,“ dodává Jiří Drahota.

Podle ředitele registru ReMuS Ing. Jiřího Drahoty registr ukazuje na slabá místa ve zdravotním systému. Například když z dat vyplyne, že centrum sice pacientům rychle nasadí léčbu, ale déle trvá, než se lidé do RS centra vůbec dostanou.

Jedním z aktuálních kroků, které neurologové pro sjednocení péče udělali, je vytvoření doporučených postupů, jimiž by se centra měla řídit. „Tyto postupy vycházejí z nejnovějších vědeckých poznatků a jejich cílem je podpořit zvyšování kvality péče o nemocné. Registr nám pomáhá zjistit, zda je centra opravdu následující,“ říká vedoucí Centra pro demyelinizační onemocnění Neurologické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, DrSc. Jako další příklad uvádí aktuální projekt, kdy ve spolupráci s neuroradiology došlo ke sjednocení protokolu, jak má probíhat magnetická rezonance (MR). „Každá nemocnice měla svůj systém. Ukázalo se, že někteří pacienti pak nebyli správně sledováni. Nové postupy jasně říkají, co u každého pacienta s roztroušenou sklerózou při MR dělat a jak často. Nyní by všechna centra měla monitorovat nemocné s po-

mocí zobrazovacích metod stejně,“ vysvětluje prof. Havrdová. Všechny 15 center čeká v příštím roce proces, při němž musí znovu požádat o certifikaci vysoce specializovaného pracoviště. Aby toto označení dostala, musí léčit určitý počet pacientů a mít dostatečný počet erudovaných lékařů, sester, fyzioterapeutů či psychologů. S nedostatkem těchto odborníků se přitom potýkají všechna centra.

O to, aby měli pacienti v centrech vysoce specializované péče stejný standard, usiluje i Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZČR). „Vytvořili jsme metodický pokyn, který jasně popisuje, co by mělo pracoviště splňovat, aby se mohlo vysoce specializovaným centrem nazývat. Tento status není na doživotí – po čase musí pracoviště obhájit, že splňuje to, co pacienti a plátcí péče potřebují. Proto vždy před vypršením termínu uděláme inventuru, jak centrum funguje, zjistíme, zda je vše v pořádku a co zlepšit. Díky tzv. indikátorům kvality umíme navíc jednotlivá centra porovnat,“ vysvětluje Ing. Mgr. Venuše Škampová, ředitelka odboru zdravotní péče MZČR. Center pro léčbu RS se tento proces bude týkat příští rok. (red)

TÉMA MĚSÍCE: Letní poradna pro oči

Mnozí už se těší na dovolenou, a to ať už odpočinkovou u moře, nebo aktivní vysoko v horách. Obě varianty mohou mít zásadní vliv na naše oči. Zrak může být ovlivněn nejen slunečním zářením, ale i úrazy a různými infekcemi. Jak oči v létě chránit a co dělat v případě obtíží, radí MUDr. Radan Zugar, primář Očního centra Praha.

Proč je důležité chránit oči před sluncem?

Nadměrná expozice slunečnímu záření může nejvíce ovlivnit spojivku oka. Při dlouhodobém působení UV záření spojivka zarudne a oko může začít slzet, svědit, pálit nebo škrábat. Nedostatečná ochrana před UV zářením může ale také způsobit vážnější problémy se sítnicí, a dokonce podpořit rychlejší vývoj šedého zákalu.

Jak nejlépe oči před slunečním zářením ochránit?

Oči před slunečním zářením nejlépe ochráníte kvalitními slunečními brýlemi, které poskytují 100% ochranu proti UV záření (označeno jako UV400). Tato úroveň ochrany zajistí, že vaše oči budou chráněny před škodlivými UVA a UVB paprsky. Barva skel by neměla být úplně tmavá, neboť by se zorničky oka pod jejich ochranou mohly více rozšířit a do oka by pak mohlo pronikat více UV záření. Ideální je tedy zatmavení stupně dva až tři.

Co dále může naše oči v létě dráždit?

Kromě sluníčka může oči podráždit i slaná mořská voda nebo chlorovaná voda v bazénech. Proto je vhodné oči vždy po koupání oplachovat čistou vodou. Určitě není dobré je jen utřít do ručníku, neboť si pak sůl či v případě sladkých koupališť vodní řasy a sinice do oka spíše vetřete. Při plavání a potápění je zároveň vhodné používat plavecké či potápěčské brýle, které oči ochrání.

Je letní období hrozbou pro oči i co se týká alergií?

Ano, pylová sezóna přetrvává až do konce léta. Nicméně oční alergie může probíhat i celý rok, kdy jsou alergici vystaveni alergenům, jako jsou například



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.

domácí mazlíčci nebo roztoči. Vzhledem k tomu, že dovolenou většina z nás tráví na čerstvém vzduchu, doporučuji alergikům s sebou do kufříku zabalit i oční kapky s antihistaminiky.

Co dalšího na oči je vhodné s sebou do lékárničky zabalit?

Na dovolenou doporučuji přibalit do lékárničky oční kapky, jako je například Ophthalmo-septonex nebo kapičky obsahující světlík lékařský. V případě podráždění se tyto kapičky aplikují 3–4× denně a oko se nechá zklidnit. Pokud kapky nepomohou nebo se bolest očí zhorší, určitě je na místě navštívit očního lékaře. Kromě těchto kapek je vhodné přibalit i tzv. umělé slzy – kapky, které pomáhají zvlhčovat povrch oka, a posilují tak přirozený slzný film v oku.

Proč umělé slzy?

Suché a horké letní počasí může vést k vysychání očí, a tento problém ještě zhoršuje klimatizace. Klimatizované prostory, ať už jde o auto, či hotelový pokoj, snižují vlhkost vzduchu a způsobují osychání povrchu oka. To může být zvláště problematické pro lidi s již sníženou schopností tvorby slz nebo se zhoršenou kvalitou slzného filmu. Dlouhodobé zanedbání tohoto stavu může vést k rozvoji syndromu suchého oka, který může být doprovázen závažnými komplikacemi, jako je zánět rohovky a spojivky.

Jak je to s používáním kontaktních čoček při koupání?

Používání kontaktních čoček při koupání se obecně nedoporučuje. Voda, ať už z bazénu, moře, nebo sprchy, může obsahovat mikroorganismy, které se mohou dostat do kontaktu s čočkami a způsobit oční infekce, jako je například zánět rohovky. Pokud je nutné nosit kontaktní čočky během koupání, je vhodné použít jednodenní čočky, které lze po plavání vyjmout a vyhodit. Alternativou by mohla také být laserová operace očí, která může zlepšit zrakovou ostrost, a tím odstranit potřebu nosit brýle nebo kontaktní čočky.

V létě prý častěji dochází k úrazům oka, je tomu tak?

Ano, letní období je skutečně spojeno s častějšími drobnými poraněními oka, například když do oka vletne hmyz nebo spadne nějaká nečistota. Při letním sportování, ale například i při kutilských pracích je proto vhodné zrak chránit a používat ochranné brýle.

Co dělat v případě poranění oka?

Pokud je cizí předmět v oku volný a pohyblivý, vyjměte jej z oka ven například čistým kapesníkem a ošetřete oko desinfekčními kapičkami, například Ophthalmo-septonexem. Pokud je však cizí předmět v oku zaseknutý nebo dojde k poranění oka ostrým předmětem, nepokoušejte se jej vyndat ven, ale vždy vyhledejte pomoc očního lékaře.

Mikrobiom je jako druhý mozek

V našich střevech žijí jedno až dvě kila bakterií, virů a dalších mikroorganismů, které jsou součástí naší střevní mikrobioty, tedy mikrobiomu. Tento neviditelný svět bakterií má velký vliv nejen na naše tělo, ale i na naši psychiku. Skládá se z širokého spektra mikrobů, zahrnujících jak prospěšné, tak i potenciálně škodlivé druhy. Jeho složení je u každého z nás tak unikátní, že by se dalo přirovnat k otisku prstu, čehož se ve forenzní biologii již využívá.

Mikrobiom sdružuje přibližně 100 trilionů buněk, což je desetkrát více než počet buněk v lidském těle. První setkání s mikroorganismy nastává už během porodu. Výzkumy ukazují, že způsob porodu má významný vliv na první osídlení mikrobiomu novorozence. Děti narozené přirozenou cestou jsou vystaveny mikroorganismům z porodních cest matky, zatímco mikrobiom miminek narozených císařským řezem vykazuje obecně větší výskyt potenciálně patogenních mikrobů nemocničního prostředí. U císařského řezu se dokonce doporučuje udělat vaginální stěr a aplikovat ho do úst dítěte, což má dobré výsledky pro simulaci přirozeného porodu.

Klíčovou roli podle odborníků hraje i kojení. „Mateřské mléko obsahuje nejen výživné látky, ale i probiotika a prebiotika, jako jsou oligosacharidy, které podporují růst prospěšných bakterií ve střevech dítěte. Děti kojeneckým mlékem mají obvykle rozmanitější mikrobiom s vyšším podílem prospěšných bakterií, jako jsou *Lactobacillus* a *Bifidobacterium*,” prozrazuje Ing. et Ing. Barbora Procházková, Ph.D., z vědeckého týmu Chromozoom.

V prvních letech života je pak důležitá i expozice mikrobů z vnějšího prostředí, včetně těch, které se nacházejí v domácnosti, na domácích mazlíčcích a v přírodě. Kontakt s okolím pomáhá v rozvoji silné a rozmanité střevní mikrobioty, která může přispět k lepší imunitě nebo menšímu vzniku alergií a autoimunitních onemocnění. U dospělých jedinců mikrobiom váží přibližně 1–2 kg, což je srovnatelné s hmotností mozku. Vyvíjí se po celou dobu života a ovlivňuje ho celá řada faktorů.

Fyzickou i psychickou pohodu ovlivňuje rovnováha ve střevech

Střeva jsou často označována za druhý mozek, protože obsahují přibližně 100 milionů nervových buněk, což je více než v jakékoli jiné části těla kromě samotného mozku. Zároveň produkují velké množství

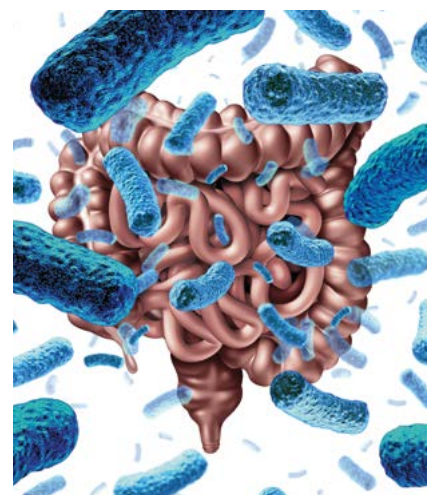
neurotransmiterů, včetně serotoninu, který je znám jako „hormon štěstí“. Zhruba 90 procent serotoninu, který ovlivňuje mnoho aspektů naší nálady a chování, se vyrábí ve střevech. Osoby, které mají tuto funkci narušenou, jsou pak senzitivnější k tomu být náladové, podrážděné, obvykle také častěji podléhají depresím a úzkostným stavům.

„Střevní mikrobiom je komplexní ekosystém, který má vliv na mnoho aspektů lidského zdraví. Nedávné studie naznačují, že dysbióza mikrobiomu může být spojena s různými onemocněními, včetně obezity, metabolických chorob, a dokonce i duševních poruch,“ upozorňuje vědecká specialista v oblasti biochemie a výživy Mgr. Soňa Talacko, Ph.D., ze společnosti Chromozoom.

Pozor na zpracované potraviny, antibiotika, antikoncepci i alkohol

Správná funkce mikrobiomu napomáhá mnoha oblastem lidského zdraví. Jedním z nich je trávení a vstřebávání živin, jako jsou vitaminy a minerály. Pomáhá také s trávením vlákniny a produkcí mastných kyselin s krátkým řetězcem, které jsou důležité pro zdraví střevní sliznice. Podporuje správnou funkci imunitního systému, chrání organismus před infekcemi a podílí se na chodu metabolismu i jeho regulaci. Málokdo ví, že ovlivňuje také naši tělesnou hmotnost a hladinu cukru v krvi.

Mikrobiální rovnováhu narušují nezdravé a vysoce průmyslově zpracované potraviny. Jedná se o jídlo z rychlých řetězců, uzeniny, které většinou obsahují minimální množství masa, chipsy, potraviny s velkým obsahem cukru a sladké limonády. Negativní dopad může mít i mléko, lepek nebo glutamáty a radikální druhy diet. Naopak potraviny, které mají dobrý vliv na funkci našeho mikrobiomu, jsou ty, které jsou minimálně průmyslově upravené, nejlépe vůbec. Ryby, ovoce, zelenina, jogurty, fermentované potraviny, jako je



Ilustrační foto: 123rf.com

kvašené zelí či kimchi, kefíry, acida nebo i kváskový chléb. Ne nadarmo se říká, že jsme to, co jíme.

Střevnímu mikrobiomu neprospívají ani antibiotika, protože snižují biodiverzitu mikrobiomu, tedy počet rozdílných druhů bakteriálních kmenů. To může vést až ke snížení odolnosti střevního mikrobiomu, který tak může být vyveden z rovnováhy škodlivými vlivy.

Také alkohol zabíjí prospěšné bakterie, které jsou důležité pro trávení, imunitu a celkové zdraví. Zároveň narušuje mikrobiální rovnováhu a podporuje přemnožení škodlivých bakterií. To může vést k trávicím potížím, zánětům a dalším zdravotním potížím. Výjimkou je snad jen červené víno. „Mírná konzumace červeného vína může prospět střevnímu mikrobiomu díky obsahu polyfenolů, které podporují růst prospěšných bakterií,“ dodává genetička Procházková.

Existují ovšem způsoby, jak zmírnit negativní dopady alkoholu na střevní mikrobiom. Důležité je omezit jeho konzumaci, jíst zdravou stravu bohatou na vlákninu, doporučuje se i užívání probiotik a prebiotik, která podporují zdravý střevní mikrobiom. Správné funkce napomáhá i pravidelný pitný režim, pohyb na čerstvém vzduchu a kvalitní spánek.

(red)

Očkování proti HPV nemá smysl odkládat, říká expertka

Čím dříve, tím lépe. Platí to i v případě očkování proti lidskému papilomaviru (HPV). Podle studie se s ním mladiství mohou setkat již v 11 letech. Vakcína je však neúčinnější, pokud se aplikuje dříve, než k tomuto setkání dojde. HPV je jednoznačnou příčinou vzniku rakoviny děložního hrdla a rizikovým faktorem dalších onemocnění, jako je karcinom anu, pochvy, zevních rodidel, ale i dalších přidružených chorob, jako jsou genitální bradavice nebo polypy dýchacích cest.

Studie z roku 2012 se věnovala výskytu HPV v české populaci a zkoumala výskyt protilátek proti lidskému papilomaviru v krevním séru, které signalizují, že organismus přišel do kontaktu s infekcí. „Mezi jedenáctým a třináctým rokem pak ukázala nárůst těchto protilátek u dívek i chlapců. Očkování proto doporučuji zahájit již před 13. narozeninami, nicméně i v pozdějším věku má u sexuálně aktivních lidí smysl,“ říká doc. RNDr. Ruth Tachezy, Ph.D., viroložka a vedoucí katedry genetiky a mikrobiologie na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Je také spoluautorkou zmiňované studie, jejíž výsledky jsou dnes vzácné tím, že podobná data s ohledem na vyšší proočkovanost následujících ročníků již není možné získat.

Očkování proti HPV je podle expertů z řad lékařů a vědců neúčinnější způsob prevence proti rozvoji onemocnění, které viry vyvolávají. Infekce vysoce rizikovými typy HPV je příčinou prakticky všech případů rakoviny děložního hrdla, rizikovým faktorem rakoviny řitního otvoru, pochvy a zevních rodidel. HPV infekce je také původcem

velmi nepříjemných genitálních bradavic a papilomů jícnu. Od letošního ledna hradí zdravotní pojišťovny očkování proti HPV všem dětem ve věku od 11 do 14 let (do 15. narozenin). Snížení věkové hranice ze 13. na 11. rok odborníci rozhodně vítají. „Z naší studie vyplynulo, že část populace, zejména dívek, se setkala s HPV ještě předtím, než zahájila plnohodnotný pohlavní život. K přenosu některých kmenů HPV tak zjevně dochází i při aktivitách, jako je mazlení neboli tzv. petting. Ten se může odehrávat mnohem dříve než koitální styk, a proto je vhodné, aby byli chlapci a dívky chráněni co nejdříve,“ vysvětluje doc. Tachezy. Po zahájení pohlavního života se pak podle ní papilomavirem velmi rychle promoužuje celá populace.

„Od doby vzniku studie se změnilo sexuální chování – více mladistvých dnes začíná dříve pohlavně žít, a tím se i zvyšuje riziko, že se dříve setkají s infekcí HPV. Posun věkové hranice k mladšímu věku tedy vidím jako zcela odůvodněný. Mimo to očkování mladších jedinců přináší lepší imunitní odpověď,“ říká doc. Tachezy.

Proočkovanost na HPV

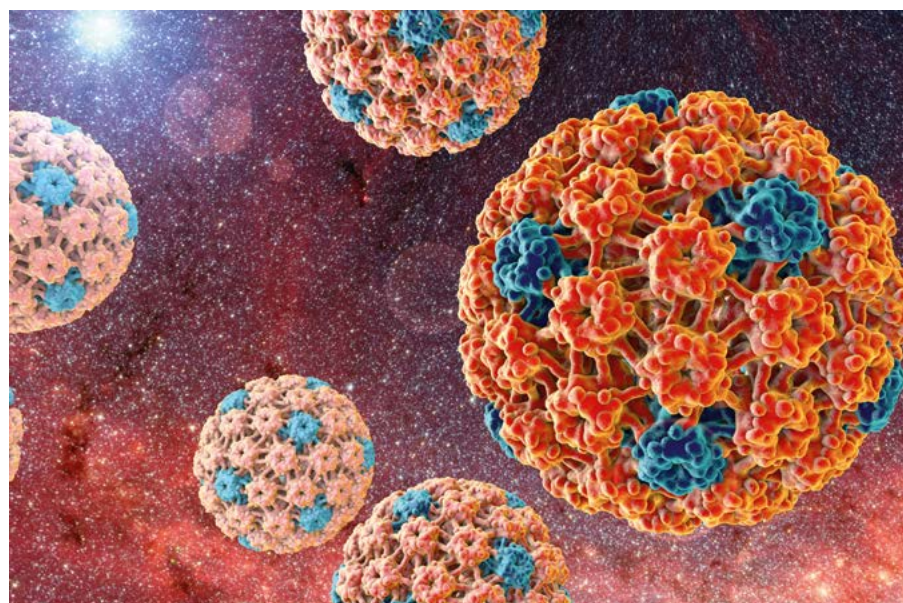
Jak vyplývá z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, proočkovanost dětské populace proti HPV infekci se v Česku pohybuje kolem 55 procent. Téměř polovina dětí tak není při zahájení sexuálního života, kdy většinou dochází k přenosu infekce, chráněna.

Snahou lékařů a vědců je postupně choroby způsobené HPV vymýtit, a to i v Česku. Inspirací mohou být severské státy a Austrálie, kde se díky kombinaci vakcinace dívek a chlapců a HPV DNA testování může karcinom děložního hrdla stát vzácným onemocněním.

Ochrana pomocí očkování je podle ní důležitá i proto, že změny chování populace, jako je vyšší počet sexuálních životních partnerů či aktivní sexuální život do vyššího věku, zvyšují riziko nákazy HPV a perzistence viru, která vede k projevům HPV vyvolaných onemocněním.

Díky rozšíření věkové hranice budou mít lékaři také větší prostor pro komunikaci s rodiči a osvětu, což jim výrazně usnadní plánování očkování náctiletých dětí. „I když jsme rodiče o možnosti bezplatného očkování proti HPV informovali s dostatečným předstihem, často se stávalo, že si na něj vzpomněli až po 14. narozeninách svých dětí. Na úhradu již v takovém případě nedosáhli. To se teď změnilo a je rozhodně pozitivní, že máme k dispozici delší období, kdy je možné bezplatně očkovat. A platí, že čím dřív, tím líp,“ přibližuje MUDr. Hana Cabrnová, MBA, praktická lékařka pro děti a dorost a místopředsedkyně České vakcinologické společnosti ČLS JEP.

(red)





„V mortalitě rakoviny slinivky
břišní jsme na třetím místě.“

Ilja Tachecí

V Česku běží projekt zaměřený na prevenci pro pacienty se zvýšeným rizikem karcinomu pankreatu, jehož cílem je záchyt onemocnění v časně formě, kdy je léčitelné, či dokonce vyléčitelné. „V tuto chvíli máme vytipované kandidáty z rizikových skupin, program je ale teprve v začátku. Na data si budeme muset ještě počkat,“ říká doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D., předseda České gastroenterologické společnosti ČLS JEP. Kromě toho u nás běží screening kolorektálního karcinomu, kde je využívána umělá inteligence. I o tom se docent Tachecí v rozhovoru pro časopis Zdravotnictví a medicína zmiňuje.

V letošním roce odstartoval dlouho očekávaný screening karcinomu pankreatu. Pro koho je určený?

Na začátku bych rád upozornil na to, že termín screening je v tomto případě poměrně nepřesný. Screening se používá k označení vyšetřování široké populace s průměrným rizikem daného onemocnění, například na základě dosažení daného věku. U slinivky břišní se spíše jedná o vytipování osob s vysokým rizikem toho onemocnění (celoživotní riziko je větší než 5 %) a jejich cílené preventivní vyšetřování. U toho se využívá spíše pojem surveillance. Určený je právě pro pacienty s vyšší mírou rizika rakoviny pankreatu. Jde o pacienty, kteří mají vícečetné blízké příbuzné s tímto onemocněním, případně ty s určitými genovými mutacemi, které jsou spojeny s polypy střeva, s rakovinou prsu nebo s rakovinou tlustého střeva. Patří sem třeba i pacienti s hereditární formou chronické pankreatitidy. Obecně je vytipování takového jedince poměrně složité a vyžaduje i další konzultace včetně provedení genetického vyšetření.

Co si od programu slibujete?

Cílem každé takové aktivity je včasná diagnostika nádorového onemocnění, kdy je ještě ve fázi premaligních změn nebo ve fázi časného karcinomu, u něhož jsou výsledky léčby samozřejmě nejlepší. Cílem našeho programu vyhledávání časných forem karcinomu pankreatu je potvrdit data o jeho účinnosti, která jsou dostupná z mnoha světových center, například z USA. To znamená, že se alespoň u části nemocných podaří zjistit rakovinu ve velice časném stadiu, kdy je léčitelná nebo v ideálním případě i vyléčitelná. Toto je v současnosti u karcinomu pankreatu záležitost naprosto výjimečná.

Na jakých pracovištích probíhá?

Program v tuto chvíli startuje v několika špičkových gastroenterologických centrech. Prozatím se v Česku pilotně zapojila Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Hradec Králové, IKEM, Nemocnice Frýdek-Místek a Nemocnice Jablonec nad Nisou.

Máte už nějaká data, kolik osob programem už prošlo, a s jakými výsledky?

Vzhledem k tomu, že program právě začíná, tak si na první data budeme muset ještě minimálně několik měsíců počkat. V tuto chvíli jsou v rámci programu na všech zapojených pracovištích vytipování a oslovování první kandidáti z výše definovaných rizikových skupin, u nichž budou prováděna první vyšetření. Pokud bych měl popsat proces konkrétněji, tak po zařazení do programu je u nemocných kromě běžných vyšetření včetně vyšetření krve prováděno i endosonografické vyšetření, které je velice přesné při identifikaci drobných změn v oblasti slinivky břišní, a dále magnetická rezonance.

Moderní přístroje mohou celý proces screeningu a diagnostiky usnadnit

Jaký je výskyt rakoviny pankreatu v Česku?

Česko je bohužel v evropském měřítku v počtu nově diagnostikovaných pacientů, to znamená v incidenci a v mortalitě rakoviny slinivky břišní na třetím místě. Ročně u nás onemocní touto formou rakoviny zhruba 2500 osob a zhruba stejné množství pacientů i umírá. Počet nemocných, kteří přežívají déle, nebo jsou dokonce úplně vyléčeni, je poměrně malý. Víme, že rakovina slinivky břišní je v tuto chvíli třetí nejčastější onkologickou příčinou smrti. Počet nově diagnostikovaných osob s touto nemocí rok od roku roste. Statisticky ukazují, že v Evropě došlo v obou epidemiologických ukazatelích za posledních 20 let ke zvýšení o 50 procent čili data nejsou příliš radostná.

Medicína dělá velké pokroky. Jaké jsou aktuální novinky v léčbě tohoto onemocnění?

V onkologické i v chirurgické léčbě jsou určité významné pokroky. Základním problémem péče o pacienty s karcinomem pankreatu je ale to, že ve více než 80 pro-

centech případů léčíme onemocnění pokročilé a šance na vyléčení je v podstatě minimální. Rakovina slinivky břišní patří k nejobtížněji léčitelným nádorovým onemocněním vůbec. To znamená, že klíčem k úspěchu je především co nejčasnější diagnostika, díky níž má léčba nejlepší vyhlídka na vysokou efektivitu. A souvisí s tím právě i zmiňovaný program včasného odhalování nemoci.

Pojďme k dalšímu programu. V Česku byl zaveden v roce 2000 Národní program screeningu kolorektálního karcinomu pro osoby starší 50 let. Můžete zhodnotit jeho přínos za více než 20 let jeho fungování? Jaká je jeho efektivita?

Tento program funguje velmi dobře, je vlastně takovou chloubou české gastroenterologie. V současné době je screening založen na možnosti volby mezi koloskopickým vyšetřením a vyšetřením stolice na přítomnost krve, tedy na okultní krvácení. Přesnější a efektivnější je samozřejmě koloskopické vyšetření. Pokud totiž v jeho průběhu identifikujeme polyp, který by mohl skončit rakovinou tračnicku, je zároveň dobře možné tento polyp rovnou odstranit. Co se týče efektivity programu, tak v Česku sledujeme významné zlepšování některých zásadních epidemiologických parametrů. Na rozdíl od dříve zmiňovaného karcinomu pankreatu se právě díky programu screeningu kolorektálního karcinomu daří již několik let po sobě snižovat v rámci Česka incidenci a klesá také úmrtnost na toto onemocnění. Česko se během několika let v rámci žebříčku výskytu a úmrtnosti propadlo z předních pozic blíže k průměru Evropské unie čili je zde nepochybně pozitivní epidemiologický, populační efekt tohoto programu.

Co by se ještě dalo v rámci screeningu kolorektálního karcinomu zlepšit?

Problémem je například omezená kapacita center provádějících screeningové koloskopie, čímž dochází k prodlužování čekacích dob v souvislosti se zvyšujícím se zájmem populace o zařazení do programu. V současné době intenzivně řešíme možnosti posílení těchto kapacit a optimalizaci výkonosti celého systému screeningu rakoviny tlustého střeva. Další oblastí ke zlepšení je samozřejmě materiální a finanční zabezpečení center moderními přístroji, což se také začíná dít. Moderní přístroje, které mají vylepšení obrazu nebo využívají umělou inteligenci, mohou celý proces usnadnit, zrychlit a optimalizovat. Zvýšit se dá také informovanost populace o přínosu

a smyslu vyšetření. Jsou dány doporučené intervaly vyšetření, které je potřeba respektovat. Nemá smysl se po koloskopickém vyšetření dožadovat dalšího vyšetření dříve než po deseti letech nebo se nechat testovat na okultní krvácení. Toto všechno systém zatěžuje a zpomaluje.

Jak se za posledních dvacet let změnila diagnostika a léčba kolorektálního karcinomu?

Já se zaměřím na to, co je mi jako invazivnímu endoskopistovi nejbližší, a to na časné formy onemocnění. V diagnostice jsou využívány špičkové endoskopy, které již mají standardně vysoké rozlišení a možnosti zobrazení v různých režimech, které zvyšují, obecně řečeno, kontrast zobrazení slizničního povrchu a cév. Tím se snižuje a minimalizuje riziko přehlédnutí drobné premaligní, nebo dokonce maligní léze. Co se týče léčby, tak tam je významným pokrokem léčba endoskopická, konkrétně techniky endoskopické resekce – odstranění polypů, plochých lézí a časných nádorů tlustého střeva. Velkou část těchto nálezů jsme schopni řešit právě pomocí endoskopů bez nutnosti

operace nebo onkologické léčby. Používají se k tomu různé specializované nože, klíčky a další sofistikovaná zařízení, díky nimž tento zákrok může proběhnout dokonce ambulantně, bez nutnosti celkové anestezie.

V gastroenterologii je již možné považovat umělou inteligenci za prověřenou technologii

Velkým hitem poslední doby je umělá inteligence, zejména v oblasti diagnostiky. Jak se uplatňuje v gastroenterologii? V čem gastroenterologům pomáhá?

V gastroenterologii je již možné považovat umělou inteligenci za prověřenou technologii. Je součástí moderních koloskopických systémů, kdy například v rámci screeningu upozorňuje lékaře na polyp nebo plochou lézi. Snižuje tak riziko jejich přehlédnutí a zvyšuje efektivitu vyšetření a programu. Některé systémy umělé inteligence jsou schopné určovat i konkrétní typ

léze. Dokonce lze předpokládat v budoucnu využití umělé inteligence v určitých úzce definovaných situacích, jako je náhrada histologického vyšetření u některých zcela nezhoubných a bezpečných nálezů, například u hyperplastických polypů. Tak daleko ale ještě nejsme.

Zkuste odhadnout, jaká je budoucnost umělé inteligence v medicíně?

Obecně v medicíně se předpokládá poměrně široké využití této technologie, a to nejen při vyhodnocování endoskopických nálezů, jak máme nyní možnost sledovat, ale třeba i při zpracování velkého množství dat o pacientech, například při vytipovávání nemocných ve vysokém riziku různých chorob. Umělá inteligence by mohla z mého pohledu převzít i větší část administrativy, čímž by se významně uvolnila kapacita zdravotnického personálu.

Další oblastí nových technologií je telemedicina. Jak se uplatňuje v gastroenterologii? Jak pomáhá pacientům a lékařům?

Telemedicina má významný potenciál optimalizovat a debyrokratizovat poskytování



zdravotní péče. V gastroenterologii se v současné době telemedicína využívá v oblasti chronických onemocnění, jako jsou idiopatické střevní záněty, například Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida. Zde mohou lékaři díky telemedicině na dálku monitorovat příznaky nemocných, sdílet obrazy či výsledky některých vyšetření, snadno komunikovat s pacienty, což může zkracovat dobu čekání na konzultaci, a tím předcházet vzniku dalších akutních komplikací.

Jak konkrétně je na pracovištích využívána? Částečně jsem to už zmínil v předchozí odpovědi. V gastroenterologii je využívána především při konzultacích výsledků vyšetřovacích metod, jako jsou endoskopie nebo CT vyšetření, to znamená při přenášení obrazových dat.

Je možné zmínit diagnózy, pro něž by měla největší přínos?

Takto bych to asi striktně nedefinoval. Myslím si, že telemedicína může mít přínos u všech chronických onemocnění a diagnóz. Přínos u akutních stavů je samozřejmě poměrně specifictější záležitost. Tam zatím v gastroenterologii její místo nevidím, ale dokážu si to představit u akutních stavů například v kardiologii, kdy u sebe pacient má nějaký monitor a v případě výskytu arytmie systém automaticky kontaktuje ošetřujícího lékaře a zajistí akutní péči. V gastroenterologii je její místo spíše u chronických onemocnění, jako jsou právě idiopatické střevní záněty.

Často skloňovaným tématem medicíny je digitalizace zdravotnictví. Je podle vás v Česku dostatečná a co by se mělo podle vás zlepšit?

Digitalizace zdravotnictví je naprostá nezbytnost. Toto zjištění ale není nic nového. V Česku probíhají roky neplodné diskuse na toto téma, a i po letech je digitalizace českého zdravotnictví stále roztržštěná a jsme stále na začátku. I v 21. století se můžeme setkat s absurditami, kdy profesor medicíny vyhledává a přepisuje údaje z nemocničních informačních systémů do různých papírových složek a šanonů, v lepším případě do excelovských tabulek, ve kterých poté tato data ručně zpracovává, dále znovu nahrává a odesílá dál. Nemocniční informační systémy převážně nejsou schopny vytvářet potřebné databáze a registry, natož mezi sebou komunikovat navzájem. Naprostá většina zdravotnické dokumentace se zpracovává a odesílá papírově. Zjednodušeně řečeno – digitalizace je důležitá jak pro zdravotnictví, tak i pro státní správu a další

doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.

- Působí jako přednosta 2. interní gastroenterologické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové a Lékařské fakulty v Hradci Králové Univerzity Karlovy.
- Stojí v čele České gastroenterologické společnosti.
- Je autorem řady vědeckých textů a publikací, přednáší na vysoké škole a na mezinárodních kongresech, absolvoval zahraniční odborné stáže v Nizozemsku, Belgii a Japonsku.
- Byl mezi prvními, kdo pracoval s technikou kapslové endoskopie a dvojbalonové enteroskopie.
- Je autorem českého atlasu kapslové enteroskopie a spoluautorem evropských atlasů.
- Specializuje se na endoskopické resekce časných nádorů trávicí trubice a provádění dalších miniinvazivních endoskopických operačních výkonů.
- Je zapojen do mezinárodní spolupráce při zavádění moderních forem výuky lékařství, využití digitalizace a umělé inteligence v medicíně.

oblasti našeho života. Digitální systémy by umožnily radikální snížení administrativní zátěže, a tím i optimalizaci využití zdravotnického personálu na to, v čem je skutečně proškolen, tzn. v poskytování zdravotní péče. V současné personální krizi v některých oblastech zdravotnictví je využívání vysoce kvalifikovaného zdravotnického personálu k banálním administrativním úkonům málem až zločin.

mohou být škodlivé. Uvedená iniciativa se snaží motivovat lékaře k přehodnocování některých typů léčby a k jejímu aktivnímu vysazování tam, kde není jasně indikována. Podobných oblastí je v gastroenterologii, na kterou se iniciativa zaměřuje, celá řada. Problematika se liší také podle země, každý zdravotnický systém totiž trápí něco trochu jiného, byť na některé problémy narážíme celosvětově.

Telemedicína má významný potenciál optimalizovat a debyrokratizovat poskytování zdravotní péče

Gastroenterologové se zapojili do projektu „Choosing wisely“. Můžete popsat, o co přesně jde? Jakou roli v něm gastroenterologové hrají a proč je důležitý?

Volně bychom název přeložili jako „moudrá volba“. Je to celosvětová iniciativa, která se snaží zbavit medicínu postupů, které nejsou podloženy důkazy o jejich prospěšnosti či efektivitě. V každém lékařském oboru najdeme oblasti, kde se určité vyšetřovací nebo léčebné postupy používají pouze na základě určité tradice, historie či zkušeností, často ale nejsou úplně efektivní nebo v extrémních případech dokonce

Mohl byste uvést některá doporučení z tohoto projektu?

Pokud budu konkrétnější, tak v oblasti gastroenterologie máme například léčbu blokátory protonové pumpy, tedy léky, které snižují produkci žaludeční kyseliny. Jsou využívány především k léčbě žaludečních vředů, refluxní choroby jícnu a tak dále. Spotřeba těchto léků, zvláště po jejich uvolnění k volnému prodeji, nicméně v populaci strmě narůstá. Problémem je, že lékaři často tuto situaci ignorují a léky v podstatě nevysazují ani neověřují indikaci této léčby. Tato situace je samozřejmě nevýhodná nejen ekonomicky, neboť zbytečné užívání léků spotřebovává ekonomické zdroje, ale mnohé studie z posledních let ukazují, že chronické nekontrolované užívání blokátorů protonové pumpy je spojeno s výrazným rizikem různých komplikací. Stejná pravidla se dají uplatnit v dalších oblastech, například na léčbu antibiotiky, která je často zcela iracionální a může být velice škodlivá.

Rovnost v odměňování za stejnou práci nejen ve zdravotnictví

Dne 20. 7. 2020 vydal Nejvyšší soud ČR posléze intenzivně diskutovaný rozsudek sp. zn. 21 Cdo 3955/2018. Ten potvrdil právo řidiče České pošty pracujícího v Olomouckém kraji na stejnou výši mzdy, jaká se vyplácela zaměstnancům na stejné pozici s místem výkonu práce v Praze. Nejvyšší soud v tomto rozhodnutí dovedl, že místo výkonu práce ani socioekonomickou situaci v tomto místě (ceny bydlení a jiných životních nákladů) v zákonných důvodech pro odlišné odměňování zaměstnanců vykonávajících stejnou práci nenajdeme.

Obecná právní východiska

Zmíněný rozsudek vychází z obecného pravidla zakotveného v § 110 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, („ZPr“), dle něhož musí mít zaměstnanci, kteří vykonávají pro totožného zaměstnavatele stejnou práci, zaručenou stejnou mzdu (plat).

Stejná práce ve zdravotnictví

Výše citované závěry nejsou omezeny na státní podniky ani na konkrétní oblast hospodářství. Uplatní se i ve sféře zdravotnictví, a to bez ohledu na to, zda je zaměstnavatelem soukromý či veřejný subjekt. Zdravotnictví může být naopak z důvodu velkého počtu poměrně velkých zaměstnavatelů, častokrát s pracovišti v různých regionech, touto právní úpravou poměrně zasaženým sektorem. Navíc zde existují relativně standardizované pozice. Např. zdravotní sestra na dětském oddělení v nemocnici v Ostravě bude s velkou pravděpodobností vykonávat velmi srovnatelnou práci jako zdravotní sestra na dětském oddělení v Brně. Stejně tak dva radiologové toho samého oddělení okresní nemocnice zřejmě nebudou vykonávat nesrovnatelně jiný druh práce.

Zaměstnanci odměňováni v rozporu s výše popsanými pravidly přitom mají právo požadovat od zaměstnavatele dorovnání mzdy na úroveň jiného, lépe ohodnoceného zaměstnance vykonávajícího stejnou práci. Tohoto práva se mohou domáhat žalobou na okresním (obvodním) soudě podle sídla svého zaměstnavatele až za dobu tří let před podáním žaloby, a to dokonce i když k datu podání žaloby již nejsou zaměstnanci daného zaměstnavatele. V rámci soudního řízení by museli prokázat, že vykonávali stejnou práci jako lépe ohodnocený zaměstnanec a rovněž samotný fakt, že existoval rozdíl ve výši jejich mezd. Žalující tak sice v mnohých případech mohou být v důkazní nouzi, avšak nelze vyloučit, že součinnost poskytne i ten lépe ohodnocený zaměstnanec, případně že

příslušné informace získají z jiných zdrojů (inzeráty – nabídky pracovních míst).

Možnosti zaměstnavatelů

Reakce na výše diskutovaný rozsudek byly z jedné strany značně rozhořčené: jak mohou zaměstnavatelé mající provozovny po celé republice garantovat stejnou mzdu zaměstnancům pracujícím v regionech s rozdílnými cenovými hladinami? Jak je možné odměňovat stejně zaměstnance, jejichž pracovní výkony jsou rozdílné? Současná právní úprava přitom nabízí několik řešení výše vznesených námitek, i když to předpokládá poněkud propracovanější systém odměňování.

Základní vodítko ukazují odst. 2 až 5 již citovaného § 110 ZPr. V nich je definováno, co se myslí stejnou prací, a co již nikoliv, a tedy jaká kritéria lze při stanovování rozdílné výše odměny jednotlivých zaměstnanců legálně využívat:

a) Kritérium složitosti, odpovědnosti a namáhavosti

Toto kritérium se posuzuje podle vzdělání a praktických znalostí a dovedností potřebných pro výkon práce, podle složitosti předmětu práce a pracovní činnosti, podle organizační a řídicí náročnosti, podle míry odpovědnosti za škody, zdraví a bezpečnost, podle fyzické, smyslové a duševní zátěže a působení negativních vlivů práce.

Při využití tohoto kritéria lze zaměstnancům stanovit různé výše základní složky mzdy, pokud sice vykonávají stejný druh práce (např. zdravotní sestra na interním oddělení), avšak jejich práce má například různou míru odpovědnosti (na určitém oddělení větší nemocnice se například mohou vyskytovat zpravidla těžší pacientské případy) a namáhavosti (jedna sestra může mít na starost vyšší počet pacientů).

b) Kritérium jiných pracovních podmínek

Pracovní podmínky se posuzují podle obtížnosti pracovních režimů vyplývajících z rozvržení pracovní doby, například do směn, dnů pracovního klidu, na práci v noci nebo

práci přesčas, podle škodlivosti nebo obtížnosti dané působením jiných negativních vlivů pracovního prostředí a podle rizikovitosti pracovního prostředí.

Při využití tohoto kritéria lze spíše doporučit navyšování základní mzdy o různé nárokové příplatky vyplývající z obtížnosti či škodlivosti pracovních podmínek tak, aby byla celková mzda na trhu práce konkurenceschopná, a zároveň bylo objektivně odlišitelné, proč a v jakém rozsahu je konkrétní zaměstnanec ohodnocen v konečném důsledku vyšší mzdou (platem).

c) Kritérium pracovní výkonnosti a výsledků práce

Pracovní výkonnost se posuzuje podle intenzity a kvality prováděných prací, pracovních schopností a pracovní způsobilosti a výsledky práce se posuzují podle množství a kvality.

Tedy v případě, že zaměstnanec prokazatelně vykazuje jistou pracovní výkonnost, lze tuto skutečnost zohlednit v osobním ohodnocení coby a priori nenárokové variabilní složky odměny. Její vyplacení tak sice je na rozhodnutí zaměstnavatele, neznamená to však, že může jít o rozhodnutí zcela svévolné – pokud totiž již je taková variabilní složka vyplácena, musí být založena na předem daných kritériích. Ne všechna musí být „exaktně matematicky změřitelná“, v každém případě však musí být objektivizovaná (např. nějakou škálou / hodnocením určeným nadřízeným zaměstnancem).

Nad rámec výše uvedených kritérií si lze představit i mimořádně nárokové či nenárokové příplatky k základní mzdě, kterými zaměstnavatel objektivizovaným způsobem přispívá na náklady, které má zaměstnanec v souvislosti s výkonem práce (příspěvek na cestování, příspěvek na bydlení), které by za určitých okolností mohly být založeny i na cenové hladině v regionu, ve kterém se nachází příslušné pracoviště zaměstnavatele.

Mgr. Bc. Juraj Juhás, Ph.D.

Mgr. Petr Šuchma

Advokátní kancelář Glatzová & Co., s.r.o.

Začala platit nová legislativa pro včasné hlášení výpadků léků

Od prvního června platí povinnost dodavatelů léků zajistit po nahlášeném výpadku dodatečnou dávku v množství odpovídajícím dvouměsíční průměrné dodávce. Většina farmaceutických firem již nastavila interní procesy tak, aby povinnost splnila. Česká asociace farmaceutických firem (ČAFF) ale upozorňuje, že důsledkem může být paradoxně nárůst počtu hlášených výpadků z důvodu ochrany dodavatelů před sankcemi. Zároveň platí, že nahlášení výpadku automaticky neznamená, že lék bude pacientům nedostupný, jak chybně uvádějí některá média. Riziko nedostupnosti představuje nová povinnost pülročních zásob léků v Německu.

Novela zákona o léčivech přinesla farmaceutickým firmám nové povinnosti, a to zejména zajištění dodávek léčiv i po nahlášeném výpadku. ČAFF proto informuje, že dodavatelé léčiv dělají pro splnění této povinnosti maximum a v mnoha případech již navýšili skladové zásoby v Česku nebo revidovali termíny a frekvence dodávek u svých dodavatelů. Zároveň ale ČAFF upozorňuje, že jedním z důsledků novely bude pravděpodobně nárůst počtu hlášených výpadků. Aby totiž farmaceutické firmy splnily nové povinnosti, budou si striktně hlídat skladové zásoby a intervaly dodávek ze zahraničí a při sebemenší pochybnosti o (ne)dostatečném objemu zásob preventivně raději nahlásí výpadek. Za nesplnění dodávek jinak hrozí

pokuta až 20 milionů korun. „Ačkoliv se momentálně snažíme spolu s regulačními orgány nastavit metodiky, abychom předešli falešným varováním před výpadky, existuje riziko zvýšení počtu hlášení z vícero důvodů, jak jsme varovali už při schvalování legislativy. Tato preventivní hlášení zatíží nejen samotné firmy, ale i SÚKL, který bude hlášení vyhodnocovat, a ještě víc to situaci na trhu zpřehlední jak pro lékaře, tak pacienty,“ říká výkonný ředitel ČAFF Filip Vrubel.

Jaká úskalí přinese

Kvůli nové legislativě se bude stále víc prohlubovat propast mezi počtem nahlášených výpadků (tj. přerušení dodá-

vek na trh) a skutečnou nedostupností. Jinak řečeno, počet hlášení poroste, ale skutečný počet nedostupností bude spíše stagnovat. To však vyžaduje správnou interpretaci hlášení, což se v mediálním prostoru mnohdy neděje. Za zásadní tak ČAFF považuje uvést, že nebezpečné jsou mediální „alarmující“ zprávy o hrozcím nedostatku. V poslední době došlo k řadě případů takové medializace, jež však souvisí zejména s nepochopením dat, tedy že se zaměňuje hlášení přerušování dodávek na trh za již nastalou nedostupnost. Takové zprávy způsobují překotné předzásobení některých lékáren či pacientů, což následně vede ke skutečné nedostupnosti. Kdyby však spotřeba byla plynulá a průběžná, existující zásoby by vystačily do další dávky léku do Česka. Nahlášení výpadku dodávek tak nutně neznamená, že pacient svůj lék nesežene. Nedávno šlo třeba o lék na vysoký krevní tlak, u kterého sice výrobce ohlásil výpadek, ve skutečnosti však bylo v distribuci ještě několik tisíc balení, včetně zásob v lékárnách, a nahlášený výpadek způsobený výrobními důvody se pacientů nedotkl. Navíc byla plně dostupná varianta se stejnou silou, jen v balení po 30 tabletách. Média však podobně informovala také o výpadku léku na schizofrenii, přičemž reálně byla v distribuci zásoba ještě na dva měsíce, a vzhledem k nahlášenému plánovanému obnovení dodávek se tak výpadek pacientů nedotkl. Nadále sice platí, že firmy nejsou schopny zajistit takové množství léčiv, aby k žádným výpadkům nikdy nedocházelo, ale také platí, že většina výpadků se vyřeší generickou substitucí nebo plynulou a rovnoměrnou distribucí a výdejem léčiv. „Nahlášený výpadek znamená, že lék nebude v daném období dodáván



Ilustrační foto: 123rf.com

distributorům, ale nijak nezohledňuje reálnou situaci v distribuční síti, kde ještě může být stará dodávka, případně lék mohou mít lékárny ve svém skladě," vysvětluje Vrubel. „Podobná varování pacienty víc znejišťují a matou, než jim pomáhají.“ V Česku se obchoduje přes 9600 variant léků (na předpis i volně prodejné), výpadky postihují asi dvě procenta. Měsíčně je hlášeno asi 188 výpadků, z toho bývá nenahraditelných či velmi těžko nahraditelných několik desítek léků.

Povinné zásoby v Německu mohou ohrozit Česko

Aktuální riziko (ne)dostupnosti léčiv u nás představují zásadní změny pravidel dodávek v dalších zemích EU, které nelze vzhledem k jednotnému trhu ignorovat. Pro menší země střední a východní Evropy, tedy i pro Česko, bude problémem nová německá legislativa, která přikazuje farmaceutickým firmám dodávajícím léky v rámci tendrů tamních zdravotních pojišťoven mít až šestimě-

síční zásobu těchto léčiv ve skladech v Německu. Přitom přes tendry prochází až dvě třetiny léčiv spotřebovávaných léků v Německu. Podobnou legislativu zvažují ve Francii či Rakousku. „Šestiměsíční skladová zásoba všech léčiv spotřebovaných v Německu představuje 25 procent dodávek v celé EU! Je to takový objem léčiv, který odpovídá celoroční spotřebě léků v jedenácti zemích střední a východní Evropy včetně ČR. Taková legislativa, která popírá princip solidarity v přerozdělování léčiv v rámci EU, může vést k vysátí léčiv z menších trhů, aby se splnily povinnosti německého regulátora. Toto vnímáme jako aktuálně největší hrozbu v zajištění dostupnosti léků pro pacienty v Česku,“ uzavírá Filip Vrubel.

Doplňující informace

- Informace zveřejňované na webu SÚKL v databázi Výpadky léků jsou aktualizované každý den.
- Nahlášený výpadek ze strany výrobce/dodavatele léku neznamená, že přípravek nebude dostupný v lékár-

ně. Znamená to, že výrobce/dodavatel nedodá v daném období přípravek distributorům. Toto hlášení ale nijak nezohledňuje reálnou situaci v distribuční síti, kde ještě může být „stará“ dodávka ve skladě čekající na objednávku lékárny, příp. ji mohou mít lékárny ve svém skladě.

- Platí to i naopak. Když výrobce/dodavatel obnoví dodávky distributorům, neznamená to okamžitou dostupnost v lékárnách. Datum obnovení znamená předpoklad obnovení dodávek distributorům. Reálná doba, kdy lék bude skutečně ve skladu konkrétní lékárny, je pak o týden či dva týdny později s ohledem na logistiku a procesy v průběhu objednávky a skutečných dodávek.
- U každého přerušení dodávek SÚKL uvádí i nahrazující léčivý přípravek – identifikační kódy alternativ, kterými by přípravek mohl být nahrazen. Ke generické náhradě může dojít na úrovni lékárny nebo může lékař již při předepisování preskripci upravit. (red)

▼ Inzerce

SAVE THE DATE

Generální partner



Pořadatel



Dvoudenní odborná konference

DIGI
transformace 360°

Digitální budoucnost medicíny ze všech úhlů pohledu

6.–7. 11. 2024, Grandior hotel Praha

Původně konference Digitalizace laboratoří

Registrace na www.eezy.cz nebo přes QR kód



Potřebujeme zlepšit péči o pacienty s rakovinou

Onkologická onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí u nás i v EU. S ohledem na postupné stárnutí evropské populace a prodlužování délky života Evropská komise odhaduje, že se do roku 2035 počet onkologických pacientů zvýší o 24 procent. Rakovina se tak stane hlavní příčinou úmrtí v Evropě. Je proto nutné provést řadu změn na úrovni unie i členských států. V České republice bychom se měli zaměřit zejména na změny v organizaci onkologické péče, jež povedou k jejímu efektivnějšímu využití a zvýšení dostupnosti léčby napříč celou republikou.

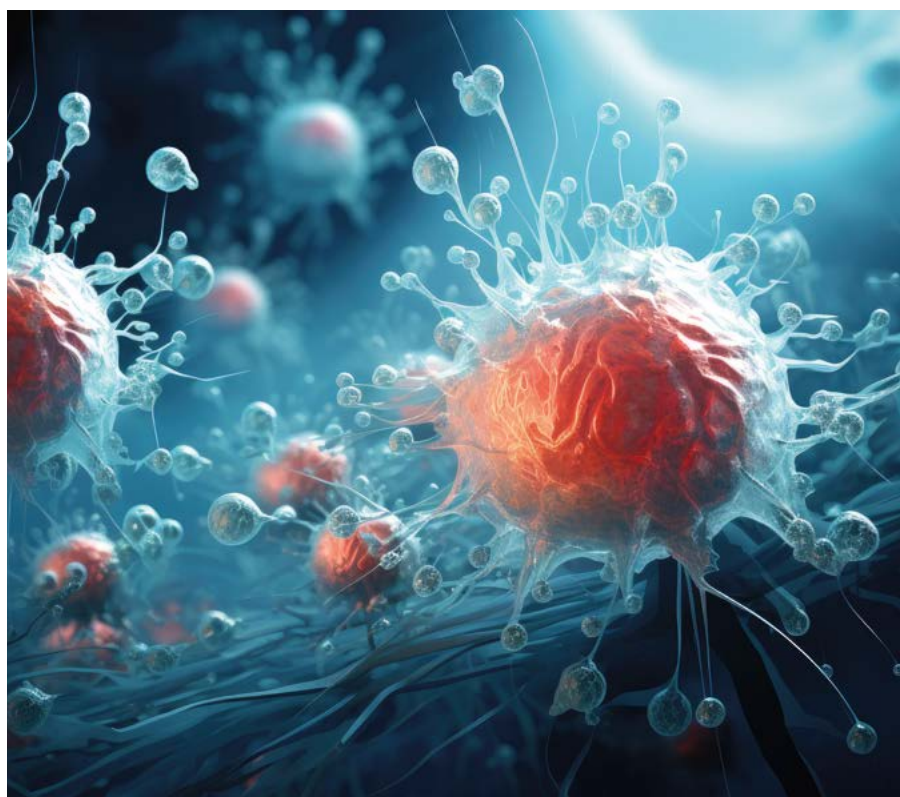
Léčba by měla být stanovena na základě konzultace multidisciplinárních týmů komplexních onkologických center.

K úspěšné onkologické léčbě je nutná zejména včasná diagnostika a nasazení účinné léčby. Nasazení léčby by mělo probíhat na základě konzultace multidisciplinárního týmu lékařů různých odborností (MDT), které jsou již dnes povinnou součástí cesty onkologického pacienta systémem zdravotní péče.

Cílem těchto konzultací je potvrdit, vyvrátit nebo doplnit diagnózu, nastavit léčebný protokol a nasměrovat pacienta k doplňující diagnostice nebo potřebné léčbě. „Z dostupných analýz a zahraničních zkušeností víme, že pacienti, kteří prošli MDT konzultací, mají výrazně lepší výsledky léčby i celkovou dobu dožití,“ vysvětluje David Kolář, výkonný ředitel AIFP.

Ve skutečnosti však multidisciplinárními konzultacemi prošlo v roce 2021 jen padesát procent pacientů se solidními nádory. Organizace onkologické péče se v jednotlivých krajích a komplexních onkologických centrech (KOC) liší. Neexistuje jednotná komunikační platforma mezi KOC a regionálními poskytovateli onkologické péče, chybí přehled a širší povědomí o fungování MDT týmů. Mnohdy nejsou nastaveny ani jednotné podmínky pro sdílení zdravotnické dokumentace, což potřebné sdílení informací o pacientech výrazně komplikuje.

AIFP proto plně podporuje projekt patientské organizace Hlas onkologických pacientů, která ve spolupráci s Českou onkologickou společností (ČOS) a dalšími odbornými společnostmi popisuje optimální cestu onkologického pacienta zdravotnickým systémem



Ilustraci foto: 123rf.com

včetně nutnosti MDT konzultací. Projekt by měl přispět k lepší orientaci pacientů s různými nádorovými nemocemi na cestě k úspěšné léčbě.

Léčba by měla být pacientům dostupná v blízkosti jejich bydliště

V České republice je onkologická péče soustředěna do 16 specializovaných komplexních onkologických center, v nichž jsou pacientům k dispozici nejmodernější léky. Na jaře 2023 zahájily zdravotní pojišťovny po dohodě s ČOS pilotní projekt tzv. delegované preskripce, jež po indikaci MDT umožňuje podávání vybraných léčiv také u regionálních

poskyvatelů onkologické péče, a tedy blíže bydlišti pacientů.

AIFP tuto aktivitu zdravotních pojišťoven a ČOS plně podporuje. „Projekt delegované preskripce má potenciál zlepšit dostupnost onkologické péče pro pacienty blíže jejich domovu a zároveň přispět k uvolnění dnes již často omezených kapacit komplexních onkologických center. Doufám proto, že se do něj v dohledné době zapojí všechny zdravotní pojišťovny a dojde k rozšíření seznamu léčiv, která budou moci být podávána i mimo komplexní onkologická centra, což dálelepší léčebné vyhlídky onkologicky nemocných pacientů,“ dodává závěrem David Kolář.

(red)

Nový digitální dermatoskop mají v kladenské nemocnici

Rakovina kůže patří mezi velmi vážná onkologická onemocnění. Nejúčinnější cestou, jak onemocnění včas odhalit, je prevence. Do preventivních aktivit se průběžně zapojuje také Oblastní nemocnice Kladno prostřednictvím svého kožního oddělení.

Podle statistik tvoří právě maligní melanom dvě třetiny veškerých úmrtí na kožní

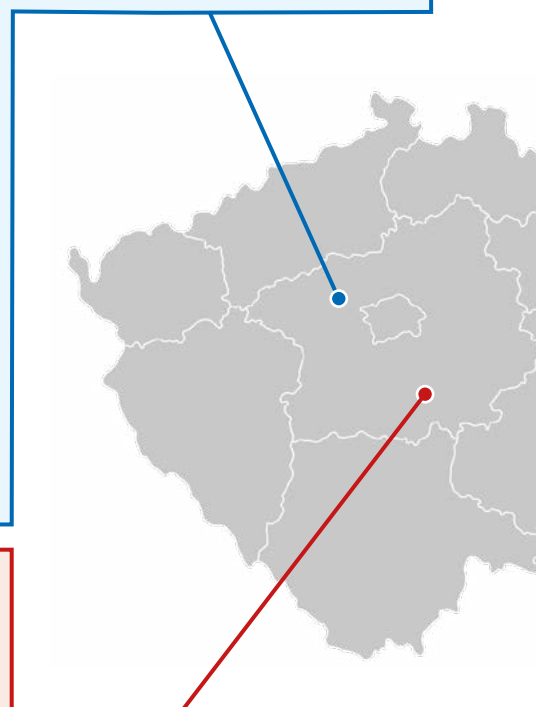


nádory, přičemž pouze jeho včasné odhalení může vést k úspěšné léčbě. Kožní oddělení kladenské nemocnice nyní disponuje novým digitálním dermatoskopem, který lékařům pomáhá zkvalitnit péči o pacienty s mateřskými znaménky. Přístroj umožňuje včasný záchyt vyvíjejících se zhoubných nádorů.

„Pomocí digitálního dermatoskopu lze hodnotit rizikovost jednotlivých névů, dokumentovat pigmentové névy v počítačovém programu a sledovat jejich vývoj. Díky tomuto přístroji dokážeme zachytit rizikovou přeměnu mateřských znamének či počínající stadium melanomu. Prvního pacienta s melanomem jsme zachytili hned v prvním týdnu, kdy jsme nový přístroj v ambulantní praxi použili. Šlo o staršího pacienta. Vzhledem k tomu, že jsme melanom zachytili včas, má tento pacient velkou šanci na úplné vyléčení,“ vysvětluje primářka kožního oddělení MUDr. Jana Földesová. V rámci prevence by si lidé měli všimnout měnících se znamének, a to především změny tvaru, barvy, ohraničení, svědění nebo výskytu zcela nového znaménka. Na pravidelné kontroly kožních

znamének je doporučováno se objednat alespoň jednou za rok. „Mezi rizikové skupiny patří zejména pacienti se světlou kůží, se zvýšeným počtem znamének či s rakovinou kůže v rodinné anamnéze. Zvýšené riziko hrozí i pacientům, kteří tráví hodně času na sluníčku nebo navštěvují solária. Každé spálení kůže možnost vzniku melanomu dále výrazně zvyšuje,“ doplňuje primářka MUDr. Jana Földesová.

(eta), foto: Oblastní nemocnice Kladno



Konference Mimořádné události v benešovské nemocnici

Koncem května proběhla v Kulturním domě Karlov konference na téma Mimořádné události s velkým počtem zraněných osob spojená s aktivací traumatologického plánu a nového urgentního příjmu. Konference, kterou uspořádala Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, byla určena pro lékaře, nelékařské zdravotnické pracovníky, složky IZS a krizový management. Účastnilo se jí kolem 160 lidí nejen z Benešova, ale i středních Čech a Prahy. Velkou část účastníků tvořili zaměstnanci nemocnice.

Na konferenci byl také představen nový urgentní příjem benešovské nemocnice. „Hlavním cílem setkání bylo představit jednotlivé činnosti složek IZS na místě mimořádné události s velkým počtem zraněných osob od počátku vzniku až po záchrannou práci. Zároveň jsme chtěli ukázat prováza-

nost celého záchranného systému,“ uvedla krizová manažerka nemocnice Ing. Alena Chaloupková.

Přednášejícími byli zástupci záchranných složek. Například mjr. Mgr. Jiří Černovský přiblížil práci složek hasičů při mimořádné události, mjr. JUDr. Petra Hofmanová z Krajského ředitelství Policie Středočeského kraje přítomné seznámila s postupem hlídek a velitele policie při mimořádné události, kpt. Mgr. Lucie Kudrová hovořila o tom, jakou psychosociální pomoc poskytují nejen obětem neštěstí, ale i zasahujícím složkám, a Ing. Ondřej Šedivka představil a na fotografiích ukázal speciální techniku Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, jako například záchranný kamion Golem určený pro hromadná neštěstí. Na konferenci měl premiéru film natočený v bene-



šovské nemocnici v rámci cvičení s názvem Putovní 155. Film zachycuje příjem pacientů na emergency po mimořádné události. Konference navázala na svůj první ročník z roku 2019, který byl věnován problematice vysoce nakažlivých onemocnění.

(eta), foto: Nemocnice Benešov

Kardiologové ve zlínské nemocnici poprvé užili novou metodu

Intervenční kardiologové Kardiovaskulárního centra Krajské nemocnice T. Bati Zlín (KNTB) u dvou pacientů vůbec poprvé použili zcela novou metodu. Jednalo se o intervence na koronárních tepnách („oprava“ zúženého místa) pomocí tzv. intravaskulární litotrypse, což je moderní postup používaný k léčbě zúžených nebo ucpaných tepen pomocí rázové vlny.

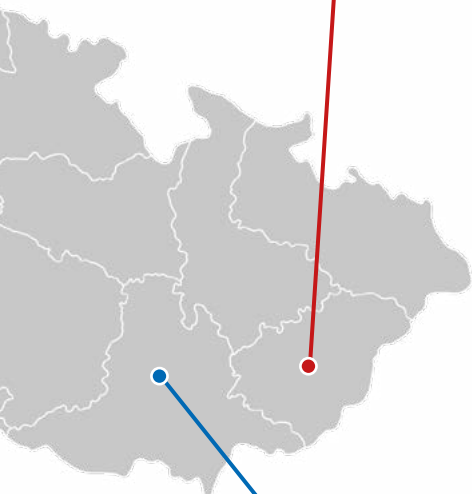
První z operovaných je sedmdesátiletá žena, která začátkem května podstoupila

ve Fakultní nemocnici Olomouc kardiologický výkon – vytvoření bypassu. „Během operace v Olomouci se však ukázalo, že jednu z plánovaných koronárních tepen není možno z anatomických důvodů přemostit bypasssem. Vzhledem k tomu, že se jednalo o významně nedokrvené velké povodí a v cestě stál těžce zvápenatělý kmen levé koronární tepny, bylo nutno použít metodu, která se v současné době

postupně v českých kardiocentrech zavádí do provozu, tzv. IVL – intravaskulární litotrypse. Jejím principem je rozrušení „betonové skruže“ uvnitř tepny rázovou vlnou generovanou speciálním tzv. shock-wave balonkem,“ uvedl primář Kardiologického oddělení KNTB Zlín MUDr. Zdeněk Coufal, který tuto intervenci provedl. Výkon se stejně jako většina koronárních intervencí provádí při vědomí pacienta. „V tomto případě jsme celý výkon dokázali uskutečnit za 55 minut,“ upřesnil primář Coufal.

„Až dosud jsme mohli kalcifikované tepny řešit pouze pomocí tzv. rotablance, malé rotující brusky uvnitř tepny. Ta ale nedokáže narušit vápenec v cévní stěně tak, aby bylo možné právě například kmen levé koronární tepny roztáhnout, v tomto případě na požadovaných 4–5 milimetrů,“ popsal primář Coufal a dodal, že k nové metodě nemocnice zakoupila generátor pulzů a shock-wave balonky.

(eta), foto: KNTB ve Zlíně



Užívání tabáku nebo nikotinu není jen zlovykem, ale jde o závislost.

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) nabízí hned dvě možnosti bezplatné pomoci, jak se této závislosti zbavit. První je Centrum pro léčbu závislosti na tabáku. Funguje v ambulanci angiologie – Kardiovize na II. interní klinice FNUSA. „Poskytujeme komplexní poradenství všem uživatelům tabáku, kteří vážně zamýšlí přestat kouřit cigarety nebo užívat alternativní tabákové a nikotinové výrobky, jako jsou například žvýkáci tabák, elektronická cigareta, dýmka nebo doutník,“ uvádí koordinátorka centra Jana Jarešová. Centrum pro léčbu závislosti na tabáku sídlí ve 3. NP budovy C1.

Druhou možností je nízkoprahové konzultační centrum Nemocniční lé-

Pomoc kuřákům nabízí brněnská FN u svaté Anny

ny FNUSA, které se nachází ve výdejně při vstupu z ulice Hybešova (budova S). „Přicházejí k nám mladí lidé, kteří si začínají uvědomovat svoji závislost, která je obtěžuje, lidé se zdravotními problémy, kterým bylo doporučeno přestat kouřit, ale také senioři, kteří nechtějí svým zlovykem ohrožovat vnoučata,“ popisuje PharmDr. Marek Lžičar, který v konzultačním centru Nemocniční lé-

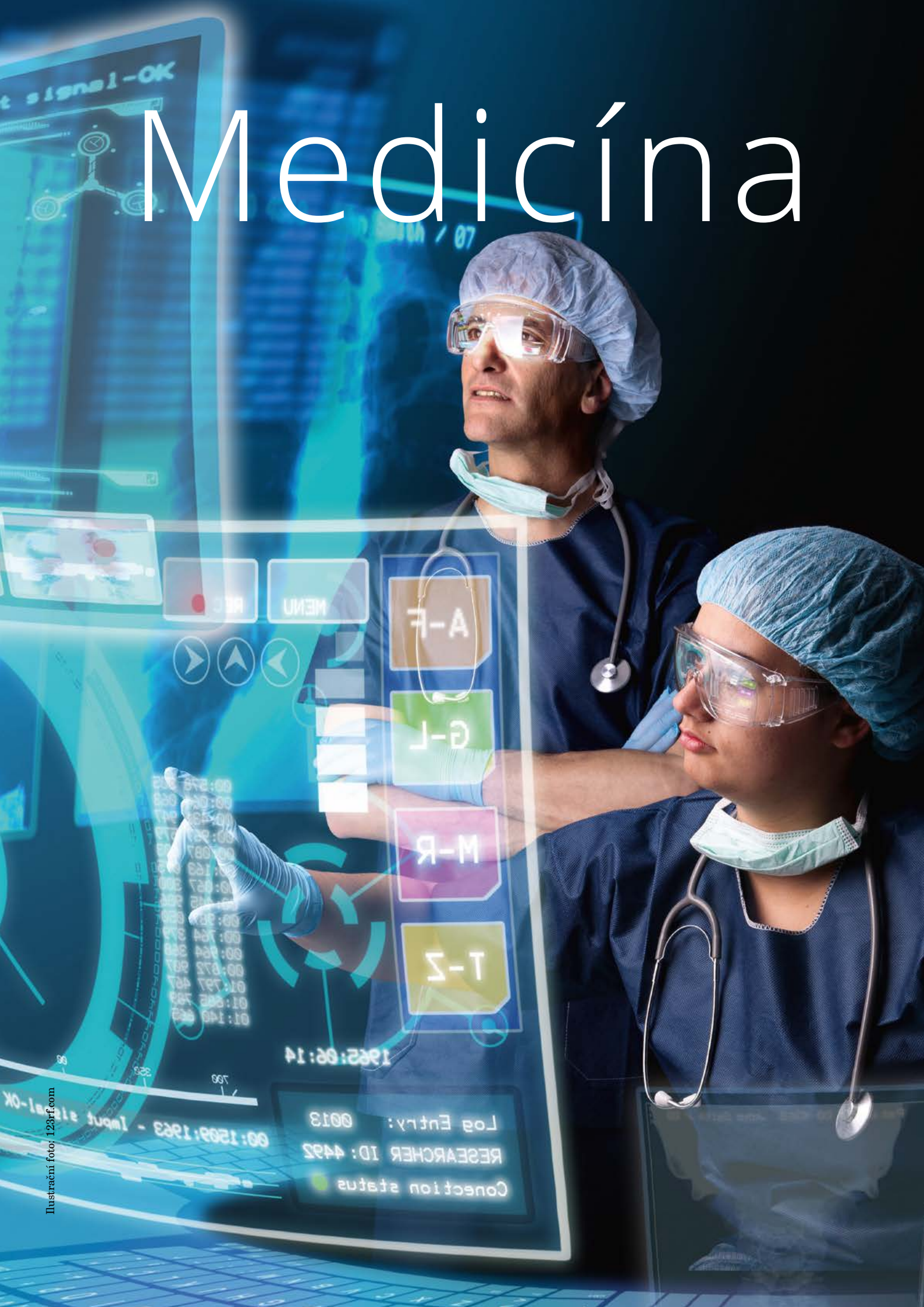
kárny pomáhá lidem přestat kouřit už téměř deset let.

Léčba je v Česku hrazena ze zdravotního pojištění, je tedy pro zájemce zdarma. Závislí platí pouze za léky ke zmírnění abstinčních příznaků. Většina zdravotních pojišťoven na ně poskytuje příspěvek v rámci svých preventivních programů.

(eta), foto: 123rf.com



Medicína



FARMAKOGENETIKA A PERSONALIZACE MEDICÍNY

Nejen fyzikálně-chemické vlastnosti léčiva, jako jsou chemická konfigurace, molekulová hmotnost, rozpustnost v tucích nebo stereoizomerie, jsou významnými faktory ovlivňujícími účinek léčiva. Nikoliv pouze léková forma a způsob podání mohou sehrát svou roli, důležitým faktorem je sám pacient, jeho věk, pohlaví, přidružená onemocnění a rovněž i jeho genetická výbava. To vše rozhoduje o tom, zda zvolená léčba bude účinná a bezpečná. Vliv genotypu se uplatňuje ve všech farmakologických procesech, farmakokinetických i farmakodynamických, může ovlivňovat plazmatickou koncentraci léčiva, ale i jeho mechanismus účinku nebo frekvenci výskytu nežádoucích účinků. Rozdílné účinky léčiva u rozdílných pacientů *in vivo*, které jsou dány přítomností dědičných variant genů, studuje farmakogenetika. Naopak farmakogenomika studuje rozdílné účinky potenciálních léčiv *in vivo* i *in vitro* na genovou expresi.

MOLEKULÁRNĚ-BIOLOGICKÁ PODSTATA GENOVÝCH POLYMORFISMŮ

Každý protein v lidském těle je kódován genem, respektive dvěma alelami genu (jedna alela od jednoho rodiče, druhá od druhého). Každý gen existuje v několika alelových variantách („obměnách“), které vznikly během evoluce mutací (tato mutace může vzniknout teoreticky *de novo*) a dědí se z rodičů na děti. Nejběžnějším typem mutace je záměna jediného nukleotidu (single nucleotide polymorphism, SNP). Klinické důsledky mutací závisí na typu a lokalizaci mutace. Záměna na úrovni nukleotidu se může (ale nemusí) projevit jako záměna aminokyseliny v proteinovém řetězci, což následně může (ale nemusí) ovlivnit strukturu tohoto proteinu a vést ke změně jeho funkce projevující se například jako změna aktivity biotransformačního enzymu, změna afinity enzymu k substrátu, změna transportní aktivity membránových transportérů nebo změna cílových struktur (drug targets) léčiva, ať už se jedná o receptor, iontový kanál nebo enzym, který chceme léčivem ovlivnit (obvykle inhibovat). I záměna bytí jediného nukleotidu může například vést k chybnému sestřihu primárního transkriptu (heterogenní nukleární RNA) na mRNA a v důsledku toho ke ztrátě funkce kódovaného proteinu (výjimečně k nabytí funkce nové). O tzv. běžném genovém polymorfismu (common gene polymorphism) hovoříme tehdy, pokud má konkrétní alelová varianta v populaci alespoň 1% výskyt.^{1/}

PRAKTICKÝ DOPAD PŘÍTOMNOSTI VARIANTNÍCH ALEL

Z farmakoterapeutického hlediska se přítomnost genových polymorfismů může negativně projevit nedostatečnou účinností farmakoterapie nebo zvýšeným výskytem závažných nežádoucích účinků, přičemž obojí může být způsobeno ovlivněním jak farmakokinetických, tak i farmakodynamických dějů; tedy můžeme najít příčinu ve zrychleném nebo zpomaleném metabolismu léčiva, nedostatečné tvorbě aktivního metabolitu z proléčiva, stejně jako v nefunkční vazbě léčiva na cílové struktury nebo přímo v neexistenci této cílové struktury.

V současnosti jsou farmakogenetická data nejčastěji využívána pro diagnostiku přítomnosti cílových struktur pro podávané

léčivo v rámci protinádorové terapie. Řada farmakogenetických poznatků slouží k úpravě dávkování u pacientů s variantními alelami v genech kódujících nejen biotransformační enzymy, ale například i transportérové proteiny (ABC [ATP Binding Cassette] transportéry, SLC [the Human Solute Carrier] transportéry, a další).^{2/} U nositelů těchto variantních alel mohou být klinicky závažnější i farmakokinetické lékové interakce. Některá léčiva mohou být kvůli variantním alelám v genech kódujících enzymy z rodiny cytochromu P450 dokonce i kontraindikována. Příkladem může být léčivá látka siponimod, modulátor sfingosin-1-fosfátového receptoru indikovaný k léčbě dospělých pacientů se sekundárně progresivní roztroušenou sklerózou s aktivním onemocněním doloženým relapsy nebo zánětlivou aktivitou pomocí zobrazovacích metod. Siponimod je extenzivně metabolizován převážně enzymem CYP2C9. Zatímco u pacientů, kteří jsou nositelé jedné variantní alely CYP2C9*3 postačí snížit dávku a tím vyloučit zvýšenou expozici siponimodu v důsledku jeho zpomaleného metabolismu, u homozygotních nositelů genotypu CYP2C9*3*3 (vyskytuje se přibližně u 0,3–0,4% populace) je podání tohoto léčivého přípravku kontraindikováno. Významně zvýšené plazmatické koncentrace siponimodu by u těchto pacientů vedly k závažnému poklesu hodnot periferních lymfocytů.^{3/}

Farmakogenetické studie se věnují rovněž stanovení genotypu pacienta z důvodu vyloučení mutací predisponujících nositele k závažným nežádoucím účinkům plánované farmakoterapie. Dlouho známé a dobře zdokumentované je riziko myelosuprese až závažné leukopenie u nositelů variantních alel v genech kódujících enzymy TPMT (thiopurin-S-methyl transferáza) a NUDT15 (nudix hydroláza 15) při terapii thiopurinovými imunosupresivy (azathioprin, merkaptopurin, thioguanin).^{4/} Byla potvrzena statisticky významná asociace některých alel v genech HLA-A a HLA-B s výskytem závažných nežádoucích lékových reakcí. Například u nositelů alely HLA-B*5701 je zvýšeno riziko hypersenzitivních reakcí, horečky, vyrážky až multiorgánového selhávání po podání anti-retrovirotika abakavir; nositelé alely HLA-B*5801 mají významné riziko výskytu alopurinolem indukovaných závažných kožních reakcí; přítomnost alely HLA-B*1502 je spojena s nežádoucí reakcí na karbamazepin, a to s eozinofilií, zvýšeným rizikem Stevensova-Johnsonova syndromu a toxické epidermální nekrolýzy.

Procento výskytu variantních alel u některých genů se může v různých populacích lišit, mnohdy i velmi významně, některá farmakogenetická doporučení mohou být proto směřována na konkrétní populace.^{5/} Jednou z mála léčivých látek, u které je v souhrnu údajů o přípravku (SmPC) uvedeno odlišné dávkování na základě rasové příslušnosti, je rosuvastatin.^{6/} Konkrétně u asijské populace je doporučena úvodní dávka 5 mg/den (u kavkazské populace 10 mg/den), dávka 40 mg/den je u asijské populace kontraindikována. Za tímto doporučením stojí zjištění, že u Japonců, Číňanů, Filipínců, Vietnamců a Korejců byla zaznamenána až dvojnásobná systémová expozice rosuvastatinu oproti pacientům kavkazské a černošské populace. Rosuvastatin se metabolizuje z 10% v játrech pomocí

cytochromálního systému P450, hlavně enzymem CYP2C9, 90 % léčiva se vylučuje ledvinami v nezměněné formě. Rosuvastatin není ani inhibitor ani induktor cytochromálních enzymů jako jiné statiny a sám je jen slabým substrátem. Jeho farmakokinetika je však ovlivněna aktivitou transportérových systémů, především pak OATP1B1 a OATP1B3 (organic anion transporting polypeptide), které transportují rosuvastatin do hepatocytů a BCRP (breast cancer resistance protein) transportující jej z hepatocytů do žluči. Právě alelové varianty v genech kódujících uvedené transportéry jsou zodpovědné za tyto farmakokinetické odlišnosti.^{7/}

KDE NAJÍT AKTUÁLNÍ FARMAKOGENETICKÉ INFORMACE

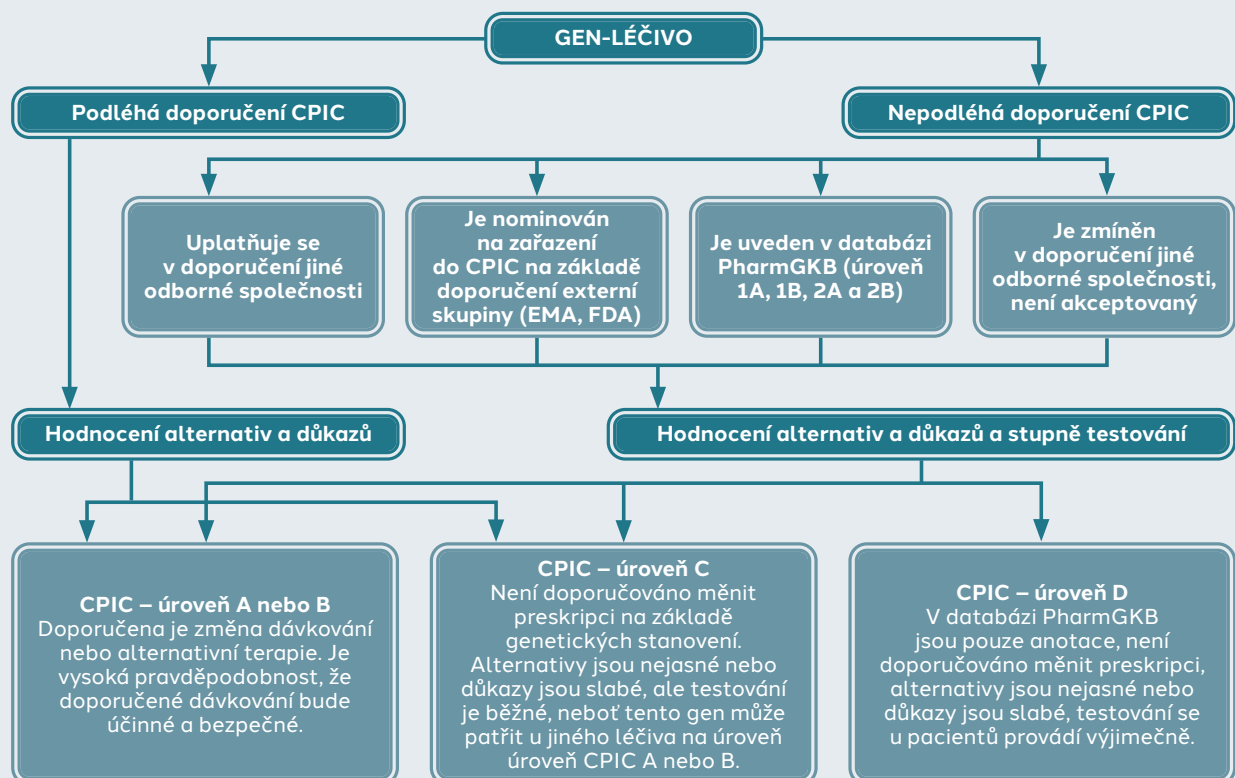
Farmakogenetika a farmakogenomika jsou obory velmi rychle se rozvíjející. Každý den přibývají nové publikace řešící desítky genových polymorfismů ovlivňujících farmakoterapii, které tuto problematiku řeší rozdílnými metodickými přístupy. Není jednoduché najít v záplavě informací ty nejrelevantnější. Proto byla vytvořena Databáze farmakogenetických a farmakogenomických poznatků **PharmGKB** (Pharmacogenetic and Pharmacogenomic Knowledge Base, www.pharmgkb.org) s cílem nabídnout lékařům a klinickým farmaceutům co nejdokonalejší zdroj informací o interakcích mezi genetickou variabilitou a lékovou odpovědí. Databáze není placená a lze tu najít informace o konkrétních genových polymorfismech, jejich významu pro klinickou praxi a dopadu na farmakoterapii konkrétního léčiva. Je pravidelně aktualizovaná a obsahuje farmakogenetické informace o léčivech schválených americkým Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (FDA), Evropskou agenturou pro léčivé přípravky (EMA), Švýcarskou agenturou pro terapeutické produkty (Swissmedic), Agenturou pro léčiva a zdravotnické prostředky v Japonsku (PMDA) a úřadem Health Canada/Santé Canada (HC/SC).

Ukazuje se, že jednou z překážek implementace výsledků farmakogenetického testování do klinické praxe je obtížnost

převodu výsledků genetických laboratorních testů do použitelných rozhodnutí o změně dávkování dotčených léčivých přípravků. Proto v roce 2009 vzniklo Konsorcium pro zavádění farmakogenetických poznatků do klinické praxe **CPIC** (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium) jako společný projekt mezi PharmGKB a Farmakogenomickou výzkumnou sítí (Pharmacogenomics Global Research Network, PGRN). Toto mezinárodní konsorcium je tvořeno dobrovolníky a malým počtem specializovaného personálu. Tito lidé vytvářejí, spravují, pravidelně aktualizují a zveřejňují na důkazech založená doporučení pro úpravu farmakoterapie nebo změnu dávkování léčiv na základě znalosti genetických dat pacientů pro ty lékaře, kteří mají přístup k preventivnímu genetickému testování. Odborná doporučení (guidelines), která konsorcium CPIC vydává, jsou volně dostupná, mají standardizovaný formát, používají jednotnou terminologii a zahrnují rovněž informace o kvalitě existujících klinických důkazů, kterými jsou tato doporučení podpořena. Součástí informace je i klinické doporučení pro lékaře. Prioritně jsou vypracovávána odborná doporučení pro takové dvojice GEN-LÉČIVO, která splňují konsorciem nastavená kritéria, jako jsou například závažnost klinických důsledků v případě, že se při preskripci nezhodlní genetická informace, frekvence výskytu vysoce rizikových genetických variant v populaci nebo existence jiných farmakogeneticky zaměřených doporučení odborných společností (viz **obrázek 1**).

V současné době je v databázi CPIC 26 klinických doporučení^{9/}, která lze vyhledávat podle léčiva nebo genu. Konkrétní doporučení k úpravě dávkování jsou pak uvedena v hlavní publikaci (Most recent guideline publication). Seznam publikovaných doporučení CPIC uvádí **tabulka 1**. Všechna odborná doporučení zveřejněná na webové stránce CPIC (www.cpicpgx.org) jsou recenzována a publikována v předních vědeckých časopisech (ve spolupráci s Clinical Pharmacology and Therapeutics) a jsou pravidelně aktualizována. Tato doporučení CPIC jsou rovněž indexována v PubMed jako klinická doporučení (clinical guidelines) schválená

Obr. 1 Úvahy rozhodující o přiřazení úrovně CPIC (CPIC level) pro dvojice GEN-LÉČIVO



CPIC – Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium; EMA – Evropská agentura pro léčivé přípravky; FDA – Úřad pro kontrolu potravin a léčiv; PharmGKB – Pharmacogenetic and Pharmacogenomic Knowledge Base
Upraveno podle ^{9/}

ASHP (American Society of Health System Pharmacists) a ASCPT (American Society for Clinical Pharmacology & Therapeutics) a je na ně odkazováno v databázích ClinGen (Clinical Genome Resource) a PharmGKB.

Na webové stránce konsorcia CPIC lze nalézt celkem 518 významů týkajících se konkrétních dvojic GEN-LÉČIVO. Ke každé této dvojici je uvedena informace o významnosti jejich asociace v klinickém kontextu (CPIC level), zohledněna je úroveň klinických důkazů (PharmGKB Level of Evidence), která je dána počtem prací anotovaných ve PharmGKB potvrzujících asociaci mezi variantní alelou a fenotypovým projevem léčiva a typem dokumentace, přičemž nejvyšší úroveň má nekompletní kazuistika, nejvyšší kontrolovaná farmakogenetická studie. U každé dvojice GEN-LÉČIVO je rovněž uvedena informace pro lékaře týkající se nezbytnosti provést genetické testování (PGx on FDA Label):

Testing required: Genetické testování je vyžadováno

Testing recommended: Genetické testování je doporučováno

Actionable pharmacogenetic testing: Genetické testování přináší klinicky využitelné informace

Informative pharmacogenetic testing: Genetické testování má informativní charakter

Pokud je léčivo asociováno s více geny, je řešena asociace, síla důkazů a klinický dopad pro každý gen zvlášť. Každá dvojice GEN-LÉČIVO je na základě těchto informací zařazena do CPIC úrovně A, B, C nebo D, případně mezistupně A/B nebo B/C. Definice jednotlivých úrovní CPIC v klinickém kontextu jsou uvedeny v **tabulce 2**. U 249 dvojic je status označení úrovně CPIC již finální, zatímco u 269 dalších dvojic je toto označení a tedy zařazení dvojice do příslušné skupiny dle klinické významnosti vzájemné asociace pouze prozatímní a může být na základě dalších farmakogenetických dat změněno. Pouze pro dvojice GEN-LÉČIVO úrovně CPIC A a B existují dostatečné vědecké důkazy pro doporučení alespoň jednoho preskripčního opatření. U dvojic úrovně CPIC C a D se nepředpokládá, že by existovaly dostatečné důkazy pro doporučení změny v preskripci na základě genetického testování.

Podle současných doporučení CPIC a FDA je genetické testování před zahájením farmakoterapie:

- **VYŽADOVÁNO** u těchto léčiv: abakavir, karbamazepin, ivakafator, peglotikáza*, rasburikáza, primachin, tafenochin*, siponimod, eliglustat, pimoziid*, tetrabenazin, valproová kyselina, ve-laglugluceráza alfa, divalproex sodný*, kyselina karglumová.
- **DOPORUČENO** je provedení genetického testování u léčiv: atazanavir, azathioprin, merkaptopurin, thioguanin, kapecitabin, oxkarbazepin* a irinotekan.

* léčiva v současné době v ČR neregistrována

Tab. 1 Seznam publikovaných doporučení CPIC

GEN-LÉČIVO	úroveň CPIC	Status
HLA-B – abakavir	A	publikováno
HLA-B – atazanavir	A	publikováno
HLA-B/HLA-A – karbamazepin/oxkarbazepin	A	publikováno
CFTR – ivakafator	A	publikováno
CYP2B6 – efavirenz	A	publikováno
CYP2C9, HLA-B – fenytoin	A	publikováno
CYP2C9 – NSA (celekoxib, flurbiprofen, diklofenak, aj.)	A	publikováno
CYP2C9, VKORC1, CYP4F2 – warfarin	A	publikováno
CYP2C19 – IPP (esomeprazol, omeprazol)	A	publikováno
CYP2C19 – klopidogrel	A	publikováno
CYP2C19 – vorikonazol	A	publikováno
CYP2D6, CYP2C19, CYP2B6 – antidepressiva SSRI, SNRI a další	A	publikováno
CYP2D6 – atomoxetin	A	publikováno
CYP2D6 – ondansetron/tropisetron	A	publikováno
CYP2D6 – opioidy	A	publikováno
CYP2D6 – tamoxifen	A	publikováno
CYP2D6, CYP2C19 – tricyklická antidepressiva (ABCB1 bude hodnocen po aktualizaci doporučení)	A	publikováno
CYP3A5 – takrolimus	A	publikováno + probíhá upgrade
DPYD – fluorouracil/kapecitabin	A	publikováno + probíhá upgrade
G6PD – rasburikáza	A	publikováno
IFNL3 – peginterferon alfa-2a	A	publikováno
MTRNR1 – aminoglykosidy	A	publikováno
RYR1, CACNA1S – inhalační anestetika	A	publikováno
SLCO1B1, ABCG2, CYP2C9 – statiny	A	publikováno
TPMT, NUDT15 – thiopuriny	A	publikováno + probíhá upgrade
UGT1A1 – atazanavir	A	publikováno

IPP – inhibitory protonové pumpy; NSA – nesteroidní antiflogistika; SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu; SSRI – inhibitor zpětného vychytávání serotoninu
Upraveno podle ^{9/}

Tab. 2 Definice úrovní pro dvojice GEN-LÉČIVO podle CPIC

Úroveň CPIC	Klinický kontext	Úroveň důkazů	Síla doporučení
A	Genetické informace by měly být použity ke změně preskripce přípravku	Převaha důkazů ve prospěch změny preskripce je vysoká nebo střední	Doporučeno udělat alespoň jednu středně závažnou nebo zásadní změnu v preskripci
B	Genetické informace by mohly být použity ke změně preskripce přípravku, je extrémně pravděpodobné, že alternativní terapie/dávkování budou stejně účinné a bezpečné jako dávkování bez genetického podkladu	Převaha důkazů ve prospěch změny předepisování je slabá, s malým počtem rozporuplných dat	Doporučena volitelná změna v preskripci
C	Publikované studie poskytují rozdílnou úroveň evidence, nedoporučují se žádné změny preskripce	Úrovně důkazů se mohou lišit	Nedoporučena žádná změna v preskripci
D	Publikováno málo studií, slabá evidence nebo rozporuplná data	Úrovně důkazů se mohou lišit	Nedoporučena žádná změna v preskripci

CPIC – Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium
Upraveno podle ^{10/}

Genetické testování před zahájením farmakoterapie je tedy většinou vyžadováno v těch případech, kdy specifický genotyp znamená zvýšené riziko závažných nežádoucích účinků léčivého přípravku nebo je daná farmakoterapie určena k léčbě diagnózy podmíněné přítomností konkrétního genotypu a před zahájením léčby je proto nutné potvrdit smysluplnost terapie.

FARMAKOGENETIKA JAKO VÝCHODISKO PERSONALIZOVANÉ A PRECIZNÍ MEDICÍNY

Farmakogenetika nabízí data, s pomocí nichž lze farmakoterapii personalizovat. Personalizovaná medicína bývá často definována jako „medicína šitá na míru“ nebo-li správná diagnostika a správná léčba pro správného pacienta ve správném čase. Personalizace medicíny však není jen o respektování genových polymorfismů při výběru léčiva a úpravě dávkování. Precizní medicína, obecně považovaná za obdobu personalizované nebo individualizované medicíny, je medicínský model s novým přístupem k léčbě a prevenci nemocí, který bere v úvahu individuální variabilitu v genech, prostředí a životním stylu každého člověka.^{11-13/} V klinických rozhodnutích o prevenci, diagnostice a léčbě onemocnění využívá tedy výsledky genetických, molekulárních nebo buněčných analýz jednotlivých pacientů. Tento přístup pak umožňuje lékařům a výzkumníkům přesněji předvídat, které léčebné a preventivní strategie pro konkrétní onemocnění budou fungovat u konkrétní skupiny lidí. Je to v kontrastu s univerzálním přístupem, ve kterém jsou strategie léčby a prevence nemocí vyvíjeny pro průměrného člověka, s menším ohledem na rozdíly mezi jednotlivci.

Iniciativa Precision Medicine (Precizní medicína) je dlouhodobý výzkumný projekt, na kterém se podílejí Národní instituty zdraví (NIH) Spojených států amerických a několik dalších výzkumných center. Tato iniciativa má krátkodobé i dlouhodobé cíle. Krátkodobé cíle zahrnují rozšíření Precizní medicíny v oblasti výzkumu malignit. Výzkumníci z Národního onkologického institutu (NCI) předpokládají, že využijí rozšířené znalosti genetiky a biologie malignit k nalezení nových, účinnějších způsobů léčby různých forem tohoto onemocnění. Dlouhodobé cíle se zaměřují na zavedení principů Precizní medicíny do všech oblastí zdravotní péče. Za tímto účelem NIH zahájil studii známou jako výzkumný program „All of Us“, zahrnující kohortu nejméně jednoho miliónu dobrovolníků z celých Spojených států. Účastníci poskytují genetické údaje, biologické vzorky a další informace o svém zdraví. Otevřené sdílení dat je podpořeno tím, že účastníci mohou během studie přistupovat ke svým zdravotním informacím a také k výzkumu, který jejich data využívá. Výzkumníci mohou tyto údaje využít ke studiu široké škály nemocí s cílem lépe předpovídat riziko onemocnění, pochopit, jak nemoci vznikají a nalézt lepší způsoby pro diagnostiku a léčbu.^{14/}

PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme doc. RNDr. Ladislavě Bartošové, Ph.D. za přípravu tématu pro toto vydání



LITERATURA

1. Phillips T. Genetic Polymorphism—Different Does Not Mean Mutated. ThoughtCo, 2021 Aug9. Dostupné na <https://www.thoughtco.com/genetic-polymorphism-what-is-it-375594>
2. Anzenbacher P, Nekvindová J. Personalizovaná medicína – současná praxe a přísliby do budoucna. Klin Farmakol Farm 2012; 26(3): 123–125.
3. SmPC Mayzent 2 mg tbl flm 28. Revize textu 30.6.2020. Dostupné na: <https://www.sukl.cz>
4. SmPC Imuran 50 mg tbl flm 100. Revize textu 6. 10. 2023. Dostupné na: <https://www.sukl.cz>
5. Shabbir A, et al. Pharmacogenomics of Drug Metabolizing Enzymes and Transporters: Relevance to Precision Medicine, Genomics, Proteomics & Bioinformatics 2016; 14(5): 298–313.
6. Pavlík T. Variabilita lékové odpovědi na základě etnicity. Remedia 2018; 28: 311–317.
7. SmPC Delipid Plus 10 mg/20 mg cps dur. Revize textu 6. 11. 2023. Dostupné na: <https://www.sukl.cz>
8. Prioritization of CPIC guidelines. Dostupné na: <https://cpicpgx.org/prioritization-of-cpic-guidelines/>
9. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium. Guidelines. Dostupné na: <https://cpicpgx.org/guidelines/>
10. Level Definitions for CPIC Genes/Drugs. Dostupné na <https://cpicpgx.org/prioritization/#cpicLevels>
11. The Precision Medicine Initiative. Dostupné na <https://www.nih.gov/sites/default/files/research-training/initiatives/pmi/pmi-infographic.pdf>
12. Lu YF, et al. Personalized medicine and human genetic diversity. Cold Spring Harb Perspect Med 2014; 4(9): a008581.
13. National Human Genome Research Institute. Precision Medicine. Dostupné na: <https://www.genome.gov/genetics-glossary/Precision-Medicine>
14. MedlinePlus. What is the Precision Medicine Initiative? Dostupné na: <https://medlineplus.gov/genetics/understanding/precisionmedicine/initiative/>

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 lékařů.

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

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

Konference Digitalizace českého zdravotnictví 2024 INMED

Konference pořádaná společností *EEZY Events & Education, s.r.o.*, a pod záštitou předsedy vlády ČR Petra Fialy, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, České aliance pro kardiovaskulární onemocnění a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR proběhla ve dnech 6. a 7. června 2024 v pražském hotelu Grandior.

Hlavními tématy letos byly:

- 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 efektivní léčbu,
- Přípravenost ČR na plnění požadavků EHDS,
- Přelomové technologie ve zdravotnictví
- Aktivity dotací pro elektronizaci a interoperabilitu.

Na konferenci byly také oceněny nejlepší projekty v těchto kategoriích: „Podpora standardizace dokumentů a rozvoje e-health“, „Využití elektronizace, digitalizace, AI a interoperability pro zlepšení a zefektivnění léčebných procesů“, „Praktické využití

telemedicíny a telemetrie při léčbě pacientů“ a „Zpřístupnění péče pacientům a využití sekundárních dat pro léčbu“.

V rámci konference se uskutečnil LIFMAT AI Healthcare Hackathon, kdy soutěžní týmy řešily aktuální výzvy a problémy v oblasti zdravotnictví za pomoci umělé inteligence. Generálním partnerem byla společnost STAPRO, s. r. o., programovým partnerem LIFMAT a odborným partnerem Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb. Hlavním partnerem konference byly společnosti AstraZeneca Czech Republic s. r. o., KARDI AI Technologies s.r.o., MEDDI hub a.s. a Novartis s.r.o., partnery akce společnosti Beckman Coulter, ESP holding a.s., ICZ a.s., Kyndryl Česká republika, spol. s.r.o., MagicWare, s.r.o., Medicinas CR s.r.o., Mindwell, MONET+, a.s., OR-CZ spol. s r.o., Principal engineering s.r.o., Sprinx Pharma

s.r.o., Swiss Life Select a.s., Signosoft s.r.o., Seyfor, a. s. a VR LIFE s.r.o.

Záštitu konferenci poskytly Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Úřad vlády ČR, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Česká aliance pro kardiovaskulární onemocnění. Konferenci slavnostně zahájili MUDr. Roman Kraus, senátor Parlamentu ČR, Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA, prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR, a MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA, přednosta Kliniky revmatologie a rehabilitace 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice.

Dvoudenním jednáním provázela již tradičně MUDr. Soňa Šuláková.

Podrobnou reportáž z konference přineseme v letním dvoučísle časopisu Zdravotnictví a medicína.

Markéta Mikšová

Foto: Radek Koňář



Zleva: Ing. Jan Gábriš, doc. MUDr. Milan Vošmik, Ph.D., Ing. Mgr. Jiří Pecina, MBA, MHA, Ing. Michal Čarvaš a moderátor odborného bloku Bc. Petr Foltýn

DIGITALIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ 2024

odborná konference

6.–7. 6. 2024, Hotel Grandior Praha, Na Poříčí 1052/42, Praha-Florenc

Děkujeme všem partnerům za podporu odborné konference

DIGITALIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ 2024



pořádanou pod záštitou předsedy vlády ČR Petra Fialy,
Ministerstva práce a sociálních věcí, České aliance pro kardiovaskulární
onemocnění a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR



Generální partner



Programový partner



Odborný partner



Organizátor



Hlavní partneři



Partneři



Fotoreportáž z Digitalizace českého zdravotnictví 2024 INMED



Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA



doc. MUDr. Milan Vošmik, Ph.D.



Zleva: Mr. Kuuno Vaher, doc. JUDr. Petr Šustek, Ph.D., Ing. Tomáš Šedivec, MUDr. Miroslav Zvolský, JUDr. Mgr. Vladimíra Těšitelová a moderátorka odborného bloku JUDr. Barbora Dubanská, Ph.D., LL.M., MHA



Zleva: Jan Pejchal, doc. MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH, Ing. Norbert Schellong, MPH, doc. MUDr. Tomáš Skála, Ph.D., FESC, a moderátor odborného bloku prof. MUDr. Miloš Tábořský, CSc., FESC, FACC, MBA



MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA



Mgr. Lenka Kaška, LL.M.



Zleva: Ing. Martin Mudra, Ing. Stanislav Bogdanov, PhDr. Aleš Pekárek, Ing. Jiří Borej, Ing. Tomáš Šedivec, Ing. Pavel Rousek, Ing. Daniel Rzyman a Ing. Imrich Ludányi

Foto na dvoustraně: Romana Klimentová a Radek Koňářík

Telemedicínská aplikace pro lékaře a zdravotní sestry

MEDDI MD



Platformu
MEDDI je možné
napojit na stávající NIS
a je plně integrována
s AIS CGM PC Doktor
a Medicus

Platforma MEDDI, moderní doplněk péče o zdraví.

Aplikace spojuje lékaře a pacienta přes šifrovaný hovor,
videohovor nebo chat.

- ✓ Šifrované spojení s pacienty
- ✓ Virtuální ordinace
- ✓ Archiv případů
- ✓ eKarta a eRecept
- ✓ Vystavení žádanek
- ✓ Lékový a očkovací záznam
- ✓ Kalendář objednáni
- ✓ Interní poznámky
- ✓ Přepínání více pracovišť
- ✓ Manažerský modul

Telemedicína je medicína budoucnosti

Vyzkoušejte MEDDI MD a vstupte s námi do světa
telemedicíny. Více informací naleznete na www.meddi.com

Aplikace ke stažení



Problém jménem závrať

Závrať neboli vertigo je častý problém, který přivádí pacienty k lékaři. Alespoň jednou za život ji zažije každý z nás. Závrať se může objevit v jakémkoliv věku, avšak její frekvence se zvyšuje ve stáří. Závrať bývá definována jako subjektivně nepříjemný pocit porušené rovnováhy nebo dezorientace v prostoru. Etiologie závratí je skutečně pestrá a je důležité ji chápat jako příznak, a ne jako samostatné onemocnění.

Rovnováha je komplexní děj, díky němuž jsme schopni udržet vzpřímenou polohu těla bez ohledu na to, jaký pohyb provádíme. Na zajištění rovnováhy se podílí celkově tři hlavní systémy – vestibulární, zrakový a proprioceptivní. Tyto systémy zajišťují udržení stabilního obrazu na sítnici při pohybu a regulaci stability stoje a chůze. Díky tomu můžeme stát, skákat, běhat a chodit bez pádů. Poruchy těchto systémů či jejich kombinace jsou příčinami závratí. Touto problematikou se zabývá podobor zvaný otoneurologie.

Etiologie

Etiologie vzniku závratí je velmi rozmanitá a může být jak nevestibulární, tak vestibulární. Nevestibulárních příčin závratě je celá řada a převažují nad vestibulárními. Mezi nevestibulární příčiny patří například ortostatická hypotenze, kdy závrať vzniká typicky při vertikalizaci z lehu do sedu nebo ze sedu do stoje. Dále se závrať objevuje při poruchách srdečního rytmu, při hypertenzní krizi nebo u metabolických onemocnění. Nezapomínejme také ale na psychogenně podmíněné závratě doprovázející například úzkosti či panické ataky. Závrať bývá často vedlejším účinkem užívání většího množství léků – tzv. polypragmázie, která je častá zejména u pacientů ve starším věku. Mezi nevestibulární příčiny můžeme zařadit i fyziologické závratě – kinetózy, mořskou nemoc nebo závrať vznikající při záklonu hlavy.

Vestibulární poruchy rovnováhy jsou ty, které vznikají na úrovni rovnovážného ústrojí ve vnitřním uchu, dále vestibulárního nervu nebo centrálních struktur vestibulárního systému. Dělíme je dále na **periferní a centrální**. Periferní závrať je způsobena poruchou na úrovni rovnovážného ústrojí a vestibulárního nervu. Příčinami je např. labyrintitida, Ménièreova choroba, cévní příčiny nebo benigní paroxysmální polohové vertigo. Centrální závrať je způsobena organickým nebo funkčním postižením v kmenových



Ilustrační foto: 123rf.com

strukturách mozku. Tento typ závratí se vyskytuje u některých forem migrény, demyelinizačních onemocnění, cévních malformací, u nádorů mozku či posttraumaticky.

Diagnostika

Vzhledem k tomu, že možných příčin závratě je mnoho, je často nutná multioborová spolupráce, nejčastěji mezi internistou, neurologem a otorinolaryngologem. Základní algoritmus vyšetření zahrnuje pečlivý odběr anamnézy a pak samotné otoneurologické vyšetření. Stran anamnézy je klíčový popis potíží, časového průběhu (zda závrať trvá minuty, či hodiny) a také vyvolávajícího momentu závratí (například v jaké poloze či situaci). Dále nás zajímá doprovodná symptomatologie jako přítomnost tinitu, poruchy sluchu či dalších symptomů. Zajímá nás, zda se pacient s něčím dlouhodobě léčí a také jeho farmakoterapie. V některých případech je pečlivá anamnéza prakticky jedinou možností k určení nejpravděpodobnější příčiny závratě. Řada pacientů přichází navíc s atypickými symptomy,

což znesnadňuje diagnostiku. Samotné vyšetření pacienta se závratí spočívá ve vyšetření spontánního i pohledového nystagmu a určení jeho typu a charakteru, dále provádíme tzv. Head Impulse test a následně dále vyšetření stoje a chůze (Hautantova zkouška, Romberg I-III, Unterbergova zkouška). Nesmí chybět ani testy mozečkové funkce a polohovací manévry (Dix-Hallpike).

Cílem diagnostiky je rozlišit, zda pacient popisuje fyziologické nebo patologické potíže a zda se jedná o vestibulární či nevestibulární závrať. Mimo jiné je také důležité zhodnotit, zda jsou pacientovy příznaky projevem méně závažného onemocnění jako benigní paroxysmální polohové vertigo či vestibulární neuronitida, anebo možného život ohrožujícího onemocnění (cévní mozková příhoda či tumor) a je zde nebezpečí z prodlení. Postupně progredující porucha rovnováhy a event. i sluchu by měla vést k úvaze o možném růstu neurinomu akustiku v mostomozečkovém koutu.

Nyní se podíváme blíže na rozdíly mezi periferní a centrální závratí. **U periferního typu závratě (periferního ves-**

tibulárního syndromu) se zpravidla jedná o jednostranný nález. Závrat je dramatická, je patrný výrazný spontánní nystagmus – obvykle horizontálně rotačního typu bijící ve směru k nepostižené straně. Jiný typ nystagmu než horizontálně rotační poukazuje na centrální původ. Je zde tendence k pádům k postižené straně. Kromě nystagmu bývá přítomna bouřlivá vegetativní symptomatologie – nauzea, zvracení, palpitace. Častá je i doprovodná porucha sluchu. Periferní závrat trvá několik desítek minut, ale může trvat až několik hodin. Tito pacienti jsou často přivezeni rychlou záchrannou službou a následně vyšetřeni neurologem. Poté obvykle navazuje vyšetření CT mozku k vyloučení cévní mozkové příhody (CMP). Akutní závrativý stav je vždy podezřelý z CMP ve vertebrobasilárním povodí, která může mít symptomatiku periferní, centrální, ale i smíšenou. Mezi tzv. **red flags** patří vznik akutní závratí u mladého člověka. Podezření vyvolávají i případné kmenové příznaky – dysartrie, diplopie, hemiparéza, dále výrazný nystagmus a výrazná porucha rovnováhy.

U centrálního typu závratí (centrální periferní syndrom) není symptomatologie tak bouřlivá jako u periferní. Je tzv. disharmonická – jednotlivé příznaky jsou nejasné. Porucha rovnováhy má spíše charakter stálé instability. Tonické úchytky směřují různými směry. U centrální závratě není přítomen vegetativní doprovod, sluchová symptomatologie úplně chybí anebo v případě staršího věku může být charakteru presbyakuzie.

Pro otorinolaryngologa je významná především **periferní vestibulární závrat**, a proto zde uvádím nejčastější onemocnění projevující se periferní závratí, se kterými se lze v praxi setkat. **Vestibulární neuronitida** je velmi často tzv. parainfekční, vznikající například po chřipce. Kliniky se u pacienta objevuje jednostranný vestibulární deficit s rotační závratí a vegetativním doprovodem. U vestibulární neuronitidy je typická absence poruchy sluchu. **Ménièreova choroba** se naopak projevuje záchvatovitě s typickou triádou příznaků – závratí, percepční poruchou sluchu a tinitem. Záchvaty bývají provázeny i pocitem plnosti postiženého ucha. Příčinou rozvoje Ménièreovy choroby je hydroks labyrinthu vnitřního ucha. Jednotlivé ataky nelze predikovat, mají tendenci se opakovat. Postupujícím onemocněním dochází často ke zhoršování sluchu a může dojít i k poruše vestibulární funkce. Vůbec nejčastějším typem

vestibulární závratí v praxi je **tzv. BPPV (benigní paroxysmální polohové vertigo)**. BPPV vzniká na podkladě kupulolitíazy, kdy dochází k vycestování tzv. otolitů z otolitových váčků rovnovážného ústrojí směrem do lumina polokruhovitěho kanálu, kde je přítomna tekutina. Při rychlých pohybech hlavy může dojít k podráždění vláskových buněk těmito otolity a vzniká krátkodobá závrat rotačního charakteru, trvající obvykle jednu minutu. Může a nemusí být přítomen vegetativní doprovod. BPPV typicky vzniká například při přetočení se v posteli nebo při vstávání. Diagnózu stanovíme provedením provokačního Dix-Hallpike testu. Tento typ závratí velmi dobře reaguje na reпозиční manévry (Sémontův a Epleyho), díky kterým lze vycestované otolity z kanálu posunout zpět.

Kromě zmíněných periferních poruch rovnováhy bych ráda zmínila i tzv. **fobickou posturální závrat**, která může vzniknout u pacientů, kteří prodělali prudkou ataku závratí nebo BPPV. Objevují se úzkostné stavy a pocity závratí při určitých situacích – chůze po schodišti, pobyt v otevřených prostorech, při výstupu do výšky apod. Na závěr bych ještě zmínila **posturální instabilitu**, která sice primárně nepatří mezi vestibulární, ale objevuje se často v ambulanci. Posturální instabilita se objevuje zejména u pacientů ve stáří. V tomto věku jsou typické multisenzorické poruchy (poruchy zraku, sluchu, polyneuropatie) a další celková onemocnění – nejčastěji kardiovaskulární nebo metabolická. Tito pacienti navíc často užívají velké množství léků. To všechno dohromady zvyšuje riziko úrazů, pádů vedoucích k možným zlomeninám, imobilitě a v nejhorším případě i ke smrti pacienta.

Léčba

V léčbě závratí se uplatňuje několik modalit. Závrat můžeme ovlivnit kauzálně podle vyvolávající příčiny, více ji ale dokážeme ovlivnit symptomaticky. **Základem je farmakologická léčba a vestibulární rehabilitace.** Farmakologická léčba má dobrý efekt zejména v akutní fázi. U chronických forem má funkci spíše preventivní, udržovací. V akutní fázi závratí se používají kortikoidy, dále také antiemetika a vazodilatancia, která ovlivňují prokrvení v terminálních cévkách vnitřního ucha. Dále antivertiginóza typu betahistinu nebo ginkgo biloba s definovanou koncentrací. Toto je spektrum léků používaných v léčbě závratí a schéma je upraveno dle dané

diagnózy. Po zvládnutí akutní fáze závratě je důležitá časná **vestibulární rehabilitace**, která je významnou nefarmakologickou modalitou a je důležité ji cvičit pravidelně. U starších pacientů s chronickou závratí se uplatňuje kromě výše uvedených možností i motoricko-kognitivní trénink a použití kompenzačních pomůcek. Tím se snižuje riziko pádů a morbidit. U pacientů s Ménièreovou chorobou je kromě farmakoterapie a rehabilitace navíc vhodné dodržovat i správnou životosprávu – příliš nesolit, vyvarovat se kofeinu, alkoholu, dostatečně spát, aby se předešlo nadměrné iritabilitě. V případě fobického vertiga je na místě spolupráce s psychiatrem či psychologem. Chirurgická léčba bývá indikována pouze ve výjimečných případech (například neurinom akustiku). V případě benigního paroxysmálního polohového vertiga spočívá léčba v provedení reпозиčních manévru (Sémontova či Epleyho). Farmakologická léčba většinou není indikována. Výjimku tvoří vzniklé BPPV například po vestibulární neuronitidě apod.

Možnosti praktického lékaře v problematice závratí

Úloha praktického lékaře v problematice závratí má jistě své limity. Je ale dobré mít povědomí o tom, že kromě vestibulárních příčin existuje i mnoho nevestibulárních, které dokáže i ze své pozice léčit. Jeho rozhodnutí může být klíčové v případě akutně vzniklé závratí, kdy je potřeba zhodnotit, zda se může jednat o život ohrožující stav a je třeba odeslat pacienta k dalšímu vyšetření do nemocnice.

Závěr

Závrat je častý problém, který přivádí pacienta k lékaři. Je potřeba ji chápat jako příznak, a ne jako samostatné onemocnění. Etiologie závratí je pestrá, a proto je nezbytná nutná mezioborová spolupráce. Diagnostika těchto stavů bývá komplikovaná. Je důležitá pečlivá anamnéza a otoneurologické vyšetření. V případě akutně vzniklé závratí je zapotřebí myslet i na možnou život ohrožující diagnózu, jako je např. cévní mozková příhoda, a vyloučit ji. Přístup k léčbě pacientů se závratěmi by měl být komplexní a měl by zahrnovat nejen farmakologickou léčbu, ale i časnou vestibulární rehabilitaci, která významně přispívá k rekonvalescenci pacienta.

MUDr. Lucie Hajná

Scheuermannovu chorobu obestírají mýty, které brání jejímu včasnému zachytu

Morbus Scheuermann a idiopatická skolióza jsou nejčastější vady páteře u dětí školního věku. Obě se objevují u chlapců i dívek, ačkoliv v odlišném poměru. Morbus Scheuermann, který může postihnout každého 36. člověka, je podle odborné literatury málokdy diagnostikován včas. U idiopatické skoliózy, která může postihnout každého 17. člověka, je situace příznivější, přesto může docházet v diagnosticko-léčebném procesu k obtížím. Důvodem opožděné diagnostiky u těchto onemocnění mohou být nejjasnosti, které se s nimi pojí.

Scheuermannova choroba je závažná strukturální vada páteře, která vzniká v období zrychleného růstu poruchou enchondrální osifikace. Postupně dochází k deformaci obratlových těl a u zhruba poloviny případů vznikají tzv. Schmorlovy uzly (výstupky meziobratlových plotének do těl obratlů). Jedná se ze 74 % o genetické onemocnění, které postihuje 0,4 až 8,3 % populace, častěji chlapce. Onemocnění se může, ale nemusí projevit zvětšenou hrudní kyfózou neboli hyperkyfózou a může být chybně považováno za asymptomatické. U značné části pacientů však způsobuje chronické bolesti na široké škále od mírnějších po těžší, často s progresivní tendencí. U výrazné hyperkyfózy může estetická deformita vést k poruše sebepojetí vlastního těla.

Environmentální faktory včetně přetěžování na vznik nemoci mají vliv, ale menší, než se obecně předpokládá. Větší roli hrají později v samotném průběhu nemoci. Jednostranné přetěžování páteře, například při hraní hokeje, florbalu nebo stolního tenisu, přispívá k závažnosti probíhajících degenerativních změn.

Vadou páteře s vyšším výskytem je idiopatická skolióza neboli vychýlení páteře do strany. Projevuje se postavením hlavy mimo střed těla, prominencí žeber, rozdílnou výškou ramen, lopatek a kyčlí. Se Scheuermannovou chorobou sdílí řadu charakteristik: významnou genetickou komponentu, výskyt u chlapců i dívek, progresivitu symptomů nebo nutnost včasné diagnostiky a léčby pro zmírnění následků.

Mýty, které brání včasnému zachytu

Jen včasnou diagnostikou a denní a specializovanou rehabilitací, případně i kinezoterapií, lze minimalizovat potenciální celoživotní následky také Scheuerman-

novy choroby, kterými jsou chronická bolest nebo tělesná dysmorfie. Za předpokladu, že se onemocnění zachytí včas a není příliš agresivní, je prognóza velmi dobrá. Při komplexní intenzivní léčbě, skládající se z každodenního specializovaného cvičení – například metodou dle Schrothové, SM Systémem, DNS – lze docílit toho, že pacienti nemají následky a zachovávají si vysokou kvalitu života.

Scheuermannova choroba je ale někdy považována za „chorobu mýtů“, které včasné a správné diagnostice brání. Objevuje se například přesvědčení, že vady páteře nebolí. To může být v některých případech pravda, ale značná část pacientů naopak trpí chronickou bolestí, která může mít až devastující vliv na kvalitu jejich života. Zrádná může být Scheuermannova choroba s žádnou nebo nízkou hyperkyfózou, která však není méně bolestivá. Zavádějící může být také floridní fáze nemoci před nástupem bolestivých degenerativních změn meziobratlových plotének a obratlů, kdy může být onemocnění omylem zaměněno za posturální hyperkyfózu. Zvýšené riziko chybné diagnózy skýtá u morbus Scheuermann také sekundární skolióza, která může být zaměněna za primární. U radiologického vyšetření nebývá výjimkou opomenutí klínovitosti obratlů nad 5°, které může vést k předčasnému vyloučení z diferenciální diagnostiky. Užitečnou pomůckou u diagnostiky dětských vad páteře je fakt, že vadné držení těla děti většinou nebolí a případná bolestivost v drtivé většině případů signalizuje strukturální vadu. Vzhledem k signifikantní genetické komponentě by neměla být podceňována ani rodinná anamnéza.

Kromě posílení na straně primárního zachytu je klíčová také důsledná kontrola při ortopedických, rehabilitačních a fyzioterapeutických vyšetřeních (například pomocí Adamsova testu nebo reklináč-

ho testu), zvláště v období obvyklého počátku onemocnění mezi 9 až 16 lety věku, s důrazem i na méně výrazné či atypické, například bederní křivky, které nemusí být běžně používanými funkčními testy vždy snadno rozpoznatelné. Překážkou na cestě k úspěšné léčbě bývá také nedostatek motivace u dětských pacientů, který je nutné překonat pevnou aliancí mezi lékařem, pacientem a jeho rodiči. Pro některé dospělé pacienty s pozdní diagnózou existuje naděje v podobě specializovaného cvičení, jehož vývoj probíhá Bratislavě. Vzhledem k rozšířenému přesvědčení o bezbolestnosti vad páteře může pacientům s pozdní diagnózou pomoci i samotná validace jejich trápení. K tomuto účelu slouží také podpurné pacientské skupiny působící i na sociálních sítích.

Uniká drtivá většina pacientů

O podporu včasného zachytu se snaží česko-slovenská osvětová kampaň, kterou spolu s ochotnými dobrovolníky uskutečňuje pacient s Scheuermannovou chorobou Tadeáš Řáha. Projekt probíhá s podporou Institutu komunikačních studií a žurnalistiky Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy a organizace Mladí lékaři a zaštitila jej americká nadace Scheuermann's Disease Fund. „Onemocnění mi mnoho vzalo a nadále mi přináší každodenní trápení, které se stále zhoršuje. Nejsem ale sám. Na základě odborných příspěvků i příběhů pacientů víme, že uniká drtivá většina dětských pacientů s tímto onemocněním. Vlastní onemocnění mi přineslo nesmírnou motivaci udělat maximum pro to, aby se současná generace dětí již v budoucnu trápit nemusela,“ vysvětluje Tadeáš Řáha důvody své iniciativy.

(mal)

Vady páteře si zaslouží akutní pozornost

Cílem osvětové zdravotní kampaně pod záštitou Scheuermann's Disease Fund je zvýšit povědomí o Scheuermannově chorobě, sekundárně zvýšit povědomí o skolióze a vadném držení těla, a především významně podpořit včasnou diagnostiku a léčbu těchto onemocnění v České a Slovenské republice. Na autory kampaně se obrací mnoho pacientů, jejichž bolesti jsou znevěhodněny nebo mylně považovány za psychosomatické. Jak lze situaci zlepšit, jsme se zeptali iniciátora kampaně Tadeáše Řáhy.

Jedním z cílů vaší kampaně je podpora screeningu. Koho by se měl screening týkat a jak by měl probíhat?

Je v zásadě jedno, o jaký screening se bude jednat – jestli o rentgenový, genetický nebo ortopedický. Důležité je, aby břímě včasného záchytu dětských vad páteře nenesli pouze pediatři. Během pediatrických preventivních prohlídek sice určitý screening probíhá, ale bývá zběžný, a mnohdy odhalí pouze pacienty s vysokou křivkou nebo opakovanou bolestí.

Hodláte o screeningu komunikovat i se zdravotními pojišťovnami?

Ano, máme to v plánu a rádi bychom také navázali spolupráci s ministerstvem zdravotnictví. Naším úkolem je prokázat, že problematika vad páteře zaslouží opravdu akutní pozornost. Problematických míst, která by si zasloužila svůj prostor, je ve zdravotnictví celá řada. Včas neléčené vady páteře ale mohou výrazně snížit kvalitu života pro desetitisíce pacientů v Česku a na Slovensku. Zároveň stojí miliardy korun na snížené produktivitě a invalidních důchodech. Náklady na jejich konzistentní včasný záchyt a léčbu jsou v tomto porovnání výrazně nižší.

Na jaké lékaře především cílíte? Ne každý mladý člověk absolvuje vyšetření u ortopeda.

Cílíme na lékaře všech oborů, které se dětskými vadami páteře zabývají. Na desítkách příběhů, které jsme obdrželi od českých a slovenských pacientů, si všímáme, že problémy v diagnosticko-léčebném procesu se objevují u specialistů, tj. ortopedů nebo rehabilitačních lékařů. Děje se to přesto, že v Česku a na Slovensku máme špičkovou superspecializovanou péči. V České republice můžeme zmínit Ortopedickou kliniku Fakultní nemocnice Brno, Spondylochirurgickou kliniku Fakultní nemocnice v Motole nebo Oddělení chirurgie páteře Karvinské hornické nemocnice, na Slovensku pak Ortopedické oddělení Fakultní nemocnice Žilina nebo Ortopedickou kliniku Národního ústavu dětských chorob Bratislava. Nejedná se ale samozřejmě o vyčerpávající seznam, existují další centra s výbornými specialisty.

Je ovšem pravda, že praktičtí lékaři pro děti a dorost hrají nejdůležitější roli. Jsou totiž nyní prakticky jediní, kteří nesou břímě včasného záchytu, když nepočítáme rodiče, kteří samozřejmě mohou také k záchytu přispět. Problém je, že s problematikou dětských vad páteře nejsou dostatečně seznámeni. V praxi máme potvrzeno, že se při preventivních pediatrických prohlídkách podaří odhalit převážně jen křivky, které jsou buď výrazné, nebo bolestivé. Ale značná část dětských vad páteře není velmi výrazná, ani bolestivá. U morbus Scheuermann je situace nejzávažnější. O tom, že se ho podaří objevit včas vzácně, píše i rehabilitační lékař prof. Kolář nebo ortoped MUDr. Toth. Opomíjí se také rodinná anamnéza – málokdo zná důležitost dědičné složky. Zapomíná se i na fakt, že obyčejné funkční vadné držení těla je v drtivé většině případů nebolestivé, a případná bolestivost může signalizovat závažnější strukturální vadu.

Kolik pacientů se nepodaří včas diagnostikovat?

Je to většina. Ročně se dohromady v Česku i na Slovensku jedná o tisíce dětí, které by při včasném záchytu a léčbě mohly prožít plnohodnotný život bez bolesti. Když k tomu připočteme pacienty s idiopatickou skoliózou, jedná se ročně až o desetitisíce dětí. Je třeba mít na paměti, že ne u každého se chronická bolest musí projevit již v mladém věku, často se objeví až u pacientů ve středním věku.

Sám jste pacientem se Scheuermannovou chorobou. Co vás přimělo se pustit do osvětové kampaně?

Inspiroval jsem se od Douga Strotta, zakladatele Scheuermann's Disease Fund, jediné organizace svého druhu na světě. Ačkoliv žije se závažnou bolestí v důsledku morbus Scheuermann, věnuje veškerý čas, který mu onemocnění dovolí, pomoci pacientům po celém světě. I příběh založení organizace je zajímavý. V roce 2013 se konal sraz bývalých spolužáků střední školy, kam Doug Strott docházel. Původně na něj nechtěl přijít, protože se styděl, že chodí o holi a bolest mu neumožňuje pracovat. Přesto přišel, a jeho



Tadeáš Řáha

spolužáci vybrali 700 dolarů, které se staly prvním vkladem do nově zřízené nadace. Scheuermann's Disease Fund poskytl česko-slovenskému projektu záštitu a vybavil nás i materiálně, za což jsme velmi vděční.

Jsou problémy ve vztahu k vlastnímu tělu pro onemocnění typické?

Z dat vyplývá, že především dětští pacienti řeší estetickou stránku hyperkyfózy, popřípadě skoliózy. Hrbení nebo vadné držení těla se totiž může stát předmětem posměšků od vrstevníků. Není složité si představit, jak to může vést k tělesné dysmorfii nebo různým sociálním fobiím. Dr. Baron Lonner, světově známý výzkumník v oblasti vad páteře z Mount Sinai Hospital v New Yorku, si ve své klinické praxi všiml, že pacienti s morbus Scheuermann zůstávají často bez partnera. I toto je příklad ostrakizace, ke které mohou vady páteře vést.

Zabýváte se také dospělými pacienty?

Ano, s naší osvětovou kampaní spolupracují například Martin Francúz, který v Bratislavě vyvíjí cvičení pro dospělé pacienty s morbus Scheuermann, nebo Lukáš Pfeffer, mluvčí Česko-slovenské asociace za kratom, který bojuje za léčebné využití tohoto atypického opiátu v Česku i na Slovensku. Problematika kratomu má s problematikou vad páteře společně to, že se kolem něho vyskytuje celá řada nejasností a polopравd.

mař, foto: archiv Tadeáše Řáhy

Sexualita se víc a víc přesouvá do online prostoru

„Stále méně lidí je ochotno vstupovat do partnerských sexuálních aktivit, protože seznamování, pak i sexuální chování jsou energeticky nesrovnatelně náročnější právě v partnerském sexu, než je tomu při použití pornografie,“ říká sexuolog, klinický psycholog a psychoterapeut prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.

Nedávno byly zveřejněny první výsledky průzkumu CZECHSEX. Je průzkum tohoto typu běžný, nebo je to naše národní specifikum?

Podobné výzkumy byly provedeny například v Německu, Holandsku, Velké Británii, ve Francii. A ze srovnání výsledků vycházejí Češi nejliberálnější jak ve svých postojích k sexu, tak i v sexuálním chování. Vidíme to především na počtu partnerů u žen. Ženy všude jinde v Evropě, tedy alespoň tam, kde existují obdobné výzkumy, jako je ten náš, uvádějí podstatně nižší počty partnerů v průběhu svých životů, než uvádějí české ženy. U nás to v minulosti bývalo 5–6, teď je to v průměru 8,6.

Jde o jeden z důsledků emancipace, nebo se už jen nebojí přiznat?

Určitě je to tím, že Češi jsou nejsekulárnější a nejateističtější národ, a my víme, že právě náboženské přesvědčení je v oblasti postojů k sexuálním otázkám, ale i v tom, nakolik jsou ti lidé ochotní se svěřovat se svými sexuálními zkušenostmi, vlastně rozhodujícím faktorem. V zemích s větší religiozitou obyvatel jsou v obdobných výzkumech patrně restriktivnější sexuální postoje respondentů.

Nejen stávající výzkum dokládá přesun sexuality kamsi do online prostoru. Jak to, když jsme k sexu tak liberální?

Faktem je, že stále více sexuálních aktivit se odehrává virtuálně. Platí to jak pro seznamování potenciálně reálných partnerů, tak třeba pro sex po telefonu nebo online sex. Ale hlavně jde o náhražkový sex s používáním obrazové pornografie. Právě to je v současné době asi největší problém, který vede k tomu, že méně a méně lidí je ochotno vstupovat do partnerských sexuálních aktivit, protože seznamování, pak i sexuální chování jsou energeticky nesrovnatelně náročnější právě v partnerském sexu, než je tomu při použití pornografie. Navíc pornografie zjevně naplňuje mnoho potřeb zvláště mužů.

Jaké potřeby máte na mysli?

Tak třeba potřebu větší anonymity partnerek, větší pestrosti partnerek, větší variability sexuálních aktivit, i když jenom na fantazijní úrovni. Vidíme však, že skutečně přibývá jedinců, zvláště žen, kteří sledují obrazovou pornografii. Zejména u žen sledování pornografie narostlo hlavně během pandemie covidu. V některých věkových kategoriích teď ženy začínají i převažovat.

Zeptám se přímo: nezdá se vám, že se obecně méně souloží?

Ještě na tom nejsme tak hrozně jako Japonci, ale obávám se, že i u nás klesá po-



prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.

čet partnerských sexuálních styků, a že je to právě kvůli internetové pornografii.

V rozpravách sexuologů mě zaujal termín sexuální well-being. To je to stejné jako jiný pojem, a to sexuální zdraví?

Sexuálně dobře, tedy „wellbeingově“ se může cítit i člověk, který trpí určitými poruchami, ale nijak ho to nestresuje. No není to ideální řešení?

Jana Jílková

Foto: JJ

Frekvence sexuálních aktivit Čechů klesá, ale většina je se sexuálním životem spokojená

Národní ústav duševního zdraví uveřejnil výsledky reprezentativního průzkumu CZECHSEX. Podarilo se v něm shromáždit reprezentativní data mapující řadu témat týkajících se sexuálního zdraví a well-beingu v české populaci.

Mezi sledovaná témata patřil například sexuální well-being, potíže v sexuálním fungování, parafilní preference, sexuální milníky, masturbace a frekvence sexuálních aktivit, sexuální násilí, chemsex, pohlavně přenosné nemoci, LGBTQ+, konzumace pornografie a sexuální aktivity online, ale i postoje české společnosti

k těmto tématům. Poslední obdobný průzkum u nás proběhl před 11 lety.

Sexuální milníky a sexuální well-being

Podle průzkumu je průměrný věk prvního sexu u žen 17,46 roku, u mužů je to prů-

měrně v 18,33 roku, oba údaje jsou přibližně stejné jako v posledním výzkumu. Pokud jde o masturbaci, ženy průměrně začínají masturbovat v 16,61 roku. U mužů je to o něco dříve, průměrně ve věku 14,24 roku. I tento údaj zůstává ve shodě se sběrem z roku 2013. Trend směrem k dřívějšímu nástupu masturbace je pa-

trný zejména u žen, kde se v nejmladší věkové kohortě snižuje na 13,38 roku. Oproti tomu ženy v nejstarší věkové kohortě (66–75 let) začínaly masturbovat průměrně ve 20,33 roku. Stejně tak se napříč věkovými kohortami snižuje i věk prvního sledování pornografie. V nejmladší věkové kohortě (18–25 let) je to mezi ženami průměrně ve 14,52 roku, u mužů v 14,18 roku, zatímco v nejstarší věkové kohortě (65–75) začínaly ženy sledovat pornografii průměrně ve 31,75 roku a muži v 28,41 roku.

Positivní zpráva je, že většina lidí napříč věkovými kategoriemi je za posledních 12 měsíců spíše spokojena se svým sexuálním životem. Naprostá většina lidí také preferuje spíše partnerské sexuální aktivity před masturbací.

Mnoho lidí sex nikdy nemělo

Ukazuje se, že 5,93 % žen a 8,43 % mužů nikdy nemělo sex. Z toho ve věkové kohortě 18–25 let jde u mužů o 54,4 %. U žen je to 30 % ze stejné věkové kohorty. I mezi nejstarší generací se najdou lidé, kteří nikdy neměli sex. Jedná se o 4 % žen a 2,4 % mužů ve věkové kohortě 65–75 let.

„Mezi současnými mladými lidmi zůstává frekvence sexuálních aktivit překvapivě nízká. Z dat vyplývá, že průměrně měly ženy za poslední měsíc sex s druhou osobou 0,71× a muži 0,99×, průměrná frekvence sexu je tedy v české populaci méně než jednou za poslední měsíc. Ve věkové kategorii 18–25 let to bylo u žen průměrně 1,7× za poslední měsíc a u mužů 1,3×. To je v souladu s údajem o průměrné měsíční frekvenci v posledním roce. U lidí, kteří měli v době sběru dlouhodobý partnerský vztah, byla frekvence sexu s partnerem za měsíc průměrně 5,72× u mužů a 5,63× u žen,“ popisuje prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc., garant výzkumu (Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze).

Frekvence masturbace se velmi liší v jednotlivých věkových kohortách. V nejmladší věkové kohortě od 18 do 25 let masturbují ženy průměrně 4,06× za měsíc a muži průměrně 8,80× za měsíc. S věkem pak frekvence výrazně klesá. Nikdy v životě nemasturbovalo 21,3 % žen a 5,2 % mužů.

Frekvence sexuálních aktivit s druhou osobou, ale i masturbace podle stávajícího průzkumu poklesla, ale minulé vyšší celkové údaje mohou být zapříčiněny rozdílem v metodice obou výzkumů.

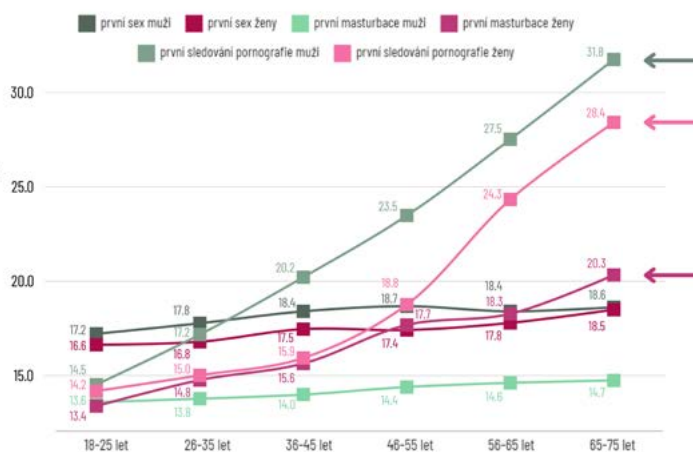
Sexuální dysfunkce někdy potkaly většinu lidí

Z dat vyplývá, že nějaká ze sexuálních potíží se v průběhu života po dobu alespoň několika měsíců objevila u 61,19 % žen a 55,01 % mužů. Ne všem ale způsobovala stres. Přítomnost dysfunkce spolu s klinicky významným stresem se objevila u 21,41 % žen a 16,06 % mužů.

Sexuální potíže nejsou výjimečnou záležitostí ani u žen, ani u mužů – nejčastěji se u žen někdy v životě objevila snížená sexuální touha (u 44,8 %) nebo potíže s dosažením orgasmu (u 44,6 %). Potíže se sexuálním vzrušením se objevily někdy v životě u 42,7 % žen, bolest při pohlavním styku u 19,6 % žen a sexuální kompulzivita u 16,5 % žen. U mužů se nejčastěji objevují potíže s erekcí, ty se

Sexuální milníky

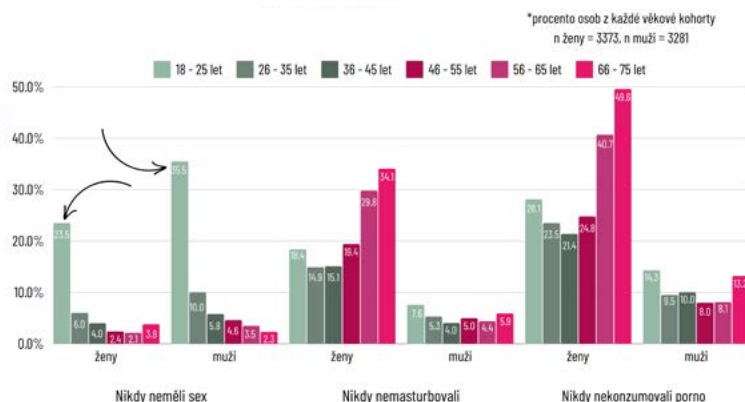
- Průměrný věk prvního sexu
 - 17,46 let u žen
 - 18,33 let u mužů
- Průměrný věk první masturbace
 - 16,61 let u žen
 - 14,24 let u mužů
- Průměrný věk první konzumace pornografie
 - 21,53 let ženy
 - 19,39 let muži



Graf č. 1 Sexuální milníky

Absence sexuálních aktivit

- neměli sex:
 - ženy 6,0 %
 - muži 7,9 %
- nemasturbovali:
 - ženy 21,3 %
 - muži 5,2 %
- nekonzumovali porno:
 - ženy 30,5 %
 - muži 10,1 %

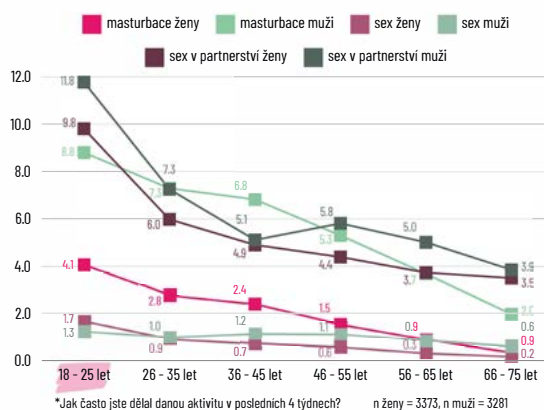


Graf č. 2 Absence sexuálních aktivit

Průměrný počet sexuálních aktivit za poslední měsíc

- ženy průměrně masturbovaly 1,96 krát, muži 5,39 krát
- sex měli muži průměrně 0,99 krát a ženy 0,71 krát
- u lidí, kteří byli v partnerství byla průměrná frekvence sexu 5,72 krát u mužů a 5,63 krát u žen.
- S věkem četnost sexuálních aktivit klesá

Sexem myslíme jakýkoli sexuální kontakt mezi lidmi zahrnující oblast genitálií. To může zahrnovat orální sex, vaginální sex, anální sex, mazlení/doteky, tření pohlavních orgánů, atd.



Graf č. 3 Průměrný počet sexuálních aktivit za poslední měsíc

vyskytly někdy v životě u 26,1 %, které se častěji objevují s vyšším věkem. Zatímco mezi lidmi ve věku 18–25 se tato potíže vyskytovala pouze u 6,6 %, ve věku 66–75 let už se vyskytovala u 26,3 % osob. Snížená sexuální touha se vyskytla někdy v životě po dobu alespoň několika měsíců u 24,4 % mužů, předčasná ejakulace u 24,6 %, opožděná ejakulace u 23,0 % a sexuální kompulzivita u 23,8 %. „I přesto odbornou péčí kvůli sexuálním potížím vyhledalo pouze 4,6 % mužů a 5 % žen, u kterých se nějaká z potíží vyskytla,“ popisuje MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., primář Sexuologického ústavu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Potíže dosáhnout orgasmu se v posledním roce objevily u 21,3 % žen. To je srovnatelné s německým celonárodním průzkumem z roku 2019, ve kterém tuto potíže za poslední rok uvedlo 23,6 % žen. Velmi srovnatelná čísla se objevují také u prevalence erektilní dysfunkce u mužů v posledním roce.

Nejčastěji se lidé seznamují přes přátele

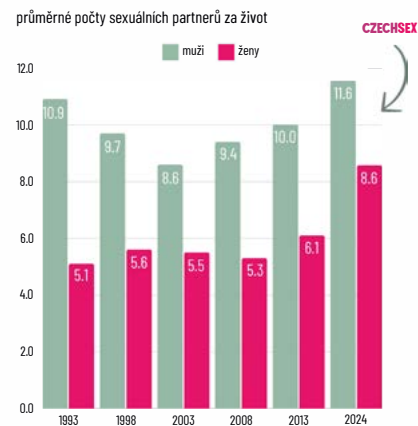
V době průzkumu bylo v dlouhodobém partnerském vztahu 73,7 % respondentů. Z nich 26,7 % uvedlo, že mají kromě dlouhodobého partnerského vztahu také vztah pouze sexuální.

„Lidé se nejčastěji seznamují přes přátele (29,6 %), v práci nebo ve škole (20,0 %) či v rámci společenských aktivit (17,5 %). Data ze zahraničí také ukazují přesun seznamování na internet. I v České republice se přibližně 13,4 % párů seznámí online. Nejčastěji se online seznamují mladí lidé (20,7 % v nejmladší kohortě 18–25 let), s věkem využívání online prostoru pro seznámení klesá (4,9 % v nejstarší kohortě 66–75 let),“ konstatuje Markéta Šetinová, Ph.D., zakladatelka institutu Moderní láska.

Co se týče počtu sexuálních partnerů, z dat vyplývá, že ženy mají průměrně 8,6 sexuálních partnerů za život, zatímco muži 11,6. „Tento rozdíl v počtu partnerů mezi pohlavími, kdy ženy mají průměrně méně sexuálních partnerů než muži, sledujeme dlouhodobě. Může být dán jednak společenským stigmatem a jednak nevhodně zvolenou metodologií analýzy dat. Podíváme-li se na střední hodnotu našich dat, nejčastěji mají muži i ženy 5 sexuálních partnerů, počet je tedy napříč

Počty sexuálních partnerů za život

- průměrně
 - **muži 11.56**
 - **ženy 8.57**
- Dlouhodobě muži uvádí více sexuálních partnerů v průběhu života než ženy
- může být způsobeno stigmatem
- roli může hrát také nesprávná metodologie analýzy dat
- **nejčastěji ale mají muži i ženy 5 sexuálních partnerů v průběhu života**



Graf č. 4 Počty sexuálních partnerů za život

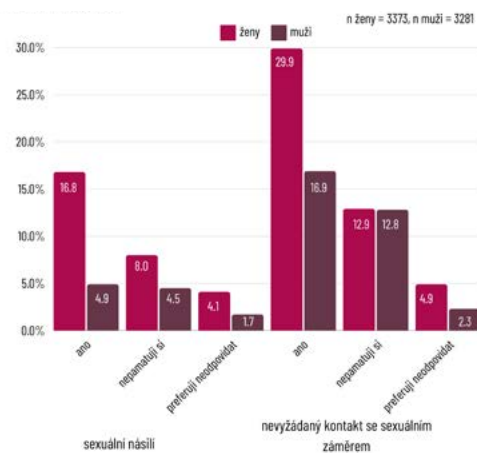
Sexuální násilí

Hrozbami nebo násilím bylo k sexuálním aktivitám donuceno někdy v životě donuceno minimálně **16,8 % žen** a **4,9 % mužů**

896 720 žen
254 141 mužů

Kromě toho má minimálně **29,9 % žen** a **16,9 % mužů** zkušenost s nevyžádaným kontaktem se sexuálním záměrem (např. osaháváním)

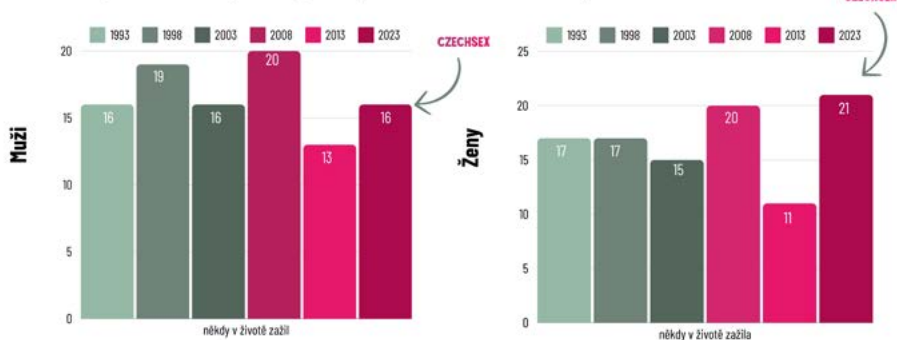
1 595 948 žen
876 526 mužů



Graf č. 5 Sexuální násilí

Sexuální dysfunkce

Velkou část pacientů sexuologie / urologie tvoří pacienti s funkčními sexuálními poruchami (2013).



Graf č. 6 Sexuální dysfunkce

pohlavími vyrovnáný,“ doplňuje Markéta Šetinová.

7 procent lidí má jinou než heterosexuální orientaci

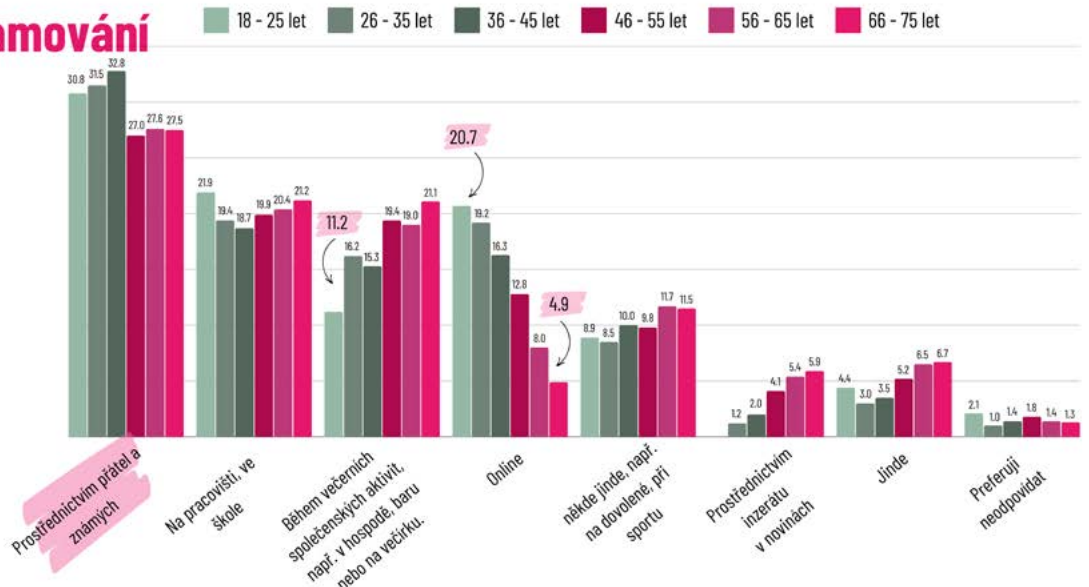
V rámci průzkumu CZECHSEX bylo zjištěno, že 7 % lidí v populaci má jinou než

heterosexuální orientaci. Tato zjištění jsou v souladu se zahraničními daty, která uvádí prevalenci 5–10 %. Nejčastější ne-heterosexuální orientace je bisexualita/pansexualita, která se v populaci týká 3,2 % obyvatel. Druhou nejpočetnější skupinou jsou gayové, kterých jsou 2 %, leseb je pak 0,6 %.

n ženy= 3361 n muži= 3281

Vztahy a seznamování

- Nejmladší generace se seznamuje více online a naopak nejméně při společenských aktivitách
- seznámení přes přátele je nejčastější napříč věkem



Graf č. 7 Vztahy a seznamování

Nebinárních a genderově rozmanitých osob je v populaci 0,4 %.

„Pro 33,5 % obyvatel ČR je zcela přijatelné, aby homosexuální páry měly stejná práva jako páry heterosexuální. Pro 14,3 % populace je to však stále naprosto nepřijatelné,“ říká Mgr. Andrea Stašek z Institutu pro psychologický výzkum FSS MUNI.

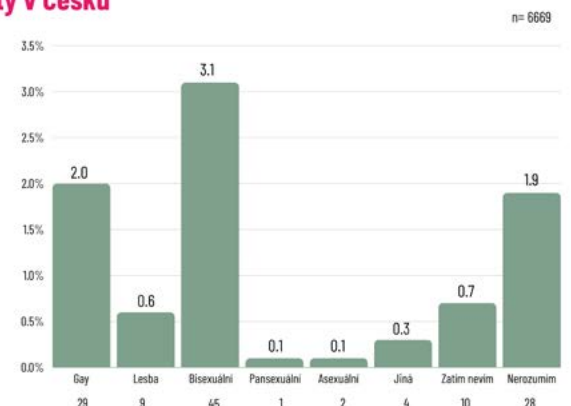
Online sexuální aktivity

V průběhu života mělo zkušenost se sledováním pornografie 78,5 % lidí. Naopak nikdy pornografii nesledovalo 21,5 %. Více zkušenosti jsou v tomto ohledu muži, 89,5 % někdy pornografii sledovalo, u žen je to pouze 67,6 %. Největší podíl lidí, kteří pornografii nikdy nesledovali, je mezi staršími generacemi. Největší zkušenost se sledováním mají lidé ve středním věku. Zde pornografii nikdy nesledovalo pouze 16,4 %. Lidé také získávají zkušenosti s novými online sexuálními aktivitami. Například s „live sexem“, což je živý video-přenos pornografie na internetu, má zkušenost 12 % mužů a 4 % žen. 17 % mužů a 5 % žen zatím live sex nezkusilo, ale chtělo by. Se sextingem (zasíláním „nahých“ fotografií) má alespoň jednou v životě zkušenost 30 % mužů i žen.

(11), zdroj grafů:

Prevalence (ne)heterosexuality v Česku

- nejčastější ne-heterosexuální orientací je **bisexuality**
- 3.1 % v populaci
- 45 % z ne-heterosexuálních osob
- cca. 3/4 bisexuálek jsou ženy
- 3.2 % bisexuálních a pansexuálních = **341 440** lidí
- 2 % gay = **213 400** lidí
- 0.6 % lesby = **64 020** lidí



Graf č. 8 Prevalence (ne)heterosexuality v Česku

Konzumace pornografie v posledních 12 měsících

Pornografii nesledovala polovina žen a jen pětina mužů



*Jak často jste sledoval*a pornografii v posledních 12 měsících? (4814 respondentů)

Graf č. 9 Konzumace pornografie v posledních 12 měsících

Představujeme odborné knižní novinky

KARDIOLOGIE 2023

Editoři: prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA, prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC, prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC, FCMA

ISBN: 978-80-88506-26-3

Formát: 210 × 297 mm (11 svazků ve dvou šubrech)



Dílo Kardiologie 2023 sestává z jedenácti svazků ve dvou šanonech a je zcela výjimečným moderním editorským počinem, na němž se podílelo více než devadesát autorů. Je určeno kardiologům, internistům a dalším souvisejícím odborníkům. Užitečné informace v něm mohou najít i studenti medicíny.

V jedenácti svazcích jsou v 95 kapitolách zpracována tato témata:

- vyšetřovací metody v kardiologii,
- aterosklerotická a žilní onemocnění,
- srdeční selhání,
- arytmologie,
- chlopenní vady,
- kardiomyopatie,
- preventivní kardiologie,
- plicní kardiovaskulární onemocnění,
- kardiovaskulární onemocnění v definovalých populacích.

Poslední svazek tvoří Doporučené postupy Evropské kardiologické společnosti (ESC) a České kardiologické spo-

lečnosti (ČKS). V kapitolách popisujících dynamické jevy najde čtenář odkazy (QR kódy) na videa, což přispívá k lepšímu pochopení odborné problematiky. Ve všech kapitolách též autoři použili bohatý obrazový materiál.

MELANOM – OD NEURÁLNÍ LIŠTY PO MELANOM

Autor: doc. MUDr. Ondřej Kodet, Ph.D.

ISBN: 978-80-88506-15-7

Počet stran: 176

Rozměry: 140 × 200 mm

Tato kniha je komplexním pojednáním problematiky melanomu, nejzřejmějšího kožního nádoru, který vychází z melanocytů. V práci je diskutován vznik a vývoj zdravých melanocytů, které jsou derivátem neurální lišty. Původem jsou melanocyty řazeny k neuroektodermu. Složitý proces vývoje melanocytů vyžaduje i specifické mikroprostředí a řadu signálních molekul, které se uplatňují i při vývoji melanomu, a především při jeho progresi. Tyto mechanismy jsou velice podobné a liší se tedy jen kontextem dané tkáně a patologií, která vede na rozdíl od embryogeneze k tvorbě nádoru. V knize je dále popsána biologie a vývoj melanomu ze zdravých melanocytů, jednotlivé klinické varianty a jejich klinická a histologická diagnostika. Velký důraz je kladen na komplexní ná-

dorové mikroprostředí melanomu, které podporuje nádorový růst a zakládání metastáz. Nádorové mikroprostředí se vedle nádorových melanocytů skládá i z nenádorových buněk, jako jsou nádorově asociované fibroblasty, nádor infiltrující lymfocyty či makrofágy. Všechny tyto buněčné populace se spolupodílí na nádorovém mikroprostředí.

Velká část této publikace je věnována historii a současným terapeutickým možnostem. Práce mapuje soudobou léčbu pomocí tzv. cílené léčby BRAF a MEK inhibitory a imunoterapeutické možnosti pomocí anti-CTLA-4 a anti-PD-1 protilátkami. Velkým problémem této léčby je vznik nádorové rezistence na tato léčiva, proto je v této knize věnována pozornost mechanismům rezistence jak na cílenou léčbu, tak i na imunoterapeutické možnosti. Kniha přináší i přehled biomarkerů melanomu s možným prediktivním a prognostickým významem. Poslední část této knihy je věnována novým směrům a trendům jak v diagnostice melanomu, tak i ve vývoji nových léčebných možností.

Práce přináší komplexní pohled na nádorovou problematiku melanomu, od vývoje, progresu, diagnostiky tak i léčby.

ATLAS EKG V KAZUISTIKÁCH

Autoři: doc. MUDr. Čestmír Číhalík, CSc., prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA

ISBN: 978-80-88506-27-0

Počet stran: 336

Rozměry: 297 × 210 mm

Monografie Atlas EKG v kazuistikách je moderní verzí učebnice EKG v kontextu medicíny třetího tisíciletí. Když Willem Einthoven sestrojil v roce 1903 první elektrokardiograf (EKG) a v roce 1905 provedl první praktický telemedicínský přenos EKG na vzdálenost 1,5 km pomocí telefonní linky, byl to pro medicínu opravdový zázrak. Veškeré medicínské obory to ovlivnilo až do dnešních dnů a autor v roce 1924 obdržel za tento objev Nobe-





lovu cenu za lékařství. V české medicíně se problematika EKG rozvíjela velmi dynamicky a objevily se první popisy typických EKG křivek frekventních diagnóz, jako jsou akutní infarkt myokardu, fibrilace síní, arteriovenózní blokády aj. v učebnicích Herlesových, Škodových a dalších veličanů naší interní medicíny. Některé EKG záznamy z období první republiky jsou nejen velmi zajímavé, ale i historicky cenné, jako je např. záznam křivky prezidenta Masaryka, jehož originál je pietně uchováván profesorem Alešem Linhartem na II. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Moderní výuka EKG začíná na lékařských fakultách již ve 2. nebo 3. ročníku v rámci interní propedeutiky a dále se rozvíjí v 5. a 6. ročníku v kontextu interní medicíny. Dnešní pohled na výuku EKG není dán pouze teoretickými znalostmi a memorováním křivek, ale především pochopením kontextu klinických obtíží pacienta, laboratorních a zobrazovacích metod a příslušného EKG obrazu. To je také cílem naší nové publikace EKG v kazuistikách, která bude doplněna navíc QR kódy pro zobrazení dynamických dějů (echokardiografie, selektivní koronarografie, CT angiografie aj.) tak, aby si čtenář lépe uvědomil vzájemné souvislosti jednotlivých vyšetřovacích metod a EKG křivky. Pevně věříme, že vás naše nová monografie a moderní přístup k výuce EKG napříč obory zaujmou.

KAZUISTIKY Z NEONATOLOGIE II

Autoři: MUDr. Milena Dokoupilová, MUDr. Miloš Černý a kol.

ISBN: 978-80-88506-24-9

Počet stran: 368

Rozměry: 156 × 232 mm

Již od roku 1990 je neonatologie uznávaným specializovaným oborem dětského

lékařství se zaměřením na péči o fyziologické a patologické novorozence. Díky zlepšujícímu se poznání patofyziologických procesů, technickému pokroku, zlepšení kvality intenzivní péče, léčebných a ošetrovatelských postupů došlo k výraznému zlepšení neonatální mortality a morbidit v naší republice. Tyto ukazatele se již řadu let drží na světové úrovni a můžeme na ně být adekvátně pyšní. Bohužel ne každé dítě se narodí zdravé či v termínu porodu. Spektrum novorozeneckých onemocnění je velmi široké, zahrnuje běžné i velmi vzácné choroby, onemocnění související s nezralostí, vrozené vývojové vady, infekce, hy-



poxická postižení i různé typy dědičných metabolických poruch. Pro zvýšení osvěty v tomto oboru pořádá primářka Milena Dokoupilová od roku 2016 každoročně odborné konference „Dny novorozeneckých kazuistik“, které se zabývají širokou problematikou novorozenců od 30. týdne těhotenství. Tato akce, která se tradičně koná v krásném a příjemném prostředí zámku Zbiroh, má vysokou úroveň a je odbornou veřejností velmi kladně hodnocena. V roce 2020 jsme vybrali z proběhlých konferencí zajímavé kazuistiky a vydali první díl publikace Kazuistiky z neonatologie. Jelikož kniha měla velký ohlas a zajímavých kazuistik zahrnujících diagnózy, se kterými se setkáváme běžně, ale také velmi vzácně, je prezentováno dostatek i nadále, rozhodli jsme se vydat druhý díl této publikace. V nové knize budou opět prezentovány kazuistiky týkající se jak lehce a středně nezralých, tak i donošených novorozenců. Jednotlivé kazuistiky doplňuje teoretická část s diferenciálnědiagnostickou rozvahou, dále obsahují obrazovou dokumentaci, schémata, tabulky i krátkou diskusi a v závěru

jsou samozřejmě uvedeny literární odkazy. Věříme, že i druhý díl oblíbených Kazuistik z neonatologie bude dobrým pomocníkem v postgraduálním vzdělávání mladých lékařů a v praxi pomůže k včasné diagnóze i léčbě.

SEKUNDÁRNÍ GLAUKOMY 3. přepracované a doplněné vydání

Autor: MUDr. Klára Samková a kol.

ISBN: 978-80-88506-29-4

Počet stran: 224

Rozměry: 140 × 200 mm

Monografie mapuje současné poznatky diagnostiky a léčby sekundárních glaukomů nejrůznější etiologie: glaukomu pigmentového, pseudoexfoliativního, pouřazového, neovaskulárního, pozánětlivého, polékového, při endokrinní orbitopatii, glaukomu po vitreoretinální chirurgii a dále glaukomu maligního. Kromě summarizace výsledků klinických studií předkládají autoři čtenářům systematický přehled na tomto poli doplněný o mnohaleté vlastní zkušenosti s diagnostikou a léčbou těchto typů glaukomu. Všechny informace byly aktualizovány a nově přibýly kapitoly týkající se glaukomu způsobeného čoučkou a glaukomu u iridokorneálního endotelového syndromu (ICE). Kniha obsahuje bohatou obrazovou dokumentaci, kazuistiky, tabulky a schémata v jednotlivých kapitolách.



Tyto a další knihy z produkce nakladatelství EEZY Publishing můžete zakoupit za zvýhodněné ceny na [WWW.EEZY.CZ](http://www.eezy.cz).

Náchodská nemocnice má nové operační nástroje za více než 16 milionů korun

Operovat každý den s nástroji, jako by byly zbrusu nové. Takovou jistotu má pro příštích deset let Oblastní nemocnice Náchod a.s., která si s novými operačními nástroji v hodnotě přes 16 milionů korun koupila i jejich profesionální a bezstarostný servis. „Nemocnice má zajištěný servis nástrojů a sterilizačních kontejnerů, a mimo to dostává také průběžnou optimalizaci i analytiku využívání nástrojů,“ říká Tomáš Stibůrek, regionální manažer skupiny B. Braun, která operační nástroje dodala.

Deset let bez starostí

Skupina B. Braun do nemocnice dodala celkem 3 921 kusů operačních nástrojů a 145 sterilizačních kontejnerů v celkové hodnotě přesahující 16 milionů korun bez DPH. Kontrakt na koupi, záruční i pozáruční komplexní servis a další služby spojené s využíváním operačních nástrojů je uzavřen na dobu deseti let. „Služeb, které v rámci smlouvy budeme Oblastní nemocnici Náchod poskytovat, je celá řada. Každý nástroj je například vybaven vlastním Data-



MUDr. Karel Dohnal

Matrix kódem, díky němuž se sleduje jeho přesný pohyb a průběžný technický stav,“ vysvětluje princip smlouvy Tomáš Stibůrek. Nástroje dodané do náchodské nemocnice jsou určeny pro chirurgické, urologické, gynekologické, ortopedické a otorinolaryngologické oddělení. „Pro nemocnice je využívání doplňkových služeb ekonomicky výhodnější a lékařům umožňuje operovat s prvotřídními nástroji, které jsou průběžně servisované dle aktuálního opotřebení,“ doplňuje Tomáš Stibůrek. Součástí implementace projektu byl i audit mycích a sterilizačních procesů včetně primárního předmytí nových nástrojů k zajištění dlouhodobé udržitelnosti stavu instrumentária.

Lepší funkce pro zdravotníky, větší bezpečí pro pacienty

V tuto chvíli je v Oblastní nemocnici Náchod hotová přejímka zboží, pracuje se na kódování každého jednotlivého instrumentu a zanesení nástrojů do systému. „Primárním důvodem našeho rozhodnutí bylo vybudování nových operačních sálů, nového zázemí a nové sterilizace. V této souvislosti jsme přehodnotili stav stávajícího instrumentária. Určitě nepůjde jenom

o ekonomický benefit. Budeme schopni lépe plánovat operativu, a vzhledem k tomu, jaký objem instrumentária budeme mít k dispozici, budeme schopni lépe plánovat vytížení operačních sálů, z čehož ve finále budou profitovat hlavně naši pacienti,“ vysvětluje motivaci nemocnice Miroslav Bůžek, technický náměstek Oblastní nemocnice Náchod. Nové nástroje začnou zdravotníci používat během zhruba dvou měsíců. „Výhodou určitě je, že sítá s nástroji nebudou předimenzovaná a budeme v nich mít jednotlivé nástroje tak, jak je potřebujeme k jednotlivým operačním výkonům,“ říká Monika Kulhavá, vrchní sestra Centrálních operačních sálů a Centrální sterilizace. Personál nemocnice už absolvoval školení, jak s celým systémem zacházet. Součástí školení bylo i nakódování jednotlivých nástrojů. Díky kódům se dá zjistit nejen jejich využití, ale třeba i to, s jakým pacientem byl nástroj v kontaktu. „Od nových nástrojů očekáváme jejich lepší funkce a větší spolehlivost. Chirurgům se bude lépe pracovat, přinese jim to klid a jistotu, čímž se zvyšuje bezpečnost pro pacienty,“ popisuje očekávání MUDr. Karel Dohnal, primář Centrálních operačních sálů.

(red), foto: archiv ON Náchod

▼ Inzerce

Institut vzdělávání APSS ČR nabízí

VZDĚLÁVACÍ CYKLUS



Zdravotnický pracovník manažerem v soc. službách

listopad 2024 – leden 2025

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

Místo konání: Sociální služby pro seniory Olomouc, Zikova 618/14, Nové Sady, 779 00 Olomouc
Cena: 9 900 Kč (v ceně kurzu je coffee break a oběd)

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



Debata o budoucnosti povolání sestry pokračuje

Další ze série jednání na téma budoucnosti sesterské profese v České republice proběhlo v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR koncem dubna.

Připravila je a vedla členka sněmovního Výboru pro zdravotnictví a držitelka ocenění Sestra roku 2004 Ivana Mádlová spolu s místopředsedkyní Výboru pro zdravotnictví Věrou Adámkovou, která stojí v čele Pracoviště preventivní kardiologie IKEM a patří mezi uznávané lékařské kapacity v České republice.

Poslankyně navázaly na úspěšnou konferenci z počátku letošního roku s názvem: „Bez sester to nejde: největší problémy a hledání řešení“. Obě poslankyně avizovaly pokračování práce v užších pracovních skupinách, jejichž cílem bude příprava akčního plánu pro reformy sesterské profese v České republice.

Praktická výuka je důležitou součástí studia

Jednání se zabývalo především praktickou výukou sester přímo v nemocnicích, takzvaným mentoringem a postavením sester, které zajišťují praktickou výuku. „Zabývat se praktickou výukou přímo v nemocnicích je klíčové. Často to bývá první kontakt s praxí a se staršími a zkušenějšími kolegyněmi, což v mnoha případech rozhoduje o setrvání studentek a studentů v systému zdravotní péče. Praktická výuka pro ně musí být správně nastavená. Studenti si musí připadat jako součást týmu a ve svých školitelích by měli vidět své vzory. Je na místě otevřít diskusi o odměňování studentů na praxích i o jejich pracovních podmínkách. Především ale musíme mentoring ještě lépe uchopit tak, abychom dokázali studentky a studenty přesvědčit, že práce sestry je důležitá, krásná a pro společnost nesmírně přínosná. Musí

tu práci mít rádi od samého začátku,“ uvedla Ivana Mádlová.

Věra Adámková hned v úvodu jednání zdůraznila, že patřičné vzdělávání sester je velmi důležitá a odpovědná práce. „Je to velký úkol,“ řekla. „Nejde pouze o to, že si studentky a studenti přečtou něco ve skriptech, ale musejí být dobře připraveni pro praxi. Musí jim být vštěpována empatie, musí být odborně na výši a musí být plnohodnotnými partnery lékařů. Bez těchto předpokladů nejsme schopni dělat moderní medicínu. Dnes jsme naštěstí v situaci, kdy sestry i další nelékařští zdravotničtí pracovníci bez větších problémů zvládají pracovat s moderními technologiemi a postupy, které od nich současná medicína vyžaduje. To je velmi dobře a v tomto směru jejich vzdělávání musí pokračovat.“ Ve svém vystoupení se Věra Adámková také podělila o svoji osobní zkušenost s vedením pracoviště IKEM.

Mentorování je prestižní činnost

K jednání poslankyně pozvaly také zástupce fakultních i krajských nemocnic, univerzit a vyšších odborných škol. Účastníci jednání se shodli především na potřebě systematizace pracovních míst pro sestry, které praktickou výuku vedou, ale také na potřebě je adekvátně odměnit. Zmínili také potřebu celý mentoring lépe koordinovat a vytvořit metodiku, která bude reagovat na vývoj doby a prohlubování generačních rozdílů. Studenti, kteří odbornou praxi vykonávají, by také měli mít nárok na odpovídající pracovní podmínky a odměnu za odvedenou práci.

Přítomní zástupci nemocnic i vzdělavatelů na setkání představili své vlastní zkušenosti s mentoringem a uvedli celou řadu příkladů dobré praxe. Marie Zvoníčková, akademická pracovnice 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a odbornice na vzdělávání sester z Ústřední vojenské nemocnice v Praze upozornila, že ve vzdělávání je třeba vytvořit radostnou a prestižní součást povolání sestry. Zdůraznila, že práce sestry u lůžka je velmi náročná a nedá se vydržet celý život, pokud do této práce nevneseme nějakou změnu. „Vzdělávání dalších generací může přinést do života něco nového a radostného. Ze všeho nejdůležitější je naše podpora a vedení diskuse o tom, že být učitelkou, tedy mentorkou, je velmi prestižní činnost,“ dodala Marie Zvoníčková.

Debatu o budoucnosti povolání sestry uzavřela poslankyně Mádlová: „S každým dalším jednáním k reformě sesterské profese si potvrzují, že naše snaha a práce má smysl. Nacházíme společnou řeč, jsme jednotní a víme, co potřebujeme od státu, ale také od nemocnic nebo vzdělavatelů. Dnešní jednání nebylo výjimkou. U výuky odborné praxe se musíme zaměřit především na financování praktické výuky a ukotvení pracovní pozice mentorů v katalogu prací. To je teď náš hlavní úkol a odpovědnost k terénu i budoucí generaci sester.“

Další jednání expertní skupiny svolají poslankyně Ivana Mádlová a Věra Adámková v příštích týdnech. Tématem budou otázky benefitů, které by měly v systému udržet stávající sestry a motivovat ty budoucí. Uvedená jednání jsou součástí záměru obou poslankyň připravit koncepci pro další vývoj sesterské profese v České republice.

(red)

Pochybení při poskytování ošetrovatelské péče

Rozvoj medicíny se milovými kroky ubírá vpřed. Logicky se tímto vývojem zvyšují také nároky kladené na zdravotnický personál. Máme k dispozici stále sofistikovanější přístroje, využíváme přesnější diagnostické metody, na trh přicházejí nová léčiva. Celý proces práce ve zdravotnictví se zrychluje, což bohužel přináší i velkou dávku stresu; a ve stresu člověk snadněji může udělat chybu.

Také ošetrovatelství se musí neustále přizpůsobovat novým poznatkům medicínského výzkumu, vyspělým technologiím a novinkám v souvislosti s nově objevenými onemocněními. Kromě zkvalitnění

péče o pacienty tato situace přináší také riziko selhání lidského faktoru a vzniku pochybení. Uvádí se, že selhání člověka můžeme jako příčinu pochybení identifikovat až v 80 procentech všech případů.

Chyby a omyly v současném systému zdravotnictví musíme pokládat za nevyhnutelné, proto také odborná literatura přišla s novým termínem pro pochybení: „nutné selhání“.

Co bývá příčinou pochybení

Mezi nejčastější příčiny lidského pochybení řadíme únavu, vyčerpání, nemoc, spěch, vyrušování, nerozhodnost, nedostatek znalostí, dovedností nebo nezkoušenost. Rizikem jsou také stavy, jakými jsou přetížení, hněv, úzkost, strach či nuda, ale rovněž užívání alkoholu nebo drog. Dalšími příčinami mohou být nezvyklé situace nebo problémy, náročná interakce s velkým množstvím techniky, nedostatečná komunikace mezi členy multidisciplinárního léčebného týmu nebo komunikační bariéry, ale i narůstající akutnost pacientů nebo chyby při matematických výpočtech. Dalšími důvody ošetřovatelského pochybení mohou také být špatná orientace nových zaměstnanců, nedostatečná nebo nevhodná komunikace, neúplná informovanost sester, nedostatek supervize, nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti nebo neefektivní využívání času. K pochybení personálu může vést i situace na pracovišti, kdy potřebné důležité informace nejsou k nalezení nebo jsou chybně, medicínská technika nebo pomůcky v danou chvíli chybí nebo jsou nepoužitelné, ale také když kvůli nepřipraveným lidem nebo technice vznikají prostoje. Rizikem je také nepřehledná, nečitelná a neúčelně vedená dokumentace. Riziko vzniku po-

chybení hrozí také v případě, ztratí-li sestra čas zbytečným přecházením z jednoho oddělení na druhé v důsledku špatného uspořádání pracoviště nebo když jsou na sestru vzájemně požadavky z několika míst najednou.

Závažným pochybením jsou například chyby v ošetřovatelské dokumentaci. Do dokumentace sestra zaznamenává všechny důležité a rozhodné události týkající se pacienta. Neprovede-li sestra řádný záznam o závažné skutečnosti, která mohla v konkrétní situaci vést k poškození zdraví pacienta, dopouští se velké chyby. Dalším prohrěškem jsou nepravdivé údaje, které tak mohou zpochybnit platnost celé dokumentace. Častou chybou ošetřovatelské dokumentace jsou také nedostatečné záznamy bez popisu objektivního stavu, na místě není ani užívání zkratk v dokumentaci.

Časté je také chybování v medikaci, jako jsou podání nesprávného léku či jeho dávka, přehlédnutí alergií či chybějící informace o medikaci. K medikačním pochybením dochází často v kombinaci s dalšími faktory, jakými může být neefektivní komunikace s ostatními zdravotníky, nevhodný systém ukládání léků, například ukládání vizuálně podobných balení léků s odlišným účinkem vedle sebe nebo nedostatečné značení léků, chybějící nebo neúčinná supervize a nedostatek kontrolních mechanismů, nesoustředěnost při

přípravě léků nebo hlučné prostředí, v němž se dávky připravují. Závažným prohrěškem ošetřovatelského personálu je chybná identifikace pacienta, a tedy chybně stanovená ošetřovatelská anamnéza. K častěji se vyskytujícím chybám patří také nedostatek vnímavosti personálu k měnícímu se klinickému stavu pacienta, opomenuté nebo chybně interpretované ordinace s neochotou ověřit si jejich správnost, chybná intervence a s ní spojená neochota požádat o radu lékaře. Chybou je také nedostatečná péče o periferní a centrální žilní katétr či o permanentní močový katétr nebo opomíjení polohování imobilních pacientů. Pochybením je také nedodržování hygieny rukou, nepoužívání jednorázových gumových rukavic při odběrech biologického materiálu nebo třeba při zavádění intravenózních kanyl. Důraz je třeba klást na prevenci vzniku pochybení a v tomto smyslu činit příslušná opatření. Je nutno přísně dodržovat standardy pro prevenci pooperačních komplikací, prevenci vzniku dekubitů, pneumonií, ale i pádů. Důležitou prevencí vzniku pochybení je ohlídat si, zda je naše komunikace s kolegy na pracovišti, ale i s pacientem opravdu efektivní. Měli bychom se také snažit pacienta zapojit do procesu péče.

Markéta Mikšová

Zdroj: www.vsdrav.cz,

www.osetrovatelstvi.info, mzd.gov.cz

▼ Inzerce



Sestra roku

- + Nominujte svou sestru za její práci a profesionální přístup k péči o klienty ve vašem zařízení.
- + Zviditelněte výzvy, se kterými se sestry setkávají, a podpořte tak obecné povědomí o této důležité pracovní oblasti.
- + Zviditelněte práci svých zdravotních sester a zdravotnických zařízení.

Neváhejte svou sestru nominovat do soutěže Sestra roku 2024 na webu: www.soutez-sestraroku.cz/registrace/





Organizátor

Generální partner

Hlavní mediální partner

Mediální partner



Klub pokusných morčat

The Guinea Pig Club od roku 1941 sdružoval letce RAF, kteří při plnění úkolů utrpěli těžké popáleniny. Vznik klubu byl jedním z mnoha báječných nápadů lékaře Archibalda McIndoea. Pochopil totiž, že k návratu do života potřebují jeho pacienti nejen plastickou chirurgii, ale i psychologickou podporu, nejlépe vzájemnou.

Archibald McIndoe pocházel z Nového Zélandu, narodil se 4. května 1900 v Dunedinu a v roce 1923 promoval na lékařské fakultě University of Otago. Nadějný mladý lékař hned následující rok získal stipendium na prestižní Mayo Clinic ve Spojených státech. Po skončení stipendia v roce 1928 zůstal na Mayo Clinic a věnoval se chirurgii. Vedl si výborně a brzy si vybudoval pověst rychle uvažujícího a zručného operátora. V kariéře hodlal pokračovat v Anglii, a tak se v roce 1930 přestěhoval do Londýna. Čekalo ho tu nepříjemné překvapení – příležitosti k uplatnění bylo málo, neměl patřičné konexe, a ještě ke všemu byl mladý. Ocitl se bez práce, ale naštěstí zjistil, že má v Anglii vzdáleného příbuzného jménem Harold Gillies. Tento Novozélanďan byl známý plastický chirurg, který se svými zákroky proslavil za první světové války. McIndoe ho oslovil a Harold Gillies mladému lékaři pomohl, pozval ho, aby se připojil k jeho soukromé praxi, a nabídl mu místo na klinice plastické chirurgie v nemocnici St Bartholomew's Hospital v Londýně. Pod vedením Gilliese se McIndoe přeškolil na plastickou chirurgii a brzy se stal vyhledávaným odborníkem v tomto oboru.



Zraněných bude hodně

3. září 1939 Velká Británie vyhlásila válku fašistickému Německu. Z Hitlerových plánů a zkušeností Britů z první světové války bylo okamžitě jasné, že velmi rychle dojde na hodně krvavý střet, a oni budou muset svoji ostrovní vlast hájit na moři i ve vzduchu, což bezesporu bude stát i mnoho mrtvých a těžce raněných, zejména letců. O raněné se bude třeba co nejlépe postarat a ošetřovat je. McIndoe, který byl v tu dobu ještě jeden z nemnoha specialistů na plastickou chirurgii, nezaváhal a okamžitě se dal do služeb armády. Už 4. září 1939 nastoupil do Queen Victoria Hospital v East Grinsteadu, aby tam vybudoval a vedl speciální oddělení pro léčbu popálených letců. Figurovalo tam pod názvem Centrum pro plastickou a čelistní chirurgii. Volba umístění Centra právě do East Grinsteadu v západní části Sussexu v jižní Anglii byla strategická, protože sem bylo

možné co nejrychleji přivážet letce zraněné nejen v bitvě o Anglii (10. července 1940 až 31. října 1940), ale i v dalších střetnutích mezi německou Luftwaffe a britskou Royal Air Force. Většinu ze zraněných tvořili Britové, ale byli tu i Kanadáné, Australané, Novozélanďané, Američané, Francouzi, Rusové, Češi a Poláci. Během bitvy o Británii představovali pacienti především stíhací piloti, do konce války se ale zhruba 80 procent těžce zraněných letců rekrutovalo z posádek britského Bomber Command.

Popáleniny od hurikánu

Počet zraněných letců, které vojenské sanitky přivážely do Centra pro plastickou a čelistní chirurgii Nemocnice královny Viktorie, v průběhu války narůstal. Lékaři a zdravotní sestry tu stále častěji ošetřovali pacienty se znetvořeními obličeje a vážnými popáleni-

nami. Hluboké popáleniny na tvářích a rukou letcům způsobovaly exploze paliva letadla, a tak zranění piloti a posádky letadla své úrazy nazývali „popáleniny od hurikánu“. Šlo ale o velmi specifickou vichřici – Hawker Hurricane je totiž britský stíhací letoun sloužící v RAF a v letectvech dalších spojeneckých armád během druhé světové války. Tento letoun spolu s ještě slavnějším Spitfirem tvořil základ britského stíhacího letectva během bitvy o Británii; v té byl v povědomí veřejnosti poněkud zastíněn právě Spitfirem, přestože „hurikáni“ Luftwaffe způsobily 60 procent ztrát při střetnutích a bojovaly na všech hlavních bojištích druhé světové války.

Experiment, který se podařil

Popáleniny jsou velmi bolestivá zranění, ty hluboké a hodně rozsáhlé mohou být i život ohrožující. Léčba popálenin dodnes bývá

bolestivý a dlouho trvající proces. Ještě na začátku 40. let 20. století standardní léčba hlubokých popálenin spočívala v aplikacích roztoku kyseliny tříslové do ran. Takový postup vycházel ze správného předpokladu, že tanin vysuší postižené místo, a následně bude možné odstranit odumřelou kůži. Fungovalo to, ovšem uvedený proces byl pro pacienta extrémně bolestivý, a navíc zanechával rozsáhlé jizvy. McIndoe proto vymyslel lepší řešení. Všiml si totiž, že popálení piloti, kterým se podařilo vyskočit z letadla do moře, byli po zhojení popálenin méně zjizvení než ostatní. Vyvinul proto praxi omývání ran fyziologickým roztokem, tedy 0,9% roztokem NaCl ve vodě. Zkusil tímto roztokem nahradit dosavadní kyselinu tříslovou – a vyšlo to. Okamžitě se ukázalo, že jde o mnohem jemnější a pacienty lépe snášený léčebný proces. Záhy bylo jasné i to, že fyziologický roztok zkracuje dobu hojení a zvyšuje míru přežití pacientů s rozsáhlými popáleninami. Na léčbu „fyzákem“ ještě po padesáti letech vzpomínal jeden z pacientů Centra. Na obou nohou měl od kolen dolů těžké popáleniny a první noc po přijetí ležel na nemocničním lůžku v bolestech a napůl v bezvědomí. Konečně se mu podařilo usnout, když ho probudil strašný pocit, že znovu dopadl do moře, ale kupodivu jen po kolena. Zařval, otevřel oči – a spatřil noční sestru. Tvářila se nerudně a nebylo divu; s kyblíkem fyziologického roztoku totiž trávila noc pravidelným omýváním popálenin pacientů. Roztok jim na ranách neměl úplně zaschnout, a tak jím na pacienty docela štědře špláchala.

Poněkud černý britský humor

McIndoe byl vynikající plastický chirurg, ale i velmi dobrý psycholog. Nikdy svým pacientům nesliboval zázraky, tím méně vzhled beze stop po úrazu. Šlo mu hlavně o to, aby lidé mohli co nejnornálněji fungovat. Letci, kterému po úraze nezbyly na hlavě uši, lakonicky sdělil, že mu tam vymodeluje aspoň něco, na čem mu budou držet brýle, a ať se nestará o to, jak to „něco“ bude vypadat. Stalo se, a s tím „něčím“ pacient vcelku spokojeně prožil další desítky let. McIndoeovi ovšem bylo jasné, že i pokud se mu podaří stav pacientů zlepšit a dát je co možná dohromady, stejně si kvůli popáleninám ponesou trvalé a nejspíš i značně viditelné trvalé následky, možná větší na duši než na těle. Proto vymyslel a dal dohromady klub, který jeho členové nazvali The Guinea Pig Club: „Klub pokusných morčat“. Název ironicky odkazující na morčata coby tradiční laboratorní

zvířata s poněkud černým britským humorem připomínal experimentální povahu technik a zařízení používaných Archibaldem McIndoem, klubovým otcem zakladatelem. V červnu 1941, kdy klub vznikl, ho pacienti i zaměstnanci Centra láskyplně oslovovali „šéfe“, případně „maestro“. Ne že by neměl značnou autoritu, jen se sám nebral příliš vážně, a oni cítili, že si to mohou dovolit. Měli ho rádi a netušili, že si tak trochu utahují z člověka, který po válce obdrží Řád britského impéria, a jednoho z pionýrů rekonstrukční plastické chirurgie.

Jste pro ně hrdinové a ty jizvy jim nevaří

Archibald McIndoe si také uvědomoval, že část jeho pacientů bude muset zůstat v nemocnici několik let a podstoupit řadu rekonstrukčních operací. Považoval za důležité, aby mohli žít i společenský život a aby se i přes mnohdy velmi patrné postižení začlenili do běžného fungování. Klub jim měl pomáhat nejen vyrovnat se s následky toho, co se jim stalo, ale i je připravit na život venku, do kterého dříve či později každý z nich bude muset vstoupit a zařadit se do něj. Už v průběhu rekonvalescence proto vedli pokud možno normální život. Místo nemocničního županu nosili vlastní oblečení nebo uniformy, hlavně ale mohli opouštět nemocnici. Místní rodiny byly vyzvány, aby je přivítaly jako hosty, a ostatní obyvatelé, aby se k nim chovali jako ke komukoli jinému. A tak se East Grinstead brzy stal městem, kde se nezírá. V dokumentu natočeném na přelomu tisíciletí, kdy klub ještě existoval, jeden z jeho členů vzpomíná, že k velkému a radostnému překvapení pacientů viditelné následky zmrzačení nijak neodrazovaly místní děvčata od přijímání jejich milostných návrhů, ba dokonce naopak. Zcela jistě to muselo hodně zvednout jejich sebevědomí a chuť vrátit se co nejdříve do normálního života. Efekt byl úžasný, vztahy jen kvetly a řada „morčat“ se v městečku nebo přímo s některou slečen z personálu nemocnice i oženila.

Povstaňte na chirurgovo volání!

Je třeba dodat, že spolek vznikl především jako „píjácký“ klub, McIndoe povolal svým mladým pacientům konzumaci alkoholu a rád je i sám zval na skleničku a připojoval se k jejich společenským akcím. Členy Klubu bylo na začátku několik desítek (celkem 39) pacientů, chirurgové a anesteziologové z personálu nemocnice

a přátelé, kteří svými finančními dary a pomocí přispívali k lepšímu životu pacientů. Kritérium členství splňovali pacienti, kteří patřili mezi výkonné letce a prošli alespoň dvěma chirurgickými zákroky. Na konci války měl klub už 649 členů. Klub měl i svoje symboly – jeho známkou bylo okřídlené morče, vlastně morče-letadlo. Členové klubu také rádi a zplna hrdla při každé příležitosti zapěli vlastní klubovou hymnu:

*My jsme McIndoeova armáda,
my jsme ta jeho morčata.
Se záplatami z kůže,
skleněnými očima, parukami a umělými zuby,
jsme dodrželi slib.
A budem dál křičet ze všech sil:
Přes překážky ke hvězdám!
Raději bychom pili, než bojovali.
John Hunter pustí plyn,
Ross Tilley vede nůž.
A pokud nebudou opatrní,
uhasí plamen tvého života.
Takže, Morčata, povstaňte
na chirurgovo volání.
A když jeho ruka nebude pevná,
budete bez uší!*

Farmář i zakladatel asociace plastických chirurgů

Činnost Klubu pokusných morčat pokračovala i po válce, jeho členové se scházeli až do roku 2007. Nešlo jim jen o přátelská setkání veteránů spojená s mohutným popíjením (začínala v pátek a končila v neděli předdobovým drinkem), ale i o pomoc a mentoring vojákům s obdobnými zraněními, jaké kdysi utrpěli oni sami. Učili je, jak používat ruce po devastujících popáleninách, ale hlavně jim vlastním příkladem dodávali kuráž a víru, že žít se dá docela dobře, pokud člověk neztratí humor a nadhled. Pokud jde o další osud Archibalda McIndoea, po válce začal farmářit ve východní Africe. Na svoji profesi ale ani tam nezapomněl, pomohl tam založit Africkou lékařskou a výzkumnou nadací. V Británii se podílel na založení Britské asociace plastických chirurgů a později působil jako její prezident. Archibald McIndoe zemřel v roce 1959 ve věku 59 let. Smrt měl mírnou, zemřel doma a ve vlastní posteli – ve spánku ho postihl infarkt. Jeho popel byl uložen v londýnském kostele Royal Air Force St Clement Danes. Jeho odkaz žije v Blond McIndoe Research Foundation, která byla otevřena v Queen Victoria Hospital v roce 1961 a dodnes pokračuje ve výzkumu léčebných postupů ke zlepšení hojení ran.

Jana Jílková
Foto: Wikipedia

KÁVA PRO KAŽDOU PŘÍLEŽITOST

Dallmayr



Spojte se s námi: tel. 222262155
info@Dallmayr.cz www.Dallmayr.cz




Cadenza[®]

*Profesionalita
a prestiž*

Dopřejte si
i v práci

kvalitu, pohodlí
a styl



Novinka

Šaty TARA

Dámské šaty volného střihu ve stylu oversize.

Nosit lze s páskem nebo bez. Šaty šijeme ve dvou délkách.

Materiál: 100% bavlna, flámkový úplet, 160 g/m²

V nových barvách: 

www.cadenza.cz