

1
2023



Rozhovor s docentem Milanem Sovou

www.zamcasopis.cz

str. 10

**Týrané a šikanované
děti v ordinacích...**

str. 2

**Akutní stavy
v otorinolaryngologii**

str. 22

**Depresivní pacient
v ordinaci praktika**

str. 24

Představujeme novinku...

Ján Dudra

Soukromé zdravotní pojištění



Je soukromé zdravotní pojištění (SZP) důležitým, nebo nepodstatným elementem na scéně zdravotnických systémů? Jedním z hlavních problémů a výzev SZP je udržení principu spravedlnosti a dostupnosti zdravotní péče pro všechny bez rozdílu. Na trhu se poprvé objevuje publikace, která systematickým způsobem a s pomocí řady příkladů detailně rozebírá vybrané demografické, ekonomické a zdravotnické charakteristiky jedenácti zemí nejen z EU (včetně Japonska a Kanady), ale především USA, kde je tento typ pojištění dominantní. Významným přínosem je také autorova analýza možností implementace SZP v podmínkách ČR, přičemž kriticky hodnotí ekonomické, společenské a behaviorální aspekty zavedení takového pojištění. Předložené alternativy

ní způsoby financování zdravotnictví jsou zároveň výzvou pro politické elity jako možné východisko kritického nedostatku financí ve zdravotnictví.

Autor je zkušený manažer zdravotní péče s rozsáhlými a ověřenými poznatky z řízení týmů a nemocnic v České republice a na Slovensku. Rukopis recenzoval rytíř lékařského stavu, přední český chirurg prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., a prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA.

V prodeji na e-shopu www.eezy.cz za cenu 239 Kč



Objednávejte na www.eezy.cz

EEZY Publishing, s.r.o.

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

Všem přeju hladké probruslení celým rokem 2023!

Je tu leden, začátek nového roku. Každý začátek je spojen s nějakým očekáváním, s nadějí, že se věci obrátí k lepšímu. Také jsem byla v mnoha očekáváních. Leč asi jsem očekávala příliš, a tak jsem žádnou pozitivní změnu nezaznamenala. Skoro mi přijde, že vše, co by si zasloužilo zlepšení, se jen přelilo za ono magické datum 1. 1. 2023.

Mojí poslední nadějí je rčení „Jak na Nový rok, tak po celý rok“. Hned prvního ledna jsem vyrazila na brusle. Na led jsem vjela a s odhodláním sobě vlastním jsem probruslila zaplacený čas bez sebemenšího zaváhání. To mi dává jakousi naději na to, že i zbytkem roku probruslím hladce.

První lednové číslo časopisu Zdravotnictví a medicína jsme plánovali už od konce listopadu, abychom všechno stihli i přes pár dní volna během vánočních svátků. První rozhovor letošního roku není příliš veselý. Rozhovor mi poskytla MUDr. Alena Šebková, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, a tématem bylo týrání a šikanování dětí, se kterými se dětští praktici setkávají ve svých ordinacích. Dobrou zprávou je, že týraných a šikanovaných dětí je v naší společnosti zlomek, špatnou zprávou je, že vůbec jsou a že pomoc jim nemusí být vůbec snadná.

Tématem druhého rozhovoru byla plicní onemocnění a zpovídala jsem docenta Milana Sovu, předsedu České aliance proti chronickým respiračním onemocněním a přednostu Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy Fakultní nemocnice Brno.

V tomto případě je dobrou zprávou, že léčba plicních onemocnění ušla kus cesty a s mnoha nemocemi si umí poradit.

Kolegyně Jana Jílková do lednového čísla přispěla třemi články. V jednom se zaměřila na problém depresí v ordinacích praktických lékařů. V článku kromě jiného zmiňuje, že deprese mohou být přidruženým symptomem dalšího onemocnění. Jana nezapomněla ani na článek do rubriky Historie medicíny a tentokrát si z pestrých dějin medicíny vybrala transfuzi krve.

V odborné části se můžete seznámit se zpravodajstvím z Pražského urologického semináře a z Mezioborového sympozia pracovní skupiny pro management nežádoucích účinků protinádorové imunoterapie. Odborných článků v časopise najdete mnohem víc a všechny jsou zajímavé.

Přemýšlela jsem, jak první editorial letošního roku zakončím. Chtěla jsem být originální, a tak jsem začala hledat zajímavosti týkající se tohoto měsíce. Zde je, co jsem dohledala. V českém jazyce je leden měsíc ledu, odtud pramení jeho název, naopak většina jiných jazyků název měsíce odvozuje od latinského Ianuarius, tento název je odvozen od jména boha římské mytologie Januse. Janus byl bůh dveří, ale také začátků a konců.

Hodně zajímavá mi přijde tato informace: Leden začíná stejným dnem v týdnu jako květen předcházejícího roku. Ověřovala jsem to a ono to tak vážně je!

A ještě jsem dohledala tyto dvě zajímavosti, vlastně rekordy. Nejvyšší lednová teplota zaznamenaná během měře-



ní v pražském Klementinu připadla na 12. ledna 1993 a naměřeno bylo 17,4 °C, naopak nejnižší teplota připadla na 31. ledna 1830, kdy teploměr klesl na neuvěřitelných -27,5 °C! Předpokládám, že v tu dobu byla Vltava zamrzlá a že se na ní dalo bruslit. Ještě můj tatínek, který mládí prožil v pražském Podolí v chalupě pár metrů od Vltavy, na řeku bruslit chodil a vyprávěl mi, jak led lámali ledaři a koňským spřežením ho po celý zbytek roku z ledáren rozváželi do podolských hospod, aby hospodští mohli chladit pivo na správnou teplotu.

Bruslením jsem začala, bruslením i skončím. Za celou redakci všem čtenářům přeji hladké probruslení celým rokem 2023!

Petra Kvitová

šéfredaktorka

OBSAH

ZAM

Zdravotnictví a medicína

OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

■ Editorial	1
■ Týrané a šikanované děti v ordinacích praktických lékařů	2
■ Obezita může způsobit neplodnost i potrat	4
■ Černý kašel je i dnes problém	6

■ Infarkt ženám hrozí později než mužům	7
■ Diabetologové chtějí moderně léčit více pacientů	8
■ Systém více pojištěn Češi chtějí a jeho podpora roste	9
■ V Česku léčíme asi 150 tisíc pacientů s CHOPN	10
■ Zprávy z regionů	14

MEDICÍNA

■ Screening karcinomu prostaty	17
■ Nemoci trávicího traktu jsou na vzestupu	20

■ Akutní stavy v otorinolaryngologii	22
■ Depresivní pacient v ordinaci praktického lékaře	24
■ Jaké dávky vitamínu D jsou pro děti bezpečné?	27
■ ČR zůstává zemí s relativně nízkou úrovní infekce HIV/AIDS	29
■ Robotická kolorektální chirurgie	31
■ Moderní vzdělávání v anesteziologii a intenzivní medicíně	33
■ Léčení krví má dlouhou a zajímavou historii	38
■ Nabídka práce	40

Týrané a šikanované děti v ordinacích praktických lékařů

*Praktičtí lékaři se čas od času ve svých ordinacích setkají s dětmi, které jsou týrané. Tyran dítěte nejčastěji pochází z rodiny, tedy z okruhu, který je dítěti nejbližší a měl by být tím, co dítěti poskytuje pocit bezpečí a ochranu. „Malé děti jsou zastrašovány pachateli, jsou nuceny udávat jiný důvod úrazu, než je skutečná příčina jeho vzniku, protože se bojí,“ říká **MUDr. Alena Šebková**, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.*

Paní doktorko, jak často se v ordinaci setkáváte s týranými dětmi? Jsou to spíše výjimky, nebo jde o čísla, která kvůli své závažnosti jsou alarmující, i když jsou v menšině?

Já osobně jsem ještě fyzické týrání u svého pacienta nezachytila. Spíše spolupracuji s OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí, pozn. red.) kvůli zanedbávání péče o děti. Obecně jsou ale případy týrání jistě častější, než jsou oficiální statistiky. Problém je, podle mého, více v týrání psychickém, které se dokazuje podstatně hůř než fyzické a jemuž jsou vystavovány děti častěji. Podívejte se například, kolik se rozvádí manželství nebo rozcházejí partnerů a svoje „dospělé“ problémy si řeší přes děti, aniž by si vůbec připustili, jak moc dětem ubližují.

Máte třeba z terénu nějaké odhady, konkrétní čísla či zkušenosti, zda k odhalení týrání dochází spíše v ordinacích praktiků, nebo v nemocnicích? Případně které insti-

tuce mají šanci na tento problém v rodině upozornit?

Osobně si myslím, že častěji mají šanci zachytit takové dítě učitelé v mateřské či základní škole. Dítě tam pobývá dlouho, známkou problému může být změna chování, zhoršení v učení a tak podobně. V našich ordinacích jsme „omezení“ termíny preventivních prohlídek, od roka a půl nevidíme dítě nijak často, pokud nestůně. Určitě je dobré znát řádně rodinnou anamnézu dítěte, tedy prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Tam můžeme zaznamenat některé rizikové momenty a být obezřetnější.

Co ukazuje praxe vaše i kolegů, kdo je nejčastěji tím, kdo dítě týrá, případně zneužívá?

Ve většině případů jsou to nejbližší osoby dítěte.

Pokud je dítě týrané, jde spíše o malé děti, které třeba ještě ani nemluví či neumí svo-

je pocity dokonale formulovat, nebo o děti větší, které by sice problém uměly popsat, ale mají strach?

Opět by bylo třeba pro přesnou odpověď znát statistiky, ohrožené jsou všechny děti, ale častěji zejména kojenci. A ti navíc skutečně nic nepovědí. Nicméně malé děti jsou zastrašovány pachateli, jsou nuceny udávat jiný důvod úrazu, bojí se. U starších dětí se ještě přidává stud, mají pocity viny, mnohdy myslí, že oni jsou tak špatní, že si mohou za vše sami.

Je něco, co je pro rodinu, kde dochází k týrání, typické? Je něco, co na týrání umí ukázat? Jsou nějaké indicie, kterých je možné si všimnout ihned poté, co dítě s rodičem vejde do ordinace?

Nic takového jednoznačného není. Problém je v tom, že dítě může být týrané i v tzv. „normální“ rodině. Rodiče mohou být vysokoškolsky vzdělaní a mohou mít velmi dobré ekonomické postavení. To znamená, že představa, že se tento problém projeví pouze v rodině sociálně slabé, v rodině, kde dochází například k užívání návykových látek rodiči, je lichá. A tady si většinou společnost dává větší pozor. Fyzické týrání poznáme asi lépe – vždy, když má dítě projevy nějakého úrazu, musí být udaná příčina shodná s projevem. Pokud nejsou známky fyzického násilí, musíme si všimnout chování dítěte, jeho změny, fungování v kolektivu a tak podobně. Mezi známky zanedbávání patří například neprospívání dítěte, jeho sociální či mentální zaostalost. Je to poměrně složité.

Pokud se pediatr setká v ordinaci s dítětem, u kterého má podezření, že je týrané, jak by měl postupovat?

Prvotní je řádná anamnéza a přesný zápis do zdravotnické dokumentace. Další postup se odvíjí od tíže problémů a toho, zda jsou známky jasné, či jsme ve stadiu





podezření. Situaci je třeba rozebrat. Někdy může být celý problém v nezralosti a malé rodičovské kompetentnosti rodičů, nikoli ve zlém úmyslu. Každý rodič původně také vyrůstal v rodině jako dítě a může si nést výchovné návyky, které mu přijdou jako normální, přestože jsou společensky nepřijatelné. Tam je úloha lékaře výchovná, poradní.

Na druhé straně je třeba si uvědomit, a musí to tak vnímat i veřejnost, že lékař je povinen, pokud pojme takové podezření, věc ohlásit. Lékař nesoudí, od toho jsou orgány sociálně-právní ochrany dětí či orgány činné v trestním řízení. A na prvním místě je pro dětského praktika zájem dítěte. Tedy tím, komu se primárně ohlašuje, je OSPOD. Policie ČR je namísto v případě jasných známek především fyzického týrání nebo sexuálního zneužití, kde je dokonce povinnost lékaře i přerušit možnost dalšího násilí.

Funguje v tomto směru nějak koordinace či spolupráce se školními a předškolními zařízeními?

Koordinace by byla určitě přínosná, ale bohužel není možná. Škola nesmí lékaře informovat a lékař se nesmí informovat ve škole. V tomto ohledu by byla potřebná změna zákona, ale to je samozřejmě na dlouhé lokte. Jediná možnost spolupráce mezi školou a PLDD (praktický lékař pro

děti a dorost, pozn. red.) je v rámci případových konferencí v rámci OSPOD.

Pro lékaře je asi těžké si připustit, že má v rukách týrané nebo zneužívané dítě, nicméně v danou chvíli musí nějak komunikovat s rodičem, jak taková komunikace vypadá?

PLDD se musí chovat profesionálně, i když i on sám může cítit z takové situace úzkost či se může cítit minimálně nepříjemně. Je nutný pozitivní verbální i neverbální přístup, vldný tón. Cílem rozhovoru jsou informace, které souvisejí se vznikem poranění nebo potíží. Sdělení by mělo přednést dítě, tam, kde to lze, rodiče by měli doplňovat. Nikdy nesmíme konfrontovat dítě s rodiči. Musíme si všimnout chování dítěte i rodičů. Lékař nesmí tvořit „koalici“ s jedním z rodičů. Pokud jsou rodiče nespokojeni, je třeba reagovat racionálně – „plním svou povinnost“. Pokud propouští lékař dítě z ordinace, otevírá možnost spolupráce, takovou rodinu je třeba neztratit z dohledu. Jestliže se již dál nedostaví nebo je podezření skutečně důvodné, musí lékař splnit svoji ohlašovací povinnost.

Určitě se v praxi setkáváte i s dětmi šikanovanými ve škole či jiném dětském kolektivu, co vás přivede k myšlence, že dítě je šikanováno? Mívají třeba rodiče sami podezření na probíhající šikanu u svého dítěte?

Oběť šikany může mít samozřejmě známky fyzického násilí. Dochází ke změně chování, k somatizaci – dítě často bolí břicho, hlava, nejčastěji po ránu, nechce jít do školy. Nechce se účastnit školních akcí, přestávky tráví mnohdy mimo kolektiv. Často „ztrácí“ pomůcky, chybí mu oblečení. Horší se v prospěchu, může se z něj stát i záškolák. U starších dětí vidáme mnohdy i sebepoškozování, projevy poruch příjmu potravy. Mohou být poruchy spánku a v těžších případech i sebevražedné myšlenky či dokonce pokusy.

Má lékař nějakou možnost pomoci šikanovanému dítěti?

Dětský praktik se s takovým dítětem setká především právě při somatizaci potíží – dítě přichází do ordinace pro bolesti břicha, hlavy, případně pro jiné potíže. Nebo se samozřejmě může stát, že rodič přichází žádat o radu. PLDD v tomto případě může doporučit psychologickou intervenci a rozhodně řešení na místě, tedy ve škole.

Máte podle zkušeností z praxe pocit, že jsou možnosti, jak může lékař zasáhnout do problému týraného dítěte, případně šikanovaného dítěte, dostatečné? Nebo je něco, co by lékaři uvítali, co by jim v těchto případech pomohlo, nějaká úprava legislativy a podobně?

Pokud se podíváte na definování zákona, kdy má lékař ohlásit, je de facto velmi nejasné.

Lékař má ohlásit, pokud „tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí“.

Co si z toho vzít? Další věc je, že kdokoli jiný oznámí podezření či událost na OSPOD, může zůstat v anonymitě, lékař ne.

A představte si situaci ordinace na malém městě, když příslušné orgány podezření nepotvrdí...

O nemožnosti spolupráce školy a PLDD bez vědomí rodičů jsem se již zmínila výše.

Co byste českým pediatriům a jejich pacientům přála do roku 2023?

Do roku 2023 přeji všem pevné zdraví, pevné nervy a hromadu štěstí, to je sice obligátní, ale jistě potřebné.

Speciálně praktickým dětským lékařům bych přála, aby se stal zázrak a měli jsme zástupy mladých kolegů ke generační výměně.

A rodičům dětí přeji, aby všichni našli svého praktického dětského lékaře.

Obezita může způsobit neplodnost i potrat

Těhotné ženy, které jsou zároveň obézní, mají až o třetinu vyšší riziko, že nedonosí dítě. Potvrzují to nejnovější výsledky španělské studie Ženská obezita zvyšuje riziko potratu geneticky zdravého embrya. Vysoká tělesná hmotnost mužů i žen také často brání už samotnému početí. V tuzemsku se s obezitou podle Českého statistického úřadu potýká každý pátý Čech a Češka. Specialisté očekávají, že lidí s nadváhou bude nadále přibývat, a to vlivem zhoršující se ekonomické situace.

„V rámci Evropy jsme jedni z nejobéznějších. Každý druhý Čech má nadváhu a pětina se potýká s obezitou. Tato statistika se významně promítá i do našeho oboru asistované reprodukce (IVF). Obezita rodičů ovlivňuje léčbu už od prvopočátku, včetně její úspěšnosti,“ vysvětluje specialista na asistovanou reprodukci MUDr. Tomáš Bagócsi z kliniky Reprofit. Obezita, která je definována jako BMI (body mass index) vyšší než 30, brání v úspěšném početí dítěte jak mužům, tak ženám.

V ženském těle nadbytek tuku způsobuje hormonální nerovnováhu, nepravidelný menstruační cyklus a ztrátu ovulace. Potenciální matky tudíž nemohou přirozeně otěhotnět. Vyhráno ale nemají ani s pomocí specialistů na léčbu neplodnosti. „Umělé oplodnění u obéznějších žen je komplikovanější než u žen se zdravou tělesnou hmotností, zaznamenáváme například nižší účinek injekcí, složitější anestezii i odběr vajíček. Ani v případě, že žena skutečně otěhotní, není šťastný konec zaručen. Obézní ženy mají v těhotenství

problémy například s cukrovkou nebo vysokým krevním tlakem. Ohrožený je ale i plod, a to vrozenými vývojovými vadami nebo potratem. Obézní ženy mají až o třetinu vyšší riziko nedonošení dítěte. Ani IVF není schopné tyto hrozby odstranit,“ říká MUDr. Bagócsi a dodává: „Z nejnovějšího výzkumu španělských vědců víme, že embrya obézních žen nejsou méně kvalitní. Ztrátu plodu nejspíš způsobuje hormonální a metabolická nerovnováha v těle matky.“ Specialista také upozorňuje na to, že se z matky na dítě v děloze přenáší i predispozice k obezitě.

Kila navíc vadí u žen i mužů

Odborníci na IVF a gynekologové radí pacientkám, které plánují otěhotnět, aby se pokusily svoji váhu snížit. Obvykle před podstoupením léčby doporučí ženám také návštěvu dalších odborníků z řad diabetologů a kardiologů, aby vyloučili možné zdravotní problémy, které s sebou obezita přináší. „Doporučuji jim

také spolupráci s dietologem a osobním trenérem. Je důležité postavit se k problému komplexně. Nestačí před vložením embrya krátkodobě zhubnout, je potřeba si zdravou váhu udržet. Dítě bude matku potřebovat i za dalších patnáct let. Délka dožití se přitom vlivem obezity významně zkracuje,“ vysvětluje MUDr. Štěpán Machač, Ph.D., předseda výboru Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLS JEP a lékař z IVF Clinic.

Obezita způsobuje problémy s početím i u mužů – čím vyšší mají BMI, tím horší jsou výsledky jejich spermioqramu. „Tuková tkáň není jen pasivní schránka na kalorickou zásobu, ale aktivní součást těla. Tuk produkuje nadbytek estrogenu, který vede u mužů k potlačení testosteronu, a tím i poklesu libida a zhoršení kvality spermií,“ popisuje MUDr. Bagócsi. Současně se snížením hmotnosti mohou potíže s početím vymizet, a to jak u mužů, tak u žen. Budoucí otcové spolu se zdravou tělesnou váhou získají také dobré výsledky spermioqramu a ženy pravidelný menstruační cyklus s ovulací. „Už pětiprocentní pokles hmotnosti může nastartovat u části pacientek ovulaci. Platí, že s každým ztraceným kilem se zvyšuje šance na odstranění problémů s plodností. Problematické je to u starších žen nad 36 let věku, protože hrozí, že v mezíchase, kdy hubnou, dojde k významnému zhoršení kvality jejich vajíček,“ upozorňuje MUDr. Bagócsi.

Obézní pacientky i pacienti vyhledávají specialisty na reprodukci stále častěji a podle lékařů se trend nezmění ani v budoucnu. Situaci nepřeje ani pokles životní úrovně párů spojený s horšící se ekonomickou situací. „Vlivem úspor lidé omezí své výdaje za koníčky a sport. Zároveň budou nakupovat levnější a méně kvalitní jídlo. To bezesporu současnou epidemii obezity ještě zhorší,“ uzavírá MUDr. Machač.

(htl)





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.

VZP ČR připravila pro smluvní partnery nové motivační programy na rok 2023

V této Poradně představíme nové motivační programy VZP PLUS, které jsou určeny všeobecným praktickým lékařům (VPL), praktickým lékařům pro děti a dorost (PLDD), praktickým zubním lékařům, ambulantním gynekologům a ambulantním specialistům. Zaměřeny jsou na zvýšení dostupnosti zdravotní péče, na zlepšení její kvality a organizace a na prevenci.

Oproti loňskému roku došlo k restrukturalizaci programu VZP PLUS a k ukončení programu kvality péče AKORD, a to k 31. 12. 2022. Některé cíle a dosavadní bonifikace realizované v rámci programu AKORD jsou včleněny do nových programů určených VPL a PLDD. VZP ČR je připravena smluvním poskytovatelům, kteří se do programu zapojí, vyplatit na bonifikacích v roce 2023 v součtu až 1,3 mld. korun.

Bonifikace mají motivovat poskytovatele např. k otevření ordinací v definovaných oblastech se zhoršenou dostupností péče. Za jejich otevření mohou získat bonus až 800 tisíc korun (v případě VPL a PLDD), resp. 500 tisíc korun (v případě stomatologů), který bude násoben podílem počtu pojištěnců VZP ČR v dané oblasti. Další bonifikace mají motivovat k registraci nových klientů do péče poskytovatele, k rozšíření ordinací nad 30 hodin týdně nebo k účasti pojištěnců na preventivních prohlídkách a screeningových programech, resp. na nepovinných očkováních.

O jaké programy se jedná?

- VZP Plus pro všeobecné praktické lékaře
- VZP Plus pro praktické lékaře pro děti a dorost
- VZP Plus pro praktické zubní lékaře
- VZP Plus pro ambulantní gynekology
- VZP Plus pro ambulantní specialisty



Ing. Miroslav Janků, Ph.D.
ředitel oddělení ambulantních
zdravotnických zařízení

Komu je program určen?

Program je pro všechny smluvní poskytovatele zdravotních služeb, kteří splňují tzv. vstupní podmínky. Ty se pro jednotlivé programy ve svých parametrech liší.

- **Rozsah a rozložení ordinací doby**
VPL, PLDD a gynekologové musí mít na pracovištích ordinací hodiny v rozsahu minimálně 30 hodin týdně rozložené do pěti dnů v týdnu (příp. gynekologové 24 hodin rozdělených do čtyř dnů v týdnu, pokud se lékař podílí na službách u poskytovatele lůžkové péče).

- **Počet registrovaných pojištěnců**
Pro každé pracoviště je stanoven minimální počet registrovaných pojištěnců

VZP ČR, který vychází z údajů o podílu pojištěnců VZP ČR v jednotlivých okresech. Pro VPL je minimální počet registrovaných stanoven jako násobek čísla 600 a podílu pojištěnců VZP ČR v daném okrese. Pro PLDD se jedná o násobek čísla 300 a pro gynekology násobek čísla 500. V případě stomatologů je hodnota dána násobkem čísla 600 a podílu pojištěnců VZP ČR v daném okrese, přičemž podmínka musí být splněna alespoň na 50 % pracovišť.

• Povinnost registrace nových klientů

Pro každé pracoviště je stanovena tzv. kapacita. Pokud jí není dosaženo, je poskytovatel povinen do péče registrovat nové pojištěnce. Kapacita je dána jako násobek předpokládané kapacity registrovaných pojištěnců pro jedno smluvní pracoviště v dané odbornosti, která byla stanovena ve spolupráci se zástupci poskytovatelů, a podílem pojištěnců VZP ČR v daném okrese. V případě VPL, resp. PLDD, je předpokládaná kapacita stanovena na 2 000, resp. 1 800 přepočtených dle věkových indexů, pro gynekology na 2 500 a pro stomatology na 1 200 pojištěnců.

• Preventivní prohlídky

Podíl klientů, kteří absolvovali preventivní prohlídku v uplynulých třech letech, musí dosáhnout u VPL 15 %, u PLDD a u gynekologů 30 %.

• Komunikace s VZP ČR

Poskytovatelé musí komunikovat a předávat faktury VZP ČR elektronicky, prostřednictvím VZP POINT, resp. s využitím B2B služeb.

Černý kašel může být i dnes problém

Černý kašel neboli pertuse je nebezpečný zejména pro malé děti. Protilátky proti němu si vybudují až po prvním očkování ve dvou měsících věku. V době, kdy jim hrozí největší riziko závažného průběhu, nejsou před touto nemocí chráněny.

Z desítek tisíc případů nákazy ročně po zavedení plošného očkování sice výskyt černého kašle klesl na jednotky až desítky a došlo k výraznému snížení počtu úmrtí, po roce 1993 však počet nemocných v pravidelných 2–5letých cyklech stoupá na stovky až tisíce případů za rok. To svědčí o trvalé přítomnosti bakterie *Bordetella pertussis* – původci onemocnění – v populaci.

Očkování nezajistí celoživotní ochranu

Černý kašel se přenáší vzdušnou cestou kapénkami, které vznikají při kašlání, kýchání nebo smrkání. Projevu se typickými záchvaty kokrhavého, sípavého kašle, které mohou trvat týdny až měsíce. „Nejrizikovější je pertuse pro neočkované nebo neúplně očkové děti, ale také pro starší či chronicky nemocné pacienty trpící astmatem nebo CHOPN. U nich může dojít k těžkému zápalu plic s dechovou nedostatečností a oběhovým selháním, které může vést až k úmrtí,“ říká praktický lékař MUDr. Michal Lazák. Zdrojem nákazy jsou přitom nejčastěji nejbližší příbuzní – až 75 % dětí se nakazí v domácím prostředí.

Očkování proti černému kašli je v ČR povinné a je součástí hexavakcíny, která se podává dětem od dvou měsíců věku. Poskytuje však pouze časově omezenou ochranu po dobu přibližně 4–12 let. Očkování v dětství ani překonání nemoci před infekcí celoživotně neochrání a většina populace je k ní stále vnímavá – černý kašel proděláme v průměru 2–3× za život. Nejvyšší nemocnost je v současné době mezi dospívajícími a dospělými. „V tomto věku může mít onemocnění mírnější průběh, takže se projeví pouze jako obvyklé, dlouhotrvající pokašlávání. Není proto vždy snadné jej rozpoznat. Mnoho lidí jej považuje za běžné nachlazení nebo alergie, přitom jsou nosiči vysoce infekčního a nebezpečného onemocnění,“ upozorňuje MUDr. Lazák.

Jak ochránit ty nejmenší?

Jedním ze způsobů ochrany nejmenších dětí je tzv. „cocoon strategie“, kdy jsou



MUDr. Michal Lazák

foto: archiv Michala Lazáka

proti pertusi očkováni všichni v okolí – rodiče, sourozenci, prarodiče a další osoby, které s dítětem přijdou do styku během prvního roku života. Ideální je využít kombinovanou vakcínu a spojit toto očkování s přeočkováním proti tetanu. Kombinované vakcíny navíc obsahují očkovací látku proti záškrtu, který se u nás letos poprvé od roku 1995 znovu objevil, a to u pěti pacientů. Vzhledem k nárůstu hlášených případů i v jiných evropských zemích doporučuje přeočkování proti záškrtu v dospělosti také Světová zdravotnická organizace.

Bezpečné očkování pro matku i dítě

„Nejlepším způsobem ochrany dětí před pertusí je očkování ženy v závěru těhotenství. Imunita, kterou nastávající maminka získá, se přenese na dítě přes placentu a po porodu

dochází k vylučování specifických protilátek do mateřského mléka. Dalším efektem očkování v těhotenství je i ochrana matky před infekcí a tím snížení rizika nákazy novorozence a kojence,“ říká MUDr. Lazák. Nejvhodnější doba pro podání vakcíny je během třetího trimestru, nejpозději dva týdny před očekávaným porodem. Tím se maximalizuje šance přenosu protilátek z matky na dítě.

Očkovat těhotné ženy jednou dávkou kombinované vakcíny proti černému kašli, záškrtu a tetanu doporučuje i Národní imunizační komise. Jde o bezpečný způsob ochrany, který – jak potvrdila rozsáhlá metaanalýza, v níž bylo sledováno celkem 90 000 těhotných žen – nepředstavuje zvýšené riziko pro matku, plod ani dítě. Ženám, které nejsou očkovány v těhotenství, se doporučuje nechat se očkovat ihned po porodu, aby se minimalizovalo riziko přenosu onemocnění na novorozence.

(red)

Infarkt ženám hrozí později než mužům, ale může mít horší průběh

Tlak na hrudi a tím způsobené pocení nebo nevolnost – až potud jsou příznaky infarktu stejné jak u žen, tak u mužů. U žen se však často hlásí neurčitě – bolest na hrudi je nevýrazná, stěží popadají dech a cítí se celkově slabě. Přicházející zdravotní hrozbu si tak nemusí uvědomit včas a pomoc vyhledají pozdě. Zatímco v mládí je navíc před infarktem chrání hormony, v pozdějším věku se, co se rizika vzniku infarktu týče, vyrovnají mužům. I kvůli špatné životosprávě.

Hlavní příznaky infarktu obě pohlaví sice sdílí, lékaři však upozorňují na rozdíly. „Ženy mají častěji netypické příznaky, jako je necharakteristická bolest na hrudi, pocit dechové tísně, slabosti nebo žaludeční nevolnosti. Tyto příznaky si na rozdíl od typické palčivé bolesti na hrudi mohou zaměnit s jinou příčinou. Kvůli tomu se také u nich onemocnění diagnostikuje později a hůře, a později se tak dostávají i k účinné léčbě,“ říká prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC, předseda České kardiologické společnosti. Kromě zvláštních příznaků samotného infarktu lékař upozorňuje na to, že se liší

i následky. „U žen často nacházíme větší poškození malých cév, které lze léčebně těžko ovlivnit. Proto je prognóza jejich infarktu i přes adekvátní léčbu často horší než u mužů,“ popisuje prof. Linhart.

Přesto je podle něj stále riziko infarktu významnější u mužů, kteří jej dostávají ve výrazně nižším věku – v průměru v 65 letech. U žen se onemocnění vyskytuje až kolem 71. roku. Každoročně pak s infarktem do českých nemocnic putuje přibližně 14 000 pacientů.

„U žen je v mladším věku infarkt myokardu relativně vzácný. Hlavní ochranou je jejich hormonální aktivita.

Po menopauze však hladina hormonů klesá a ženy od infarktu neochrání,“ říká prof. Linhart.

Čas hraje hlavní roli

Ženy mají díky hormonům velkou výhodu, stoprocentně je však před infarktem neochrání ani v období před menopauzou. „Přestože je to méně časté než u mužů, i ženu může postihnout infarkt v mladším věku. Často je to v souvislosti s nahromaděním rizikových faktorů, jako je kouření, diabetes, vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol a obezita,“ vysvětluje prof. MUDr. Petr Ošťádal, Ph.D., předseda České asociace akutní kardiologie ČKS. Ženy by tak stejně jako muži neměly podceňovat prevenci. „Hlavním opatřením je dodržovat zásady zdravé životosprávy, nekouřit, mít dostatek pohybu a kontrolovat si tělesnou hmotnost, popřípadě důsledně léčit další přítomná onemocnění, jako je vysoký krevní tlak, cukrovka nebo vysoká hladina cholesterolu,“ říká prof. Ošťádal. K infarktu myokardu dochází v situaci, kdy srdeční sval není dostatečně prokrven, ať už z důvodu ucpání, nebo kritického zúžení tepny zásobující srdeční sval. Experti připomínají, že jakmile pacienti pozorují příznaky infarktu, je důležité dostat se do rukou lékařů včas – rozhodují doslova minuty. Každý, kdo zaznamená příznaky, jako je silná bolest na hrudi nebo dušnost, neměl by čekat déle než deset minut a zavolat záchranku. Pokud do nemocnice dojde do hodiny, má podle lékařů 96% šanci, že infarkt přežije ve velmi dobrém stavu a jen s malou jizvou na srdci. „Obecně platí, že je lepší přijít s potížími stokrát zbytečně nežli jednou pozdě,“ dodává prof. Linhart. Infarktům v zimním období podle lékařů nahrávají také mrazivé teploty, vysoká vlhkost a také stres a zhoršená životospráva.



Profesor Aleš Linhart

foto: archiv Aleše Linharta

(htl)

Diabetologové chtějí moderně léčit více pacientů

Desítky tisíc pacientů ročně v Česku odcházejí od svého lékaře s diagnózou diabetu 2. typu. Přidávají se tak do řady již více než milionu pacientů, kteří zde touto nemocí trpí. Kromě zavedených antidiabetických léků mají v posledních letech lékaři k dispozici moderní přípravky k léčbě cukrovky, které navíc ochraňují také ledviny a srdce. Nedostanou se však ke všem pacientům. Důvodem jsou takzvaná preskripční omezení určující, v jakém stavu musí pacient být, aby jeho léky zdravotní pojišťovny uhradily. Omezení jsou podle lékařů v Česku nastavena příliš přísně, což znemožňuje předepisovat moderní léčbu zavčas, a ochránit tak pacienty před následnými potížemi.

Nasazení moderních léků, jako jsou například tzv. glifloziny nebo analoga GLP-1, se v současné době odvíjí od hodnot tzv. glykovaného hemoglobinu v krvi nebo body mass indexu (BMI) konkrétního člověka. „Nastavené hodnoty jsou ovšem nesmyslně vysoké. To v praxi znamená, že na léky dosáhnou především pacienti, kteří jsou ve špatném stavu, obézní a často již zatíženi následky diabetu,“ říká MUDr. Ondřej Vrtal, vedoucí diabetologického centra Nemocnice České Budějovice. Jak dále uvádí, bylo by vhodné, aby se k lékům pacienti dostali dříve. Nyní mají ti, kteří se nevejdou do nastavených hodnot, jedinou možnost – léky si platit sami. Například u gliflozinů se jedná zhruba o tisíc korun měsíčně, což může být pro dia-

betiky, většinou v důchodovém věku, problematické. „Bohužel tak nemůžeme využít léčebný potenciál léků u pacientů, kteří jsou na tom zatím relativně dobře, a nelze je preventivně ochránit od budoucích zdravotních potíží,“ popisuje MUDr. Vrtal.

Počty pacientů pořád rostou a přibývají stále mladší ročníky, zejména kvůli obezitě, která je jednou z roznětek k rozvoji diabetu 2. typu. S nadváhou má podle expertů nyní problémy až 55 % obyvatel České republiky. „Nasazení gliflozinů dává smysl obzvláště u těch, kteří ještě nemají orgány nevratně poškozené. Léky jim navíc pomáhají zhubnout, což je může vést k lepší životosprávě a celkově zlepšit jejich stav,“ vypočítává MUDr. Vrtal. V současnosti glifloziny užívá

pouze asi 10 % pacientů. Léky přitom diabetikům nejen upravují hladinu glykovaného hemoglobinu, ale chrání i jejich srdce a snižují také riziko poškození ledvin. Současný systém je podle lékařů demotivující, protože znevýhodňuje pacienty, kteří se snaží se svým stavem něco dělat, a přístup k nejmodernější léčbě je jim tak paradoxně odepřen. „My diabetologové s pojišťovnami dlouhodobě jednáme o uvolnění preskripčních omezení tak, aby se moderní léčba dostala k více pacientům než doposud. Podle mě by však nebylo od věci do úhrady zavést i motivační faktor, který by zohledňoval například to, zda se pacientovi daří hubnout,“ uzavírá MUDr. Vrtal.

(htl)

Transplantační program plic v Česku oslavil 25. výročí

První transplantaci plic provedl tým profesora Pavla Pafka z pražské Fakultní nemocnice Motol 22. prosince 1997. Dnes patří motolská nemocnice mezi šest největších center v Evropě, zároveň je jediným centrem s mezinárodním programem, které zajišťuje také transplantace pacientů pro Slovenskou republiku. Od začátku transplantačního programu dostalo plíce od dárce orgánů téměř 600 pacientů. V loňském roce bylo transplantováno přes padesát pacientů.

„Národní program transplantace plic pro ČR a SR probíhá od roku 2018, jsme jediné centrum v Evropě, které se stará o více zemí. Objem centra je dán především jeho stoupající kvalitou. S vysokým objemem výkonů souvisí i lepší výsledky, proto je objem výkonů tak důležitý ukazatel,“ vysvětluje prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D., přednosta III. chirurgické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol, který byl i u první operace před 25 lety.

Nejvíce transplantací v Evropě na počet obyvatel má Rakousko. Druhá je Belgie, která má srovnatelný počet obyvatel s Českou republikou a kde je v posledních letech provedeno přibližně 100 transplantací ročně. I v Česku by jich podle profesora

Lischkeho mohlo být více, stále však není každý pacient, který by mohl z transplantace plic profitovat, k transplantaci doporučen.

Nové plíce dostávají nejčastěji pacienti s plicními fibrózami, chronickou obstrukční plicní nemocí, cystickou fibrózou nebo idiopatickou plicní hypertenzí. Část příjemců tvoří také ti, kteří potřebují po dřívější transplantaci nové plíce opakovaně. Počet čekajících se podle údajů Koordinačního střediska transplantací letos pohybuje mezi 29 až 42, většinu měsíců roku čeká na nové plíce průměrně 35 pacientů.

„Obecně platí, že ti, kteří potřebují malé plíce, jako jsou pacienti s plicní fibrózou a pacienti menšího věku, budou

čekat výrazně déle a měli by být zařazeni na čekací listinu velmi brzy, to stejné platí pro pacienty s krevní skupinou nula negativní,“ říká profesor Lischke a dodává: „V letošním roce máme stoprocentní přežívání letos operovaných pacientů, 96 procent pacientů přežívá jeden rok a rovněž tříleté, pětileté a desetileté výsledky se výrazně zlepšují.“

Za posledních 25 let došlo k obrovskému posunu ve všech segmentech celé metody transplantace plic, od výběru vhodných pacientů, péče o darovaný orgán přes techniku samotné operace až po intenzivní a dlouhodobou péči o transplantované pacienty. Spolu s tím se zásadně zlepšují i výsledky.

(red)

Systém více pojišťoven Češi chtějí a jeho podpora v čase roste

Většina Čechů podporuje systém, kde si mohou vybrat z více zdravotních pojišťoven. Za výhodný jej považuje 63 % lidí, za nevýhodný jen 19 %. Oproti roku 2016 se podpora pluralitního systému zvýšila o osm procentních bodů. Většina lidí by také uvítala větší rozmanitost jejich nabídky, zejména u příspěvků na prevenci. Silnou podporu (77 %) by mělo i zavedení odměn pro lidi se zodpovědným přístupem ke zdraví. Vyplývá to z dat z průzkumů Svazu zdravotních pojišťoven České republiky (SZP ČR) z podzimu letošního roku a při porovnání s výsledky z roku 2016.

„Ukazuje se, že Češi chtějí mít ve zdravotním pojištění na výběr, a zejména u fondů prevence by uvítali, kdyby se nabídka mohla lišit výrazněji než nyní. To ostatně za správné považujeme i my,“ říká Ladislav Friedrich, prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR. „Pozitivní je i postoj k tomu, aby odpovědní pojištěnci měli nižší pojistné. Pokud by zde byla systémová návaznost například na poctivé chování na prevence, pak by se takový systém i ekonomicky vyplatil, protože by se řada nemocí odchytila v raném stadiu, kdy léčba bývá rychlejší a efektivnější,“ dodává.

V jakých kritériích by se podle pojištěnců měly nabídky zdravotních pojišťoven především lišit, zůstává ve srovnání s rokem 2016 té-

měř stejné. Na špičce je rozmanitost příspěvků na prevenci (letos označilo 41 % lidí, před šesti lety 34 %) a jejich výše (nárůst z 33 % na 38 %) a podpora prevence obecně (mírný pokles ze 30 % na 28 %). Před šesti lety se mezi top parametry dostaly ještě individuální zdravotní plány (28 %), letos pak odlišný rozsah hrazené péče (28 %).

V oblasti nabídky benefitů se lidé orientují (shodně přes 83 % deklaruje znalost). Zhruba 54 % lidí říká, že je už někdy využilo, což je nárůst ze 43 % v roce 2016.

Velkou podporu má v populaci koncept, kdy by pojišťovny měly možnost odměňovat nižšími odvody ty pojištěnce, kteří mají odpovědný přístup ke zdraví, tedy např. nekouří či ne-

zanedbávají prevenci. Podpora je na úrovni čtyř lidí z pěti (letos 77 %, v roce 2016 šlo o 81 %), proti je jen 13 % dotazovaných (před šesti lety 12 %).

V roce 2022 byla do průzkumu přidána nová otázka, a to, zda by pojištěnci uvítali možnost vybrat si z více programů (např. platit méně a mít základ, nebo platit vyšší pojistné a mít vyšší komfort). Zde asi 18 % lidí nemá názor, 45 % se tento koncept líbí a 37 % jej odmítá.

V rámci uvedených statistik bylo SZP ČR osloveno celkem 1000 pojištěnců formou průzkumu realizovaného v říjnu 2022 prostřednictvím aplikace Instant Research agentury Ipsos.

(red)

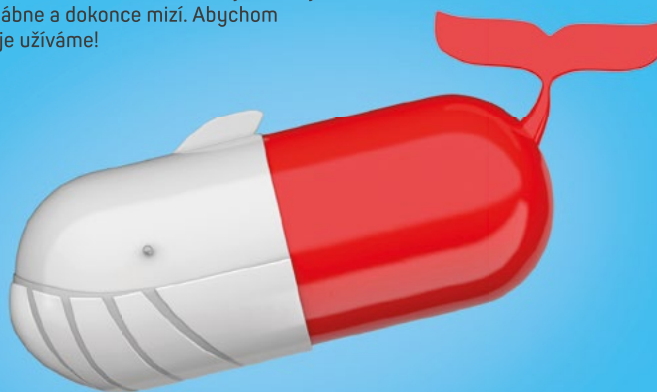
▼ Inzerce

ANTIBIOTIKA jsou ohrožený druh!

Už dnes je musíme chránit, aby mohla zítra ochránit nás!

Antibiotika jsou jediný lék svého druhu a v boji proti bakteriálním onemocněním jsou opravdu těžká váha. Bohužel, nesprávné užívání antibiotik vede k tomu, že se bakterie stávají odolnějšími a získávají **antibiotickou rezistenci**. Účinnost antibiotik slábne a dokonce mizí. Abychom o ně docela nepřišli, musíme se opravdu začít starat, jak je užíváme!

Nová klinická doporučení pro antibiotickou terapii v ambulantní praxi naleznete zde:



Iceland
Liechtenstein
Norway grants



www.antibiotickarezistence.cz





„V Česku léčíme asi 150 tisíc
pacientů s CHOPN“

Milan Sova

Přítomnost plic v našem těle si málokdo z nás uvědomuje, pracují automaticky, bez naší vůle a nijak nás nezatěžují. Vše se změní v okamžiku, kdy tento životně důležitý orgán zasáhne nemoc. „Léčba plicních onemocnění se za poslední dekády významně změnila. Jsou nové efektivní možnosti a velký důraz je kladen i na kvalitu života pacientů podstupujících terapii,“ říká doc. MUDr. Milan Sova, Ph.D., předseda České aliance proti chronickým respiračním onemocněním a přednosta Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy Fakultní nemocnice Brno.

Plice jsou orgán, který je významně postižen při tzv. long covidu. Jak se projevuje a při jaké intenzitě a délce obtíží jej lze diagnostikovat?

Takzvaný postcovidový syndrom se nejčastěji projevuje trvalou dušností a přítomen může být i kašel. Pacient si také může stěžovat na únavu, nevykonnost a další méně specifické potíže. Aby pacient splnil kritéria postcovidového syndromu, musejí tyto potíže přetrvávat minimálně tři měsíce po prodělaném onemocnění covid-19.

Co se týká intenzity, potíže mohou sahát od mírných až po závažné, které významně ovlivňují kvalitu života pacienta.

Kdyby měl pacient, který prodělal covid-19, při přetrvávajících potížích navštívit pneumologa?

Pacient by měl navštívit pneumologa vždy, když potíže trvají déle než tři měsíce a také pokud byl u pacienta přítomen středně těžký nebo těžký průběh covidu, což znamená, že pacient musel být hospitalizován a byl mu podáván kyslík nebo musela být zahájena umělá plicní ventilace.

Jak častý je výskyt postcovidového syndromu u pacientů?

Přesný výskyt postcovidového syndromu není znám. Lehké potíže se mohou objevovat u poměrně významné části populace. Nicméně významné postcovidové plicní postižení je naštěstí poměrně málo časté.

Postcovidové potíže souvisí s tíží onemocnění. Už z toho vyplývá, že prevalence bude častější u ranějších forem viru, jako byla původní varianta či varianty beta nebo delta.

Jaké jsou možnosti řešení postcovidového syndromu? Lze se obtíží úplně zbavit?

Zde není jednoduchá odpověď. Záleží na tíži postižení a na příznacích, které jsou

u pacienta přítomny. Dechová rehabilitace samozřejmě může pomoci a je možné využít nejenom rehabilitace institucionální, ale také rehabilitace domácí. Pro tyto pacienty doporučujeme brožuru, která vznikla ve spolupráci České aliance proti chronickým respiračním onemocněním a Fakultní nemocnice Olomouc. Knížka je dostupná na internetu.

Může se postcovidový syndrom vyvinout v chronickou plicní nemoc?

Ano, po prodělaném covidu se mohou vyskytnout trvalé následky a postcovidové plicní postižení. Může dojít k fibrotizaci plic, jejíž rozsah může být od mírné až po klinicky závažnou. Na druhou stranu je nutné říci, že k tomu dochází u zlomku pacientů.

Postcovidový syndrom se nejčastěji projevuje trvalou dušností a přítomen může být i kašel

Jaké jsou zkušenosti s léčbou laserem?

Zde se dostáváme na poměrně tenký led. Existují centra a práce, které prokazují pozitivní efekt této terapie na změny plicního parenchymu, rychlost regenerace a podobně. Na druhou stranu existují i práce, které toto nepotvrzují. Určitě se jedná o zajímavou a potenciálně perspektivní metodu, ale bude třeba ještě pracovat a získat více zkušeností a dat.

Plicní potíže ale nesouvisí jen s covidem a postcovidovým syndromem, pojďme přejít k dalším plicním potížím. Jednou z nejrozšířenějších plicních chorob je chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), kolika pacientů se v Česku týká?

V České republice aktuálně léčíme asi 150 tisíc pacientů s CHOPN. Celková prevalence CHOPN v populaci se však odhaduje zhruba dvakrát vyšší. Tedy o polovině pacientů, kteří se pohybují systémem, mají potíže a profitovali by z terapie, nevíme. Zde je nutné apelovat na praktické lékaře i samotné pacienty, aby nepodceňovali riziko CHOPN a případné podezření na onemocnění. Zde je nutné apelovat na samotné pacienty i na praktické lékaře, a.

Jaké jsou nejčastější příčiny vzniku CHOPN?

Zcela jasně nejvýznamnějším rizikovým faktorem je kouření tabáku. Svoji roli hra-

je rovněž genetika a také například deficit alfa1-antitrypsinu. Při jeho nedostatku dochází k rozvoji emfyzému plic, a to už i v raném věku. Naštěstí máme nyní k dispozici substituci, díky které dokážeme progresi emfyzematických změn významně redukovat.

Jaká je prevence tohoto onemocnění?

Nejdůležitější je nekouřit, a to ani různé systémy založené na zahřívání tabáku, inhalaci liquidů a podobně. Nejenže nemáme důkazy o neškodlivosti těchto systémů, ale hlavně si fixujeme závislost na nikotinu, která je velmi silnou závislostí a někteří autoři ji dokonce srovnávají se závislostí na heroinu.

Jaké je povědomí o nemoci mezi odbornou veřejností? Je dostatečné, nebo by byla dobrá větší osvěta?

Celkově mezi odbornou veřejností je povědomí o CHOPN dobré, je to samozřejmě jedna z otázek u státnic na lékařských fakultách, ale na druhou stranu povědomí o aktuálních možnostech terapie, jednotlivých screeningových programech a o moderních způsobech terapie je poměrně malé. Zde máme určitě velký prostor pro zlepšení.

Je prokázána jistá pravděpodobnost, že se CHOPN rozvine v plicní karcinom?

Jak u CHOPN, tak i u zhoubných nádorů plic je nejvýznamnějším rizikovým faktorem kouření tabáku. Proto u řady pacientů budou obě tato onemocnění přítomna současně. Hodně pacientů s CHOPN například identifikujeme v rámci programu časného zachytu karcinomu plic. Současné vyšetření pacienta na přítomnost obou těchto onemocnění je tak pro pacienta poměrně významný benefit.

V Česku existuje pilotní program časného zachytu CHOPN, jaké přináší průběžné výsledky?

Tento program stále probíhá. Jeho limitací se stejně jako u ostatních podobných programů stal covid-19 a s ním související restriktce a obavy pacientů nechat se vyšetřit. Zatím máme k dispozici předběžné výsledky, které byly prezentovány na tiskové konferenci ke Dni pro zdravé plice. Z dat vyplývá, že asi třetina pacientů, kteří byli podle vstupních kritérií indikováni k tomuto vyšetření, skutečně CHOPN trpí. Všichni tito pacienti budou následně adekvátně залечeni, což může znamenat zvýšení kvality života a zpomalení rychlosti progresu onemocnění.

Současně v ČR první rok běží program časného zachytu rakoviny plic. Komu je určen? Jak mají postupovat lidé, kteří mají o tento program zájem?

Tento program je určen pro dlouholeté kuřáky ve věku 55–74 let a slouží ke včasné diagnostice plicních nádorů. Díky tomuto programu budeme schopni včas identifikovat pacienty s rakovinou plic, a to ve stadiu, které je stále operačně řešitelné. Zde je řádově vyšší šance na úplné vyléčení ve srovnání s pokročilými stadii onemocnění. Sice nyní máme k dispozici moderní způsoby systémové terapie, jako je biologická léčba nebo imunoterapie, ale i tak je dlouhodobé přežití pacientů ve vyšších stadiích onemocnění nižší, než bychom si přáli.

Jaká je cesta zájemce o zapojení do programu?

Klasická cesta pacienta vede od praktického lékaře k pneumologovi, který po jednotlivých vyšetřeních odesílá pacienta na nízkodávkové CT hrudníku. Odtud se pacient vrací s výsledkem k pneumologovi. Pokud je nález negativní, potom se CT

opakuje za rok, pokud je pozitivní nebo neurčitý, potom pneumolog dále pacienta vyšetřuje.

Co ukazují výsledky za první rok?

Celý program se rozbíhá a existují poměrně významné interregionální rozdíly, proto je nyní obtížné interpretovat výsledky pro celou Českou republiku. Celkově bylo zatím vyšetřeno přes 900 osob a dosavadní prezentovaná čísla odhalila pozitivní nález u asi 5 % pacientů, což je poměrně vysoké číslo.

U CHOPN i u zhoubných nádorů plic je nejvýznamnějším rizikovým faktorem kouření tabáku

Co si pneumologové slibují od tohoto preventivního programu?

Naším cílem je včas identifikovat pacienty, kteří mají rakovinu plic v operabilním sta-

diu, a tyto pacienty také následně kvalitně diagnostikovat a k terapii je referovat do jednoho z etablovaných pneumoonkochirurgických center. Zde bych rád zdůraznil právě roli centralizace těchto pacientů, kdy v kvalitním centru má pacient přístup k lepším výsledkům a nižšímu riziku komplikací, než pokud jsou tyto výkony prováděny mimo centra. Někteří pacienti mohou odmítnout vyšetření a výkon ve vzdálenějším zařízení, ale pokud s pacientem celou situaci probereme a vysvětlíme mu, jaké výhody mu výkon ve velkém centru poskytne, potom většina souhlasí a transport si zajistí.

Jaké jsou současné možnosti léčby rakoviny plic? Kam jsme se za poslední roky posunuli a o kolik je možné pacientovi s neoperabilním nádorem prodloužit život a s jakou kvalitou?

Léčba rakoviny plic se za posledních několik málo dekád posunula neuvěřitelným způsobem. Když jsem nastupoval po škole jako lékař do praxe, byla diagnóza karcinomu plic v pokročilém stadiu krajně nepříz-



nivá a pacienti bohužel umírali velmi brzo po stanovení diagnózy. S rozvojem moderní terapie, jako je například imunoterapie, se doba přežití významně zvýšila a z rakoviny plic se často stává chronické onemocnění. Kvalita života je přesně to, co musíme u každého pacienta mít na prvním místě, a naštěstí je tato terapie dobře snášena.

Co je příčinou rakoviny plic u lidí, kteří nikdy nekouřili a nemoc u nich propukne často v poměrně nízkém věku?

Zde hrají prim genetické vloh a náchylnost ke vzniku jednotlivých mutací vedoucích ke vzniku nádorových buněk. Mimo kouření to také budou další vnější vlivy jako znečištění životního prostředí, životní styl a další.

Léčba rakoviny plic se za posledních několik málo dekád posunula neuvěřitelným způsobem

Kouření cigaret je jednoznačně prokázaným a známým rizikovým faktorem řady plicních onemocnění. Jak je to ale s alternativními nikotinovými výrobky – elektronickými cigaretami a v poslední době i s nikotinovými sáčky, o kterých se hodně mluví?

O alternativních zdrojích nikotinu, jako je např. zahříváný tabák, se v poslední době často hovoří. Výrobci tyto systémy vychva-

doc. MUDr. Milan Sova, Ph.D.

- Vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci a část studia strávil na univerzitě ve finském Turku.
- Po promoci nastoupil na Kliniku plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní nemocnice Olomouc, kde získal titul Ph.D. a v roce 2021 habilitoval.
- Zahraniční stáže absolvoval v italské Neapoli a Miláně a v kanadském Vancouveru.
- Od podzimu 2021 působí jako přednosta Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy Fakultní nemocnice Brno.
- V současné době působí jako předseda České aliance proti chronickým respiračním onemocněním.

lují a uvádějí nižší škodlivost. Bohužel nemáme pro tato tvrzení dostatek důkazů a jednotlivé odborné společnosti, jako je například Evropská respirační společnost, tyto systémy nedoporučují, a to ani jako tzv. můstek k nekouření. Jak jsem uvedl výše, problém všech těchto systémů je, že fixují závislost na nikotinu.

Jak nikotinové sáčky fungují a chystá se jejich regulace? Přece jen jsou, na rozdíl od cigaret, snadno dostupné dětem a mladé generaci.

Nikotinové sáčky fungují tak, že se vkládají za ret a přes sliznici potom nikotin přechází do krve a dále do oběhu a mozku, kde působí na nikotinové receptory stejně jako při kouření klasických cigaret. Co se týká regulace, je otázkou, jak účinná by byla. Osobně bych šel hlavně cestou osvěty a prevence, kdy je nutné populaci vysvětlovat účinky nikotinu jako takového a závislosti na něm.

Když se bavíme o plicních onemocněních, je nějaký posun v léčbě cystické fibrózy plic? A jak na tom jsme v dostupnosti léčby v porovnání se zahraničím?

Cystická fibróza je jedním z onemocnění, u kterých se terapie za poslední roky výrazně změnila. Máme nyní k dispozici celou řadu preparátů, které výrazně zpomalují progresi onemocnění, zlepšují plicní funkce a kvalitu života pacientů. Dostupnost těchto léků je u nás výborná a naši pacienti dostávají léčbu srovnatelnou s vyspělými zeměmi Evropy.

Jak na tom jsme s výskytem plicních onemocnění v porovnání s okolními evropskými státy?

Výskyt plicních onemocnění je podobný jako u ostatních zemí v našem regionu. Pochopitelně najdeme regionální rozdíly v souvislosti s výskytem jednotlivých rizikových faktorů. Například severní a střední Morava byla centrem zpracování azbestu a výroby střešních krytin (eternitu). V těchto továrnách pracovala řada lidí a to bez ochranných pomůcek. Proto je výskyt rakoviny plic a mezoteliomu pohrudnice významně vyšší u těchto osob/regionů než v běžné populaci. Co si můžeme pochválit, je naše zdravotnictví. I když máme řadu problémů a je pořád na čem pracovat, je náš systém jedním z nejlepších a nejrobustnějších na světě. Je ale nutné si uvědomit a prodiskutovat, že všechno něco stojí, a pokud chceme udržet současný stav zdravotnictví, bude nás to stát nemalé peníze. V následujících letech budeme čelit stárnutí populace pacientů, stárnutí populace zdravotníků a celkově zvyšujícím se nákladům na péči. Vždycky mě mrzí názory některých politiků, kteří místo podpory kvalitního zdravotnictví investují do předvolebních dárků pro voliče. Zdraví je základ a měla by to být jedna z priorit všech vlád napříč politickými směry.



Endoskopické centrum získalo statut Centra vysoce specializované péče

V závěru roku 2022 schválilo Ministerstvo zdravotnictví ČR vznik Center vysoce specializované péče pro digestivní endoskopie. Jedním z 16 pracovišť v Česku, která získala tento statut, je endoskopické centrum Gastroenterologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

„V Jihočeském kraji jde v současné době o jediné pracoviště s tímto statutem. Jeho přidělení vyžadovalo splnění náročných podmínek zahrnujících nejen personální a technické vybavení, ale především schopnost zajistit komplexní péči v oblasti digestivní endoskopie na vysoké úrovni,“ uvedl generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a.s., MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Endoskopické centrum Nemocnice České Budějovice, a.s., patří v současnosti k nejmodernějším pracovištím tohoto druhu v ČR. Disponuje šesti samostatnými endoskopickými sály a je vybaveno špičkovou

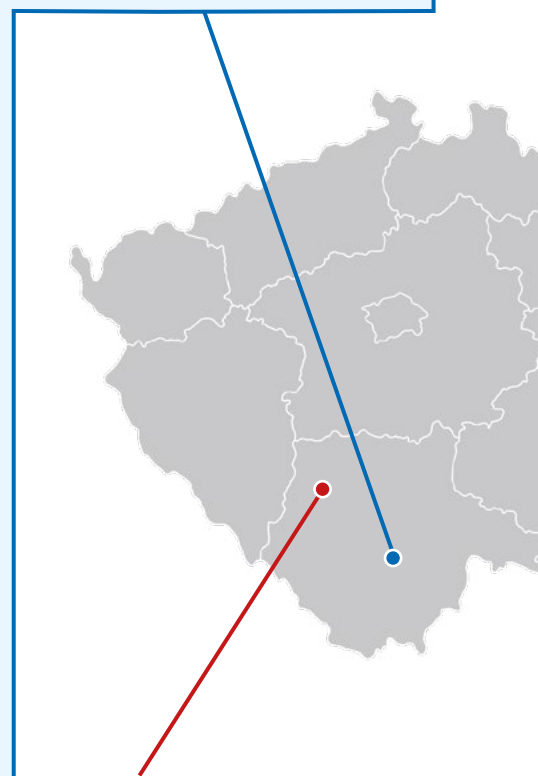
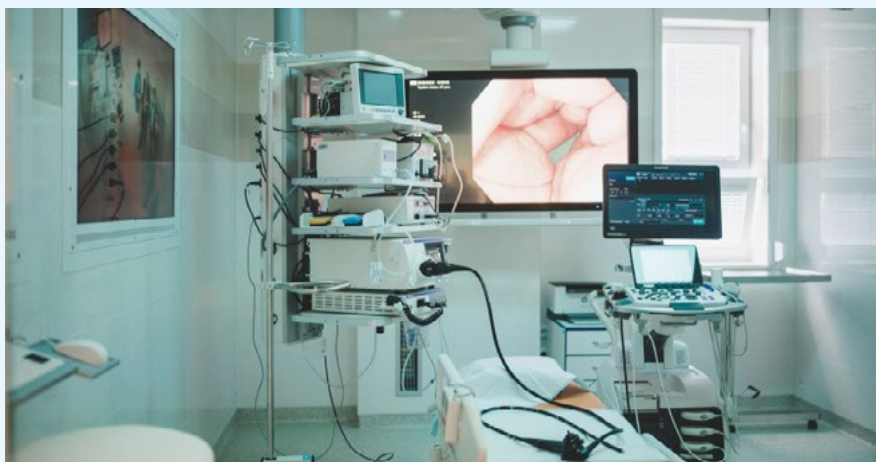
technikou umožňující provádět veškeré diagnostické i léčebné zákroky v oblasti trávicího traktu. Digestivní endoskopie zaznamenala v posledních deseti letech dramatický posun. Umožňuje nejen detailnější a přesnější diagnostiku, ale především léčbu onemocnění donedávna vyhrazených chirurgickým metodám. Soustředění těchto pokročilých metod do specializovaných center je tak logickým krokem, podobně jako je tomu v jiných oblastech současné medicíny.

„Přidělení statutu Centra vysoce specializované péče pro digestivní endoskopie našemu pracovišti je začátkem nové éry digestivní endoskopie v Nemocnici České Budějovice, a.s. Nároky na naše pracoviště se zvýší nejen ze strany odborné veřejnosti, ale nejspíše i ze strany našich pacientů. Naším cílem je pokračovat v započatém trendu – nabízet špičkovou endoskopickou diagnostiku a léčbu, zavádět nové, moderní

metody do každodenní praxe a spolupracovat s dalšími pracovišti na národní i mezinárodní úrovni. Nejdůležitějším cílem je ovšem spokojený pacient, který odchází s dobrým pocitem, že se na nás může kdykoli v případě potřeby opět obrátit,“ sdělil primář Gastroenterologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

(red)

Foto: Nemocnice České Budějovice



Ve strakonické porodnici se v roce 2022 narodilo nejvíce Aniček a Matyášů

V roce 2022 se ve strakonické porodnici narodilo 568 dětí, přesně 306 chlapců a 262 děvčátek. Dívčím jménům kralovaly Anna a Viktorie, kterých se narodilo celkem dvanáct. Shodně deset holčiček odcházelo z porodnice se jménem Tereza nebo Sofie a devět rodných listů má v kolonce jméno vy-

plněno Julie nebo Laura. Mezi chlapčými jmény u rodičů jasně vede jméno Matyáš. Těch se ve Strakonici loni narodilo dvacet jedna. V těsném závěsu se drží dvacet Jakubů a devět kluků odcházelo z porodnice se jménem Petr nebo Filip. Zdvojených křestních jmen bylo u chlapců použito v 8 případech,

u děvčat ve 14 případech. Jednou se narodila dvojčata – chlapec a dívka.

Nejmladší mamince, která v loňském roce přivedla na svět dítě ve strakonické porodnici, bylo 15 let a nejstarší 46 let. Nejmenší miminko vážilo 920 g a největší 4730 g, v obou případech se jednalo o chlapce.

(red)

Havířovská nemocnice testuje umělou inteligenci, čte rtg snímky

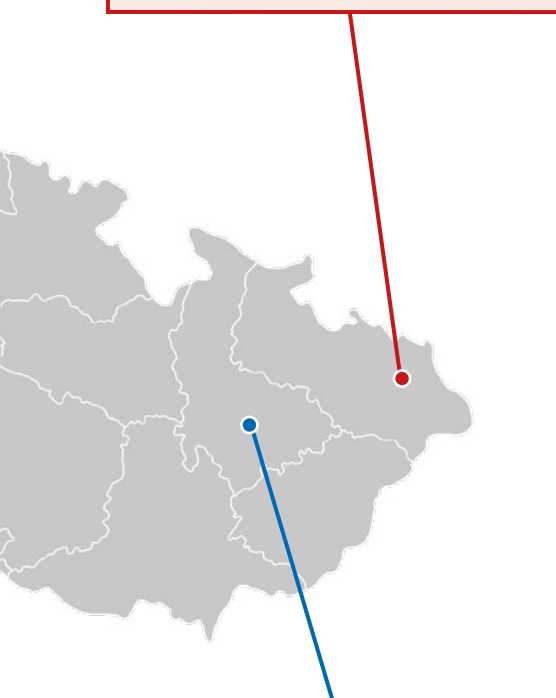
Umělá inteligence má lékařům v praxi pomoci zvládnout neustále se navyšující počet rentgenových snímků, které musí během roku vyhodnotit. Vyznačí a lokalizuje nález na snímku, neunaví se a pracuje 24 hodin denně. Havířovská nemocnice je první nemocnicí v Česku, která inovaci od společnosti Carebot testuje. Lékaři radiologického oddělení pomáhají ukončit fázi vývoje tohoto systému před tím, než bude moci být nasazen v nemocnicích i ordina-

cích po celé Evropě. Zatímco počet rentgenových snímků, které musí radiolog během roku vyhodnotit, roste, počet lékařů zůstává téměř stejný. Moderní zdravotnictví směřuje k prevenci, včasnému zachytu nemoci, je tedy zřejmé, že počet snímků bude v následujících letech nadále přibývat. S jejich rostoucím počtem roste i počet případných chyb a nepřesností. Systémy umělé inteligence tak mají podle zakladatelů Carebotu už brzy běžně pomáhat lékařům v každodenním vyhodnocování.

„Fandíme inovacím, které zvýší kvalitu poskytované zdravotní péče a zároveň pomohou zrychlit diagnostiku onemocnění. Dosavadní výsledky testování ukazují, že umělá inteligence má své místo ve velmi blízké budoucnosti. Umožní zvýšení kvality péče, zrychlení procesu diagnóz, téměř nulovou chybovost, lepší průchodnost oddělení. I proto se podílíme na tomto vývoji,“ uvedl ředitel nemocnice Norbert Schellong.

(red)

Foto: Nemocnice Havířov



Dětská klinika Fakultní nemocnice Olomouc nabídne rodičům lůžka na ubytovně

Od ledna rodičům dětí starších šesti let hospitalizovaných na Dětské klinice Fakultní nemocnice Olomouc zařízení



nabízí ubytování na nedaleké ubytovně. Přes den budou mít hospitalizované děti možnost být neustále v doprovodu svých rodičů, ti si zase v noci v klidu odpočinou mimo ruch zdravotnického pracoviště.

Dva třílůžkové, samostatně uzamykatelné pokoje v ubytovně Lotos v jižní části areálu FN Olomouc budou připravené přijmout první hosty z řad rodičů hospitalizovaných dětí v průběhu ledna. „K dispozici zde bude kuchyňka s mikrovlnnou troubou, indukční deskou a nádobím a sociální zařízení s WC a sprchovým koutem. Každý

host bude mít k dispozici vedle postele lampičku a svou uzamykatelnou skříň. Sociální zařízení a kuchyňka jsou pro oba pokoje společné, ale opět s možností zamčení každého pokoje zvlášť,“ zdůrazňuje vrchní sestra Dětské kliniky Fakultní nemocnice Olomouc Mgr. Světlana Kašubová skutečnost, že vedle komfortu se při adaptaci jednoho bytu v ubytovně na lůžka pro rodiče dbalo i na maximální bezpečnost a ochranu majetku ubytovaných.

(red)

Foto: FN Olomouc



Medicína

Screening karcinomu prostaty: už nejde o to zda, ale jak

Největším tématem programu letošního podzimního kola Pražského urologického semináře byl projekt, který nahradí a zefektivní dosud „divoký“ screening časných stadií karcinomu. Spuštěn bude v roce 2024.

Pořadatelem Pražského urologického semináře, již tradiční vzdělávací akce České urologické společnosti (ČUS ČLS JEP), konané tentokrát 22. 11., byla Urologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha.

Výhodami i nevýhodami stávajících metod cíleného odběru vzorků z prostaty se zabýval MUDr. Jindřich Šonský (Urologická klinika FN Královské Vinohrady a 3. LF UK Praha) v příspěvku o fúzní biopsii prostaty a MUDr. Ondřej Přiman (Urologická klinika Fakultní nemocnice Motol a 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha) v příspěvku nazvaném Je doporučení provádět biopsii prostaty primárně transperineálním přístupem správné? Téma vyšetřování hematurie přiblížila MUDr. Alžběta Kantorová (Urologická klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha) a MUDr. Vojtěch Fiala ze stejného pracoviště hovořil o úskalích hypotézy přechodu z kouření cigaret na zahřívání tabák jako faktoru snižujícím riziko karcinomu močového měchýře.

O současném stavu přípravy programu časného zachytu karcinomu prostaty v ČR hovořil prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D. (Urologická klinika Fakultní Thomayerovy nemocnice a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha).

Proč dělat screening karcinomu prostaty?

Pro význam zahájení právě tohoto screeningu jednoznačně svědčí už sama epidemiologická data o karcinomu prostaty v ČR. Jen během roku 2019 bylo v ČR nově diagnostikováno 7938 pacientů se zhoubným nádorem prostaty a v souvislosti s tímto onemocněním zemřelo 1443 osob (tj. 5,1 % všech úmrtí na nádor). Prevalence onemocnění byla v témže roce 69 449 osob. Stále asi 20 % mužů přichází v době diagnózy v klinickém stadiu III–IV, tedy pozdě. Většina z nich je v produktivním věku. Právě u karcinomu prostaty jako u jednoho z mála nádorů je zřejmý posun

výskytu do stále mladšího věku (v polovině 90. let asi 36 % pod 70 let věku, teď asi 54 %). Smysl časného zachytu názorně demonstruje pětileté relativní přežití léčených pacientů – u těch zachycených ve stadiu I–II je téměř stoprocentní. Prognóza prevalence pro rok 2040 předpovídá až 130 tisíc pacientů s diagnózou zhoubný nádor prostaty v minulosti. „Hodnota bude závislá na budoucím vývoji incidence a přežití pacientů, přesto lze očekávat nárůst minimálně o pětinu oproti aktuálnímu stavu. V případě individualizovaného časného zachytu rakoviny prostaty (zvýšený časný zachyt a zlepšení dlouhodobého přežití) lze očekávat spíše vyšší hodnotu,“ konstatoval profesor Zachoval. Zajímavým údajem je i podíl výskytu karcinomu prostaty jako sekundárního nádoru – každý šestý pacient, u kterého diagnostikujeme karcinom prostaty, už má nějaké jiné zhoubné nádorové onemocnění.

Obecně je v medicíně screeningová metoda vyhledávání onemocnění v časném stadiu, ve kterém se onemocnění neprojevuje žádnými příznaky. Primárním cílem je snížení mortality, sekundárním zachyt většího množství časných stadií a menšího množství těch pokročilých. Podmínky vhodné pro screening jsou dostatečná častost onemocnění v populaci, existence vhodné diagnostické metody a dobrá léčitelnost onemocnění. „Všechny podmínky karcinom prostaty splňuje, včetně používané metody, to je odběr PSA, je nenáročná na lidské a finanční zdroje a zároveň je dostatečně senzitivní a specifická. Důležitost screeningu karcinomu prostaty nepochybně stoupá a má své značné odborné, společenské i ekonomické přínosy. Podmínkou je ovšem shoda na participaci v něm,“ připomněl přednášející.

Efekt se nemůže dostavit okamžitě

Zásadní význam pro screening karcinomu prostaty mělo zavedení vyšetření prostatického specifického antigenu (PSA). V řadě zemí byl v posledních desítkách let zazna-



prof. Roman Zachoval

menán obrovský nárůst incidence a pokles zachytu metastatického stadia. Přesto bylo provádění screeningu velmi kontroverzním tématem, zejména pro nejasný vliv na snížení mortality a diagnostiku a léčbu klinicky nevýznamných stadií a s tím spojených vedlejších nežádoucích účinků screeningu. Studie byly prováděny v USA i Evropě, a zejména ty americké efektivnost screeningu neukazovaly, v Evropě byly výsledky hraniční. V důsledku toho Američané ve screeningu nepokračovali, evropské země ale naštěstí ano. V současné době bylo totiž jasně prokázáno, že většina starších studií nebyla provedena metodologicky správně, zejména že trvaly příliš krátce. Teprve výsledky třináctileté studie ukázaly, že po zhruba 8–10 letech dochází k výraznému „rozevření nůžek“ mezi kontrolní a screenovanou kohortou, v evropské skupině se ramena začala rozvírat dokonce už po 6 letech. Rozdíly jsou ještě markantnější, pokud nejsou muži vyšetřeni pouze jednou, ale v doporučených intervalech obdobně jako u ostatních screeningů, například na karcinom prsu nebo cervixu. Nárůst incidence onemocnění karcinomu prostaty je v nich evidentní, na rozdíl od USA, kde screening neprobíhal. Tam samozřejmě klesl zachyt

onemocnění v nižších stádiích – a narostl záchyt v pozdějších stádiích a mortalita.

Od roku 2021 jsou k dispozici zpracované evropské výsledky po 22 letech sledování a bylo vydáno doporučení Evropské urologické společnosti k provádění screeningu karcinomu prostaty v evropských podmínkách.

V současnosti není ve většině zemí otázkou, zda screening karcinomu prostaty provádět, ale jak ho provádět. Program časného zachytu by měl v současné době probíhat selektivně na základě doporučení odborných společností s přihlédnutím k epidemiologické, zdravotnicko-organizační a ekonomické situaci v dané zemi a individuálnímu zdravotnímu stavu a přání informovaného pacienta. Pro podmínky v ČR schéma rozpracovala do české verze skupina všech odborností, které se na projektu podílí, v čele s Českou urologickou společností ČLS JEP.

Dosud se neodebíralo málo, někdy ale zbytečně

V předchozích dvou letech byl vytvořen a je přijat Národní onkologický plán na přibližně dalších 10 let, urologie se jeho přípravy jako jeden z velkých onkologických oborů zúčastnila. Screening karcinomu prostaty je jeho součástí s tím, že část procesu je nutně navázána na onkocentra. Pro smýšlení o náročnosti nárůstu zatížení vyšetřeními pro urologie i další obory je třeba vědět, co se stane po zavedení screeningu. Ve skutečnosti nebude nárůst počtu vyšetření nijak markantní. Sledování PSA české mužské populace ve věku 50–70 let (tedy té, která by měla být podle doporučení screenována) se provádí vlastně poměrně hojně. Zatímco pokrytí cílové populace ve věku 30+ v roce 2020 dosahuje v rámci dvouletého intervalu 29,4 %, výrazně roste od věkové skupiny 50–54 let a dosahuje nejvyšších hodnot ve skupině 75–79 let (62,6 %). Pokrytí cílové populace 50+ v roce 2020 dosáhlo v rámci dvouletého intervalu 47,8 % – polovina cílové populace screenována je, polovina z toho praktickými lékaři a polovina urology. Podobná situace je i u tříletého intervalu. Většina z dvouletého i tříletého intervalu je odebírána na PSA každoročně. „Znamená to, že řada z těchto mužů je pomocí PSA screenována zbytečně – systém je tím přetížen kapacitně i ekonomicky. Polovina populace tedy je screenována už teď, ale „divoce“, neorganizovaně – a to je třeba změnit. Není to naše chyba, doporučení k provádění máme teprve od roku 2021 a teď je potřeba situaci změnit tak, aby vyšetřování bylo smysluplné a abychom postupovali podle doporučení Evropské urologické společnosti. Před námi stojí dva úkoly: abychom těch



Ilustrační foto: 123rf.com

50 % dnes „divoce“ vyšetřovaných screenovali organizovaně a z těch 50 % mužů, kteří screenováni nejsou, jich co nejvíce ke screeningu přivedli,“ řekl profesor Zachoval.

Screening patří především do terénu

Za Českou urologickou společnost se návrhem schématu programu časného zachytu karcinomu prostaty zabývali především profesor Zachoval a profesor Babjuk, zavzata do něj ale byla řada dalších oborů – co do zapojení různých oborů bude nejkomplexnějším screeningovým programem probíhající v ČR. Zahrnutí by měli být praktičtí lékaři, laboratoře, urologové, radiologové, patologové a onkologové. Rozhodně nebylo jednoduché vytvořit konsenzus všech těchto oborů.

V první linii by muže vyšetřovali praktičtí lékaři, připraveny pro ně budou i edukační materiály. Už probíhá i projekt spolupráce urologie a všeobecného lékařství, je na streamu a zájem mezi praktiky je obrovský. K účasti na screeningu se pacient bude moci připojit také u urologa, zejména pokud ho již navštěvuje. Určena jsou i vstupní kritéria, musí to být pacient ve věku 50–70 let, bez anamnézy či suspekce karcinomu prostaty, jemuž nebylo v posledních dvou letech provedeno vyšetření PSA. Důležitou součástí je už na vstupu poučení klienta – výsledek screeningu může mít i negativní dopad na jeho psychiku. Pokud bude pacient s vyšetřením souhlasit, screening bude v prvním kole probíhat pomocí stanovení jeho PSA. Na základě hladiny PSA praktický lékař (nebo urolog, pokud screening dělá on) rozhodne o dalším postupu. V případě PSA < 1 doporučí kontrolní vyšetření za 4 roky, při PSA 1–3 za 2 roky a při PSA > 3 pacienta referuje k urologovi. Tím by

měl být terénní ambulantní urolog, nebude se to tedy týkat nemocničních ambulancí (pokud ovšem v příslušném regionu bude dostatečná suplementace terénními ambulantními urology). Obdobný postup podle hladiny PSA je i u klientů se screenem provedeným urologem, u něj i bez ohledu na PSA, ale suspektního vyšetření per rectum. Diagnostickým postupem u PSA > 3 nebo suspektního vyšetření per rectum je upřesnění laboratorních hodnot PSA a jeho frakcí. „Nejužším hrdlem projektu se totiž ukázala být dostupnost magnetické rezonance a není možné, aby ji absolvovali všichni pacienti s PSA > 3. Urolog tedy změří prostatu, spočítá denzitu, případně velocitu, pokud jde o opakovanou vyšetření, a když jsou hodnoty v pořádku, pacienti pozve na kontrolu za jeden rok. Až pokud tyto hodnoty v pořádku nejsou, indikuje magnetickou rezonanci. Součástí vyšetření urologa je samozřejmě i vyšetření prostaty per rectum a v případě suspekce na karcinom se provede i biopsie. V případě pozitivního nálezu o dalším postupu rozhodne multidisciplinární tým. Pacient s diagnostikovaným karcinomem prostaty má být v péči certifikovaného centra, tedy pracoviště vybaveného odpovídajícím způsobem technikou i personálně. Výkony spojené se screenem nebudou spadat do regulací. Celkové roční náklady projektu jsou zhruba 400 milionů korun.

„Kapacitní zatížení zdravotnického systému tímto screenem není takové, že by najednou vzniklo obrovské množství pacientů, kteří budou vyšetřováni. Už 50 % dnes vyšetřováno je, ale nekoordinovaně. Naopak se očekává pacientů úbytek, protože řadě z nich doporučíme kontrolu za 4 nebo za 2 roky a naopak se budeme snažit oněch 50 % nevyšetřených pacientů ke screeningu přivést,“ uzavřel profesor Zachoval.

Text a foto: Jana Jílková

Mezioborové sympozium pro management nežádoucích účinků protinádorové imunoterapie

V prosinci loňského roku pořádala Dermatovenerologická klinika 3. LF a FNKV pod vedením profesora Petra Arenbergera v rámci Cooperatio onkologie a hematologie a Centra onkologického výzkumu 3. LF UK Mezioborové sympozium pracovní skupiny pro management nežádoucích účinků protinádorové imunoterapie. Na sympoziu odborníci napříč lékařskými obory debatovali o nežádoucích účincích protinádorové léčby.

Jeden z panelů se zabýval tématem morfolo- gických obrazů orgánového postižení anti-PD-1 monoklonálními protilátkami. Přednášku na dané téma měla doc. MUDr. Eva Sticová, Ph.D., z Ústavu patologie 3. LF UK a FNKV.

Léčba anti-PD-1 monoklonálními protilátkami u maligního melanomu přináší nejen prodloužení doby do progresu i celkovou dobu přežití, ale má i široké spektrum nežádoucích účinků včetně zcela nových nebo vzácně se vyskytujících život ohrožujících komplikací. Zásadní místo v léčbě mají podle očekávání imunitně podmíněné nežádoucí účinky, ale trochu paradoxně i infekční komplikace. „Infekční komplikace nebývají důsledkem přímé léčby anti-PD, ale při léčení imunitně podmíněných komplikací v souvislosti s terapií vyššími dávkami kortikosteroidů, čímž se indukuje sekundární imunosuprese. Původci bývají běžná agens, ale i méně obvyklé patogeny

včetně oportunních infekcí. Morfologie může odpovídat konvenční infekci, kterou známe u zdravých jedinců, ale musíme být připraveni na to, že obraz může být značně modifikovaný, což může zkomplikovat diagnostiku,“ popisovala docentka Sticová. K infekcím, které bývají během léčby monoklonálními protilátkami běžné, patří například infekce cytomegalovirem (CMV). Relativně časté bývají i sekundární infekce zažívacího traktu, se kterými se setkáváme při imunitně podmíněných nežádoucích příhodách ve střevě.

Imunitně zprostředkované nežádoucí účinky inhibitorů kontrolních bodů

Nežádoucími účinky biologické léčby může být postižen jakýkoli orgán a orgánový systém. Postižené orgány mají velmi variabilní klinickou i morfolo- gickou pre-

zentaci, kdy je morfolo- gický obraz často blízký genuinnímu chorobnému procesu. „Nejčastěji se setkáváme s komplikací na kůži a sliznicích. Bývá zde pruritus, exantémy a vitiligo. Z morfolo- gických obrazů, se kterými se potýkáme, je jednoznačně nejčastější lichenoidní dermatitida,“ vysvětlovala docentka.

Další časté komplikace

K dalším systémovým orgánům, kde se lékaři setkávají s komplikacemi, patří gastrointestinální systém, kde jsou popsány účinky ve spodních partiích zažívacího traktu, jako je kolitida. „Patří sem granulomatózní kolitida a akutní neutrofilní kolitida, v horních partiích i ezofagitida nebo gastroenteritida,“ uvedla lékařka.

Léčba způsobuje i řadu hematologických komplikací. Docentka ve svém bloku zmínila například aplastickou anemii, idiopatickou trombocytopenickou purpuru, autoimunitní hemolytickou anemii či hemofagocytární lymfohistiocytózu.

Nežádoucími účinky léčby může být postižen také nervový systém a dochází i k rozvoji očních komplikací. Do této kategorie patří dále například i encefalitida a encefalopatie, meningitida a uveomeningitida, periferní neuropatie, přední uveitida a uveální hemoragie a retinopatie.

Z kardiovaskulárních komplikací přednášející uvedla myokarditidu, perikarditidu a vaskulitidu.

V průběhu celého bloku docentka Sticová na příkladech potvrzovala, že při zvládání imunitně podmíněných nežádoucích příhod moderní cílené léčby melanomu je nezbytná mezioborová spolupráce a funkční a rychlá koordinace kroků. To byl také hlavní důvod, proč dermatovenerologická skupina na Dermatovenerologické klinice 3. LF UK a FNKV před několika lety mezioborovou skupinu napříč jednotlivými nemocničními pracovišti sestavila.

Text a foto: Petra Hátlová



Tým ir-TRAE ve FN Královské Vinohrady, doc. MUDr. Eva Sticová, Ph.D. (stojící třetí zleva)

Nemoci trávicího traktu jsou na vzestupu – varují gastroenterologové

Screening rakoviny slinivky, rostoucí počet pacientů se střevními záněty, transplantace stolice, přínos dechových testů či zpomalení modernizace endoskopů zapříčiněné nedostatkem financí – to jsou jedna z mnoha témat, která koncem loňského roku řešili odborníci na trávicí trakt na 17. vzdělávacích a diskusních gastroenterologických dnech v Karlových Varech.

Počet nemocných s karcinomem pankreatu v Česku stoupá. Každoročně jej lékaři objeví u 2300 lidí a do roku 2030 se podle odborníků stane nejčastějším smrtelným onemocněním trávicího traktu. Rakovina slinivky se nijak neprojevuje a zabíjí do několika málo měsíců. U přibližně deseti nemocných ji lze předvídat, například kvůli tomu, že ji mají v rodině. Právě pro ty je určen screening vysoce rizikových jedinců, který by měl oficiálně odstartovat počátkem letošního roku. Lidé, kteří do této skupiny patří, by měli chodit na pravidelné každoroční prohlídky do některého z třiceti center digestivní endoskopie.

„Pokud odhalíme karcinom slinivky v raném stadiu a začneme rychle jednat, umíme prodloužit život pacienta na několik let,“ řekl na kongresu MUDr. Ondřej Urban, Ph.D., přednosta II. interní gastroenterologické a geriatrické kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci.

Screening se bude týkat osob, u nichž se rakovina vyskytuje v rodině. Ohroženi jsou také lidé s tzv. BRCA genem, který je zároveň původcem karcinomu prsu. Na pravidelnou kontrolu by měli chodit i ti, kteří dlouhodobě trpí zánětem slinivky nebo mají diagnózu polypózního syndromu.

V Česku vznikne banka stolice

Dárcovská banka stolice pomůže především lidem se syndromem dráždivého tračníku, kterým trpí až 1,5 milionu Čechů. Toto nejčastější onemocnění trávicího traktu se projevuje průjmem, nebo naopak zácpou, bolestí břicha i pocitem častého nucení na stolic. Nyní se mohou pacienti zapojit do studie, kterou vede tým expertů z Interní kliniky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice a která se účinky fekální mikrobiální terapie zabývá. „Ve studii máme zatím zařazeno třicet pacientů a dalším šedesáti můžeme tuto léčbu nabídnout. Přihlásit se může každý, kdo má diagnostikovaný syndrom dráždivého tračníku, trpí průjmy a je mu mezi



Zástupci České gastroenterologické společnosti ČLS JEP na 17. vzdělávacích a diskusních gastroenterologických dnech v Karlových Varech

18 a 65 let,“ vysvětlil jeden z řešitelů studie MUDr. Jiří Vejmelka, člen výboru České mikrobiomové společnosti ČLS JEP.

Účastníci studie dostanou mikrobiotu lidské stolice od pečlivě vybraných dárců, a to formou nálevu do konečníku – proces absolvují celkem čtyřikrát. Dárci stolice prošli podrobným vyšetřením, aby bylo jisté, že jsou zdraví. Museli také splnit řadu podmínek – například neužívat v posledních letech antibiotika, mít optimální tělesnou hmotnost, jíst zdravě a bez specifických dietních opatření, a dokonce mít pozitivní přístup k životu.

První česká banka dárcovské stolice by pod názvem Restore – Restart měla být uvedena do provozu v letošním roce.

Střevními záněty trpí sedmdesát tisíc Čechů

Odborníci na trávicí trakt na kongrese řešili také zvyšující se počet lidí, kteří trpí idiopatickými střevními záněty (IBD). Za poslední tři roky jich přibýlo 20 tisíc a s nemocí jako Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida se tak v Česku léčí 70 tisíc pacientů. Podle gastroenterologů IBD postihují stále

mladší ročníky – u Crohnovy choroby se obvyklé věkové rozmezí pohybuje mezi 15 a 30 lety, v posledních letech není výjimkou výskyt u předškolních dětí a školáků (asi 15–20 %). Zatímco u této střevní choroby hraje velkou roli genetika, a to až ze 70 procent, v případě ulcerózní kolitidy se na rozvoji a opakovaném vzplanutí nemoci významně podílí zejména psychický stav.

Podle odhadu expertů nemůže třetina pacientů se střevními záněty plně pracovat, dalších 10 procent je v invalidním důchodu. Asi 10 500 nemocných pomáhá biologická léčba. „Máme k dispozici řadu biologických preparátů a další přicházejí. Stále zkoumáme možnosti, jak život pacientů se střevními záněty zlepšit. Po čase u nich totiž biologika přestávají fungovat a je třeba je vyměnit nebo kombinovat tak, aby se protizánětlivý efekt sčítal. Hitem poslední doby je použití protilátek proti interleukinu 23,“ vysvětlil prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., prezident Vzdělávacích a diskusních gastroenterologických dnů. Lékaři čekají od nových léků větší bezpečnost a efektivitu a také se chystají u svých pacientů změnit taktiku léčby. „Chceme je léčit dříve, než dospějí do devastujícího stadia, kdy ve

střevě vzniknou trhliny a další poškození. Jednáme o tom se zdravotními pojišťovnami, aby léčbu pacientům hradila v časnějších stádiích nemoci," dodal prof. Lukáš.

Specialisté pomocí dechových testů odhalí škodlivé bakterie

Jedině pomocí dechových testů mohou lékaři stoprocentně zjistit přítomnost tzv. bakteriálního přerůstání v tenkém střevě (SIBO). Zatímco ostatní příčiny problémů trávicího traktu je možné objevit i pomocí endoskopie, bakteriální přerůstání ne. Aby byly testy co nej přesnější, a nemoc se tak nedala přehlédnout, žádají nyní gastroenterologové pojišťovny o úhradu jejich komplexní varianty – s měřením vodíku i metanu.

„Dechové testy umí odhalit příčinu řady potíží trávicího traktu, a to způsobem, který je pro pacienty příjemnější než vyšetření endoskopické,“ upozornila na kongrese specialistka MUDr. Zdislava Vaníčková z Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Při bakteriálním přerůstání se bakterie přestěhují z tlustého střeva do tenkého a začnou škodit. To se projevuje například silnými bolestmi břicha po jídle, nadýmáním, průjmy nebo ztrátou hmotnosti. „Protože příznaky jsou lehce zaměnitelné s jiným onemocněním trávicího traktu, lidé obvykle projdou kompletním vyšetřením včetně gastrokopie a kolonoskopie, kde se však nic nezjistí. Oni se pak trápí dále nebo odchází s jinou diagnózou. Jejich kvalita života se snižuje, v extrémních případech nemoci dokonce potraviny procházejí tenkým

střevem tak rychle, že si tělo nestihá brát potřebné živiny a nemocný hubne a chátrá. Když SIBO odhalíme a nasadíme správná antibiotika, 6 z 10 pacientů se uzdraví hned v prvním kole léčby. Zcela se vyléčí 19 z 20 nemocných,“ vysvětluje lékařka důvody, proč se vyplatí po této nemoci pátrat.

Testy s měřením vodíku a metanu doporučuje i Evropská gastroenterologická společnost.

Helicobacter může mít v žaludku až čtvrtina Čechů

Gastroenterologové nyní zkoumají, kolik lidí má v žaludku *Helicobacter pylori*. Tato bakterie napadá žaludeční sliznici, což může vést až k rakovině žaludku.

„Přestože výskyt rakoviny žaludku v Česku pomalu klesá, především díky lepšímu stravování a včasné diagnostice, provázanost s přítomností bakterie je nepopíratelná. Infekce způsobuje u části lidí záněty žaludku, vředy a postupně může vést právě ke vzniku nádoru,“ upozornil doc. MUDr. Štěpán Suchánek, Ph.D., vedoucí lékař Oddělení gastrointestinální endoskopie Interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Podle něj je přítomnost *H. pylori* nejvíce nebezpečná u rizikových jedinců, například u mužů mezi 60 a 80 lety, kteří jsou obézní, kouří a karcinom žaludku se už v minulosti v jejich rodině vyskytl.

Jak doplnil prof. Lukáš, asi u dvou třetin „nakažených“ se *H. pylori* nijak neprojevuje a s bakterií normálně žijí. U jedné třetiny však způsobuje potíže, zpočátku například v podobě nepříjemných bolestí v břiše,

nadýmání, průjmů, říhání, pálení žáhy či nevolnosti. „U některých se promítne na kůži jako ekzém, zarudnutí či akné,“ dodal prof. Lukáš.

Kdo v sobě bakterii má a reakce na léčbu začali gastroenterologové zjišťovat od ledna letošního roku společně s kolegy z Německa. Celkem prozkoumají útroby 20 000 lidí v rámci multioborové studie HelicoPTER.

Přístroje na vyšetření trávicího traktu stárnou – výměnu brzdí jejich vysoká cena

Odborníci se na kongrese zabývali také přístrojovou technikou, konkrétně endoskopy, které jsou pro jejich práci nezbytné. Diskutovali o současném vybavení pracovišť, které stárne. Jeho výměnu však brzdí jejich vysoká cena.

Moderní přístroje (např. HD endoskopy) přitom podle odborníků mají lepší komfort pro pacienta, kvalitu obrazu, přítomnost umělé inteligence a schopnost kvalitně léčebně zasáhnout. Tenkou hadičku s kamerou na konci používají gastroenterologové ke stovkám tisíc výkonů ročně – od vyšetření tlustého střeva po prozkoumání jícnu, žaludku a dvanáctníku. Tímto přístrojem jsou také schopni léčit – například šetrně odstranit polypy nebo vyléčit akutní zánět žlučových cest. „Proto je velmi důležité, aby všechna pracoviště měla k dispozici moderní vybavení. To je v současnosti bohužel realita pouze u 50–60 % z nich, u dalších přístrojový park stárne. Endoskopy rychle zastarávají a nemají takovou výdrž jako například ultrazvuk. Je to způsobeno také jejich využitím v endoskopické terapii, při které se přístroje rychleji opotřebovávají. Je třeba je neustále obměňovat, což při současných platbách od zdravotních pojišťoven není zkrátka možné. Situaci nepomáhá ani to, že pořizovací ceny přístrojů jsou čím dál vyšší, zejména kvůli nízké konkurenci výrobců, a ceny servisu jsou stejné jako v zemích západní Evropy,“ vysvětlil doc. Urban. Platby, které nyní gastroenterologové dostávají od zdravotních pojišťoven za základní endoskopické výkony, jsou stále nižší než skutečné náklady. Podle doc. Urbana je to důsledek nevyhovující kalkulace výkonu používaných pořizovacích cen přístrojů a vzorce na počet možných výkonů provedených endoskopem. To jsou také hlavní předměty v jednání lékařů s pojišťovnami o nových kódech pro gastrokopii a kolonoskopii.

(red)

foto: Dalibor Konopáč



prof. MUDr. Milan Lukáš

Akutní stavy v otorinolaryngologii

V tomto článku se zaměříme na stavy v otorinolaryngologii, které mohou svou povahou ohrozit člověka na životě a vyžadují neodkladnou péči. K těmto stavům řadíme krvácení, dušení, zánětlivá onemocnění a jejich komplikace, náhlou ztrátu sluchu a poruchy rovnováhy.

Krvácení

Nejčastějším krvácením v oblasti hlavy a krku je **epistaxe** neboli krvácení z dutiny nosní, méně často z paranasálních dutin. Vzácněji se epistaxí může projevit i krvácení z nosohltanu nebo ze středního ucha. Nejvíce se s ní setkáváme v dětském věku, mezi 2–10 lety. Další vrchol je ve středním věku. Epistaxe vzniká nejčastěji idiopaticky. Další příčiny mohou být jak místní (úrazy – zlomeniny nosních kůstek a obličejového skeletu, záněty či nádorové onemocnění, u dětí bývá častou příčinou dráždění prstem v nose nebo cizí tělesa), tak celkové (poruchy srážlivosti krve, hypertenze či ateroskleróza, jaterní choroby, ale i farmakologicky navozené stavy – warfarinizace, antiagregační léčba). Z 90 % vzniká epistaxe v důsledku kapilárního krvácení z bohaté podslizniční pleteně zvané locus Kiesselbachi. Tato pleteň je lokalizována v přední části nosní přepážky, kde je snadno přístupná k poranění. Tento typ krvácení však často spontánně ustává nebo si ho nemocný dokáže sám zastavit. Dále může být krvácení arteriální (nejčastěji z povodí a. sphenopalatina), které je závažnější a často prudké. Většinou vyžaduje ošetření lékařem, v některých případech vyžaduje i hospitalizaci. Původem venózní krvácení je vzácnější a pochází z kavernózních pletení nosních skořep, často spontánně ustupuje.

První pomoc při epistaxi představuje předklon a stisknutí nosních křídel na 5–10 minut. Předklon je důležitý stran prevence polykání krve. Pokud ale krev zateče dále do úst, je důležité ji vyplivnout. Mimo jiné je možné použít anemizaci nosní kapky, způsobující vazokonstrikci nosních cév, anebo Gelaspon, který lze namočit v Sanorinu. V případě závažnější epistaxe je vhodné ošetření ORL lékařem, jenž provede rinoskopii k nalezení zdroje krvácení. Po anemizaci a event. lokální anestezii zvolí vhodnou terapii – chemokoagulaci AgNO₃, bipolární koagulaci či přední nosní tamponádu. Používají se mastné proužky namočené v antibiotické masti, které se vrství od spodiny ke stropu dutiny nosní. I při jednostranné epistaxi je nut-

né naložit nosní tamponádu oboustranně k vytvoření potřebného tlaku v místě krvácení. Tamponáda se standardně ponechává v dutině nosní alespoň 48 hodin. Další možností je i balonková tamponáda, jejíž výhodou je snadnější zavádění. Vhodné je zajistit krevní odběry a zkontrolovat krevní tlak. Ve většině případů dochází ke spolehlivému ošetření krvácení ambulantně, avšak jsou případy, kdy je nutná hospitalizace pacienta. Při prudších arteriálních krváceních je třeba provést zadní nosní tamponádu a zajistit antibiotické krytí. U masivních a recidivujících krvácení je možné nalézt a ošetřit zdroj krvácení pomocí endoskopických metod. Ve vážných případech je nutné přikročit k chirurgickému řešení v celkové anestezii a podvázat přírodní cévy.

Krvácení ze zvukovodu může být jen drobné, způsobené nejčastěji traumatizací při čištění uší štětičkou nebo škrábáním, objevuje se také u ruptur bubínku. Hemoragické výtoky z ucha bývají i při otitidách virové etiologie (u spalniček nebo chřipky). Větší krvácení se nejčastěji objevuje u traumat – zlomenin spánkové kosti, event. esovitého splavu. U traumat baze lební se objevuje kromě krve i příměs mozkomíšního moku. **Masivní hemoptýza** neboli vykašlávání až chrlení krve z dýchacích cest je nejčastěji způsobeno malignitou v oblasti ORL a plic, ale je vhodné zvažovat i etiologii infekční jako například tuberkulózu. **Hemateméza** představuje krvácení z trávicího traktu, nejčastěji na podkladě jícnových varixů, žaludeční vředové choroby, malignit žaludku apod. Krev z jícnu bývá světle červená, zatímco krev ze žaludku a nižších etází bývá již natrávená a má charakter tzv. kávové sedliny. Problematika hematemézy spadá ale spíše pod gastroenterologii. V této problematice je vhodné zmínit i **krvácení po ORL výkonech**, a to zejména krvácení po tonzilektomii, které může být závažné, až život ohrožující. Klíčový je okamžitý transport na ORL pracoviště, kde je krvácení stavěno kompresí lůžka tamponem, podáním hemostyptik. Další možností je elektrokoagulace zdroje krvácení v lůžku po tonzilektomii, někdy si stav vyžádá revizi v celkové anestezii.

Dušení

Dušení je pacientem velmi nepříjemně vnímaný děj, kdy dochází k dechové nedostatečnosti, zejména při nádechu. Bývá přítomen inspirační stridor, zatahování jugula, nadklíčků a mezižebří. Může být přítomna cyanóza. Podle vyvolávající příčiny může být dušení doprovázeno dysfagií, odynofagií, chrapotem či horečkou. K obstrukci dochází zejména v oblasti hrtanu, který je nejužším místem dýchacích cest. U dospělých je nejužším místem glotická šterbina, zatímco u dětí je nejužší subglottis. Příčiny obstrukce dýchacích cest mohou být různé – zánětlivá onemocnění, nádory, otoky dýchacích cest, cizí tělesa, úrazy a také poruchy hybnosti hlasivek.

Zánětlivá onemocnění způsobující obstrukci dýchacích cest představuje především **akutní epiglottitida a subglotická laryngitida**. Akutní epiglottitida je flegmonózní zánět příklopky hrtanové, kterou způsobuje *Haemophilus influenzae*. Nejčastěji postihuje děti ve věku 1–6 let, nicméně incidence s účinnou vakcinací klesá. Epiglottitida začíná zpravidla náhle z plného zdraví. Typická je silná bolest krku s nemožností polykat sliny. Pacient je bledý, cíleně vyhledává polohu vsedě s mírným předklonem hlavy a otevřenými ústy, z nichž vytékají sliny. Záklon hlavy naopak vyvolává uzávěr hrtanu prosáklou epiglottis, proto je nutné pacienta nepokládat! Vyšetření musí být vedeno s velkou opatrností, jelikož hrozí nebezpečí laryngospasmu. U dětí často stačí pouhé stlačení kořene jazyka, aby byla vidět zánětlivě změněná epiglottis. Nutný je rychlý transport do nemocnice, následná léčba spočívá v podání antibiotik a kortikoidů ke zmenšení otoku. V závažných případech je nutné zajištění dýchacích cest orotracheální intubací, tracheostomií či koniotomií.

Dalším zánětlivým onemocněním je **subglotická laryngitida**. Jedná se o virové onemocnění výlučně dětského věku, protože oblast subglottis představuje nejužší místo dýchacích cest u dětí. Anamnéza je i v tomto případě typická.

Nástup obtíží bývá v noci, kdy se nemocné dítě budí se štekavým kašlem a inspiračním stridorem. Oproti akutní epiglotitidě nebývá přítomna bolest v krku a bolestivé polykání. K diagnóze není třeba provádět laryngoskopické vyšetření, u kterého hrozí vyvolání laryngospasmu a zhoršení už tak vážného stavu. První pomoc představuje poloha vsedě a vdechování chladného a vlhkého vzduchu a poté transport do nemocnice, kde jsou podány kortikoidy a inhalační léčba. Invazivní zajištění dýchacích cest nebývá nutné. Dalším závažným onemocněním vyvolávajícím obstrukci dýchacích cest je **krustózní laryngotracheitida**. Jedná se o primární virové onemocnění se sekundární bakteriální infekcí, pro něž je typická tvorba pablán a krust především na sliznici trachey. Krusty mají tendenci zužovat její lumen a případně ho zcela uzavřít. Tento typ zánětu se často objevuje u pacientů s trvalým tracheostomatem (např. u pacientů po laryngektomii), u nichž nedochází ke zvlhčování vdechovaného vzduchu v oblasti nosní dutiny. Léčba spočívá v podání antibiotik, inhalaci zvlhčeného vzduchu a lokální aplikaci mukolytik ke změkčení krust. V některých případech je třeba velké krusty endoskopicky odstranit a tím uvolnit tracheu.

U **nádorů** vzniká dušnost spíše postupně a pacient je na zhoršené dýchání adaptován. Teprve až při výrazném zúžení dýchacích cest se objevuje kritická dušnost. Nádory mohou růst přímo ze struktur v dýchacích cestách (hrtan, trachea, bronchy) anebo mohou dýchací cesty utlačovat svým růstem zvnějšku (nádory jícnu, štítné žlázy aj.). Diagnostika spočívá v endoskopickém vyšetření dýchacích cest a použití zobrazovacích metod (ultrazvuk, CT nebo magnetická rezonance). U pacienta je nutné zajistit dýchací cesty orotracheální intubací, event. tracheostomií. Další léčba se odvíjí od základního onemocnění a jeho rozsahu. Dušnost může být způsobena také **parézou hlasivek**, např. při poškození n. laryngeus recurrens při operaci štítné žlázy nebo útlakem nádorových struktur v průběhu nervu. Při paréze hlasivek je nutné zajistit dýchací cesty tracheostomií. **Laryngospasmus** je stav, kdy dochází k reflexnímu stahu hlasivek a obstrukci dýchacích cest. Tento stav se většinou rychle upraví. Příčinou je nejčastěji podráždění hrtanu a hltanu, aspirace a alergické stavy. Nebezpečí neustupujícího laryngospasmu může nastat při **vdechnutí cizího tělesa**. Při nedostatku kyslíku může dojít i k bez-

vědomí a smrti udušením. První pomoci při vdechnutí cizího tělesa je Heimlichův manévr ke zvýšení nitrohruďního tlaku a vypuzení tělesa z dýchacích cest. Dále úder mezi lopatky, prodechnutí v rámci KPR (posun do nižších etáží dýchacích cest a alespoň částečně zprůchodnit DC). Pokud dojde ke ztrátě vědomí, je vhodné zahájit KPR. Řešením je endoskopické odstranění cizího tělesa.

Záněty a jejich komplikace

Mezi akutní stavy řadíme záněty středouší a jejich možné komplikace (mastoiditida, meningitida, mozkový absces, trombóza splavů), absces nosu a akutní záněty vedlejších nosních dutin a jejich komplikace – orbitocelulitida, flegmona nebo absces orbity, meningitida aj. V oblasti hltanu je nejčastější komplikací **peritonzilární flegmona a absces**, které vznikají přestupem zánětu do peritonzilárního prostoru. Rozdíl mezi flegmonou a abscesem je dán vytvořením abscesové dutiny. Typická je oproti angíně rychle narůstající jednostranná bolest, významně omezující polykání. Nemocní často odmítají jíst či pít a vyplivují sliny. Může se objevit i trismus, huhňavost, pacient obtížně artikuluje. Bývá přítomno zvětšení krčních uzlin, horečka, třesavka, event. vyčerpání. Pohledem do hrdla pacienta je patrná asymetrie hltanové úžiny. Postižený patrový oblouk je vyklenutý, zarudlý, palpačně tuhý a bolestivý. Postižená tonzila je prosáklá, zarudlá, přetlačená mediálním směrem a s ní také uvula. Diagnózu lékař stanoví poměrně snadno vzhledem k typické anamnéze, zhoršenému stavu pacienta a objektivnímu nálezu v hltanu. Léčba peritonzilární flegmony je konzervativní a opírá se o léčbu antipyretiky a širokospektrými antibiotiky. Mnohdy léčba flegmony nezabrání vytvoření abscesu. I v tomto případě je indikována antibiotická léčba, kterou doplňuje incize a dilatace abscesu, většinou po předchozí lokální anestezii. Peritonzilární absces má sklon recidivovat, proto je v současnosti upřednostňována tonzilektomie na postižené straně. Existuje několik postupů, které se převážně řídí podle zvyklostí pracoviště. Tonzilektomii je možné provést ihned, tzv. „zahorka“, nebo tzv. „zavlažna“, asi za 5–7 dní po incizi abscesu. Na některých pracovištích se k tonzilektomii přistupuje tzv. „zastudena“, s odstupem 5–6 týdnů po incizi abscesu a pravidelných denních dilatacích do vymizení obtíží.

Náhlá ztráta sluchu

Náhle vzniklá percepční nedoslýchavost představuje další akutní stav v otorinolaryngologii. Etiologie náhlé ztráty sluchu je pestrá. Může vzniknout působením nadměrného hluku, uplatňují se zde závažné vlivy a vaskulární nebo metabolická onemocnění. Ztráta sluchu může být samostatná anebo doprovázená ušním šelestem. Mnohdy se ale nepovede určit jednoznačnou příčinu tohoto stavu. Na výsledku léčby se významně podílí včasné zahájení léčby – čím dříve, tím lépe. Terapie spočívá v podání infuzí s kortikoidy, vazodilatačními látkami, dále vitamínoterapie a využívána je i hyperbarická oxygenoterapie. Efekt léčby je však nejistý. Náhlé zhoršení sluchu může vzniknout i na podkladě ucpání zvukovodu mazovou zátkou, záněty zevního zvukovodu a středouší, po jejichž залечení se sluch navrácí k normě.

Poruchy rovnováhy

Akutní závrať je způsobena poškozením rovnovážného ústrojí vnitřního ucha. Závrať je symptom charakterizovaný iluzivním vnímáním pohybu vlastního těla nebo okolí bez adekvátního podnětu. Při vyšetření je důležité odlišit, zda se jedná o centrální, nebo periferní vestibulární syndrom. **Periferní vestibulární syndrom** je typicky tzv. harmonický z hlediska svých projevů – pacient tzv. „padá za nemocným uchem“, je zde shodný směr pomalé složky nystagmu i pády na stranu. Závrať bývá rotační a zpravidla s vegetativním doprovodem. Naopak **centrální vestibulární syndrom** je tzv. disharmonický – není zde závislost mezi nystagmem a pády či úchyly končetin, chybí porucha sluchu a je přítomna další neurologická symptomatologie. Za závrať může být někdy zaměněna i synkopa. K vyloučení centrální příčiny obtíží je vhodné doplnit neurologické vyšetření, zobrazovací vyšetření – CT mozku k vyloučení akutní CMP. V akutní fázi závratě je možno podat antiemetika, anti-vertiginóza, kortikoidy a vazodilativní látky. Velmi důležitá je rehabilitace vestibulárního aparátu.

Znalost výše uvedených akutních stavů je důležitá nejen pro lékaře odbornosti ORL. Rozpoznání těchto stavů a znalost první pomoci a základní léčby jsou podstatné pro všechny odbornosti, a to zejména v případě dušení a krvácení, které mohou pacienta bezprostředně ohrozit na životě.

MUDr. Lucie Hajná

Depresivní pacient v ordinaci praktického lékaře

Praktičtí lékaři mívají s pacienty úzký kontakt a zároveň nejsou zatíženi společenskými předsudky, které stále přetrvávají vůči psychiatrům. A tak právě na praktiky se často obrací i pacienti s příznaky deprese.

„I přes snahu o destigmatizaci duševních poruch se v praxi stále setkáváme s mýty, podle nichž deprese je projevem lenosti nebo slabosti charakteru a měla by být překonávána vůlí. Ve skutečnosti jde o nemoc, a to úspěšně léčitelnou. Léčit depresi je nutné, jde o nemoc s rizikem chronicity, suicidia, přináší pacientům snížení kvality života. To vše má i své ekonomické dopady, ať už častými pracovními neschopnostmi, nebo potřebou invalidních důchodů u těžkých onemocnění,“ řekla MUDr. Klára Knápková z Psychiatrické nemocnice Bohnice na semináři Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v pražském Lékařském domě. Deprese narušují schopnost vykonávat i běžné činnosti a mít radost ze života. „Zejména lékaři by měli mít na paměti, že deprese se projevuje různým způsobem, v průběhu onemocnění se příznaky a jejich závažnost i u stejného jedince mohou měnit. Nelze predikovat, jak bude vypadat další epizoda,“ upozornila psychiatricka.

Deprese může být symptomem jiného onemocnění, součástí syndromu nebo jde o vlastní nozologickou jednotku. Oproti dřívějšímu dělení podle etiologie na exogenní a endogenní se dnes rozděluje deprese podle tíže na mírnou, středně těžkou a těžkou depresivní epizodu.

Diagnostická kritéria pro depresi

Depresivní epizoda trvá nejméně dva týdny, u jedince se nikdy během života nevyskytly hypomanické nebo manické příznaky odpovídající kritériím manické nebo hypomanické epizody a epizoda není způsobena ani psychoaktivními látkami, ani žádnou jinou organickou duševní poruchou.

U mírné depresivní epizody musí být přítomny alespoň dva ze tří příznaků, jimiž jsou: 1. depresivní nálada téměř denně a po většinu dne alespoň dva týdny, 2. ztráta zájmu a radosti z aktivit, které dříve pacienta těšily, a 3. snížená energie

nebo zvýšená únavnost. Přidává se jeden nebo více z dalších příznaků, jako je například ztráta sebevědomí, autoakuzace, snížená schopnost soustředění, vracející se myšlenky na smrt, poruchy spánku či změna chuti k jídlu (častěji k úbytku), změna psychomotorické aktivity (nejen k útlumu, ale i k agitovanosti!). S vykonáváním běžné práce a aktivit jsou potíže.

Deprese mohou být se somatickým syndromem nebo bez něj. U epizod se somatickým syndromem se přidává například zřetelná ztráta libida, úbytek hmotnosti (o 5 % nebo víc za poslední měsíc), ranní pesima, ranní probouzení o dvě a více hodin před pacientovou obvyklou dobou, anhedonie, apatie.

U středně těžké depresivní epizody je přítomno více z příznaků a pacientovi činí značné potíže vykonávání běžné práce a aktivit.

Nejvíce příznaků deprese je u těžké depresivní epizody, jejíž součástí mohou být i psychotické příznaky, a tato tíže onemocnění pacientovi znemožňuje pokračovat v aktivitách nebo je jich schopen jen velmi omezeně. Vždy je přítomen somatický syndrom.

Naprostá většina (95 %) depresivních pacientů má minimálně jeden úzkostný příznak (nadměrné starosti, psychická nebo somatická úzkost, panické ataky v anamnéze). Zároveň 65 % pacientů s úzkostnou poruchou má depresivní příznaky. Látky ovlivňující metabolismus serotoninu, antidepressiva užívaná v léčbě deprese, jsou účinné i napříč celým spektrem úzkostných poruch.

Koktejl příčin vzniku deprese

Deprese obecně zvyšují mortalitu, 5–15 % depresivních jedinců spáchá sebevraždu. Deprese zhoršuje kvalitu života a je rizikovým faktorem řady onemocnění, zejména kardiovaskulárních (po infarktu myokardu postihuje 47 % pacientů, u cévních mozkových příhod 45 %), velmi častá je u hospitalizovaných onkologických pacientů

(42 %) a u Parkinsonovy nemoci (39 %). Markantní je provázanost mezi depresemi a kardiovaskulárními chorobami, nasazení antidepressiv typu SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) a následné snížení příznaků deprese zároveň snižuje i riziko infarktu myokardu, riziko smrti a zvyšuje compliance pacienta.

V etiologii deprese figurují genetické, biologické a psychosociální faktory. „Ve zkratce lze konstatovat, že přítomna bývá nějaká vrozená či získaná vulnerabilita mozku, způsobující vyšší zranitelnost jedince a jeho sníženou adaptabilitu vůči stresu. K tomu mohou přistoupit různé negativní životní události, výchovné vlivy, problémy v mezilidských vztazích, nezdravý životní styl... To vše je ‚koktejl‘, který v mozku ‚namíchává‘ neurochemické změny na úrovni serotoninu, dopaminu, noradrenalinu a GABA systému,“ připomněla dr. Knápková.

U pacientů po onemocnění covid-19 je pozorována až třikrát vyšší prevalence depresí, společně s dalšími duševními poruchami. Depresivní syndrom po koronavirovém onemocnění má komplexní



ilustrační foto: 123rf.com

etiologii, mezi možné příčiny patří psychosociální faktory, ale také působení zánětu. Mezi příznaky postcovidového syndromu se kromě deprese řadí i další psychiatrické poruchy v podobě úzkosti, nespavosti či problémů s pozorností.

Hlavními příznaky jsou pokles nálady a ztráta zájmů

Více než polovina depresí zůstává v primární péči nerozpoznána a důvodem není jen přetrvávající stigma duševního onemocnění v obecném povědomí. Odkrytí deprese může bránit maskovaná (larvovaná) deprese, kdy psychopatologii překrývají dominující tělesné příznaky. Jiné než typické příznaky má deprese v seniu. V pravém slova smyslu atypické deprese bývají deprese sezonní (jaro, podzim), vyskytují se zejména u žen a projevují se zvýšenou spavostí, zvýšenou chutí k jídlu (především na sacharidy), zachovaná bývá reaktivita nálady, hodně se projevuje přecitlivělost v interpersonálních vztazích. Důvodem nerozpoznání deprese může být také komorbidní somatické onemocnění, časová tíseň lékaře při vyšetření, ale i jeho nedostatečná informovanost o příznacích deprese.

Důležitou pomůckou i v ordinaci praktického lékaře (PL) je sebeposuzující dotazník, zaměřený na dva hlavní příznaky deprese – pokles nálady a ztrátu zájmů.

Při splnění diagnostických kritérií je třeba zjistit závažnost (dotazník PHQ-9), charakter, délku trvání příznaků, opakování epizod, suicidální riziko, možné somatické syndromy a psychotické příznaky a přítomnost rizikových faktorů (tím může být např. i algický syndrom).

Typickými prodromy deprese jsou dlouhodobá únava, úzkost, nespavost a nezájem. Nejčastějšími vstupními potížemi depresivního pacienta v ordinaci praktického lékaře bývá bolest, únava, napětí, obava z vážného onemocnění a/nebo polymorfní hypochondrické potíže. „Při opakovaných návštěvách s polymorfními nebo nespecifickými obtížemi je správné zvážit diagnózu deprese jako základního onemocnění či komorbiditu a doptat se na její příznaky. Pomoci nám v tom může už zmíněný jednoduchý dotazník, který je k dispozici,“ uvedla lékařka. V klinickém obrazu deprese sledujeme přítomnost základní trias skleslá nálada – snížení energie – ztráta zájmu a potěšení. Až 70 % pacientů s depresí v ordinaci PL prezentuje pouze somatické potíže, což samozřejmě ztěžuje její včasné rozpoznání.

Když prvním projevem není smutná nálada

Významnou část pacientů PL tvoří senioři. Prevalence deprese je v seniu (nad 65 let) asi 6 %, ale dramaticky jiné je to u obyvatelů domovů důchodců nebo pacientů LDN, u nich dosahuje až 50 %. Deprese seniorů je atypická v tom, že prvotním projevem není smutná nálada. Může tam být podrážděnost, stěžování si na somatické potíže, na něž si dříve nestěžovali, úzkosti, nespavost, netěší už je kontakt s dětmi a vnoučaty, změní se jejich chování, ztrácejí zájem o běžné aktivity. Mohou ale tvrdit, že náladu mají dobrou. Pětina až třetina pacientů v seniu má subsyndromální depresi, nesplňují tedy diagnostická kritéria pro depresi, ale i ty příznaky, které mají, jim snižují kvalitu života a je třeba je zaléčit. U pacientů v seniu je třeba dát si pozor na pseudodemenci, ačkoli jde o depresi. Mohou u nich dominovat kognitivní příznaky, které demenci imitují. Léčba ale je zcela rozdílná.

Deprese mohou indukovat i některé léky

K rozeznání případů, kdy se na indukci deprese u pacienta mohly podílet některé podávané léky, vedou mimo jiné časové souvislosti s nasazením léku, kdy koreluje zhoršení potíží a platí přímá úměra vyšší dávka – těžší příznaky, při snižování dávky se příznaky deprese snižují. Nejčastěji jde o některá antihypertenziva, kortikosteroidy, antiulceróza, antiparkinsonika, analgetika, benzodiazepiny (BZD), protinádorovou léčbu a kontraceptiva.

Kdy pacienta předat specialistovi

Léčba psychických onemocnění patří především do působnosti specialisty na tato onemocnění, ale právě s depresí se praktici setkávají velmi často a v některých případech mohou její léčbu zahájit sami. Podmínkou k tomu je jasná diagnóza depresivní poruchy, její první epizoda (mírná nebo středně těžká), v anamnéze se vyskytují obdobné epizody, které ustoupily bez psychiatrické intervence, a také to, že pacient si přeje být léčen praktickým lékařem (často to je kvůli už zmíněné stigmatizaci psychiatrie). Praktik ovšem má možnost vyžádat si psychiatrickou konzultaci.

Vždy je třeba pacienta doporučit psychiatrovi u komplikovaného klinického obrazu s příznaky více duševních poruch, při diagnostické nejistotě, těžké depresiv-

Postup při léčbě antidepresiv v ordinaci praktického lékaře

- nasadit lék
- kontrola každé 1–2 týdny
- zhodnocení po 6 týdnech (případně upravit dávku léku)
- při nedostatečném efektu je třeba volit kombinaci nebo záměnu léku nebo konzultovat specialistu
- po dosažení remise se doporučuje pokračovat v léčbě 4–9 měsíců a zvážit možnost udržovací léčby, opět je velmi vhodné konzultovat specialistu

ní epizodě se suicidálními myšlenkami, u anamnéz s těžkou depresí, při pacientově přání být léčen specialistou a u komorbidit, jejichž léčba by mohla ovlivnit volbu antidepresiv. Zásadní je také pacienta předat, pokud léčba v primární péči je i po 8–12 týdnech bez uspokojivé léčebné odpovědi.

Doporučení k hospitalizaci je samozřejmě nezbytné u sebevražedného pokusu nebo vážného podezření sebevraždy, eventuálně i proti vůli pacienta. Dále při stuporu, problému s příjmem potravy nebo tekutin, u agitovanosti, přítomnosti bludů a při potřebě zabránit tak negativním psychosociálním důsledkům.

Optimum je kombinace antidepresiv s psychoterapií

Obecně lze terapii deprese rozdělit na farmakologickou (kauzálně působí antidepresiva, symptomatologicky anxiolytika a hypnotika, při agitaci a psychotických symptomech se nasazují antipsychotika, kauzální terapií u bipolární poruchy jsou thymoprotektiva) a nefarmakologickou, zejména se jedná o psychoterapii a případně o alternativní, snadno dostupné metody. Antipsychotika a thymoprotektiva předepisuje jen specialista.

Nefarmakologická léčba přichází v úvahu jako monoterapie u lehké poruchy a za nepřítomnosti psychotických nebo melancholických příznaků, a nejsou-li v anamnéze psychosociální problémy. Doporučit lze i další postupy jako doplňkové, například fototerapii u sezonních depresí.

„Optimálním postupem je komplexní léčba, kombinace antidepresiv s psychoterapií. K psychoterapii ale přistoupíme až po zaléčení, jestliže jde o pacienta v těžkém stavu. Důležitá je i třetí složka, modi-

fikace životního stylu pacienta,“ konstatuje dr. Knápková.

Lékem první volby je pro praktického lékaře serotonin

Oproti dříve podávaným tricyklickým antidepresivům se nyní doporučuje v praxi PL spíše se jim vyhnout, a to pro jejich škálu nežádoucích účinků. Někdy je praktici nasazují i v případě bolestivých syndromů, například amitriptylin se podává u neuralgie trigeminu nebo u herpes zoster. „To ano, ale v malé dávce – 25 mg, avšak depresi bych jimi v ordinaci PL primárně neléčila,“ říká psychiatricka.

Lékem první volby je u depresi v ordinaci SSRI – escitalopram, citalopram, sertralín, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin. Výhodou je dobrá snášenlivost, liší se mezi sebou farmakokinetikou/dynamikou, jsou vhodné pro dlouhodobé podávání, jsou bezpečné i při předávkování, nepotencují účinek alkoholu. Jsou vhodné u organických depresí, u epilepsie, po traumatech mozku, po akutních cerebrovaskulárních příhodách, při demencích. Vhodné jsou i u kardiovaskulárních pacientů. Zvýšené riziko krvácení ukazují při současném podávání s perorálními antikoagulancii a nesteroidními antiflogistiky a s acetylsalicyláty. Častým (až 50 %) nežádoucím účinkem SSRI jsou sexuální dysfunkce. Vyšší lékové interakční potenciál mají fluoxetin, fluvoxamin a paroxetin.

Escitalopram – nejselektivnější inhibitor zpětného vychytávání serotoninu, má minimum lékových interakcí. Účinek nastupuje rychle (do 10 dnů), rychleji než u citalopramu. Zlepšuje i glykemickou kontrolu. Lehce bradykardizuje. Doporučená denní dávka (DD) je 10–20 mg ráno.

Citalopram – jeho výhodou je možnost podávání infuzí. DD je 20–60 mg, u starších lidí 10 mg ráno. V denních dávkách nad 40 mg je zapotřebí kontrolovat QT interval.

Sertralín – dobře snášené „širokospektré“ antidepresivum. Má kratší poločas vylučování a neovlivňuje srdeční činnost. Ze všech SSRI preparátů nejvíce ovlivňuje dopamin (ovlivnění dynamogenie), velmi vhodný je pro útlumové retardované deprese, u léčby deprese provázené úzkostí. Není nutná kontrola EKG. Má minimum farmakokinetických interakcí. DD je 50–200 mg, podává se zejména ráno, lze i večer. U starších lidí je dobré dávat poloviční nebo třetinové dávky, platí pravidlo „start low, go low“.

Fluoxetin – má nejdelší poločas vylučování (až 3 dny), aktivní metabolit 7 dní, je vhodný u nebezpečí vynechávání dávky. Má řadu interakcí i s běžnými léky. Jeho anti-depresivní účinek nastupuje pomalu. Není

vhodný u agitovaných depresí (může vyvolat až suicidální krizi). Nepoužívá se pro léčbu deprese u Parkinsonovy choroby. Podává se ráno, DD je 20–40 mg. Vhodný je u inhibovaných depresí, případně u atypické deprese s hypersomnií (aktivizuje).

Paroxetin – má široké spektrum účinků a významný anxiolytický efekt, zároveň ale je ze všech SSRI nejvíce anticholinergní. Má výrazný hypnosedativní efekt a již po jednom týdnu zlepšuje spánek. Je vhodný u agitovaných depresí s úzkostí a poruchou spánku. Nevýhodou je nejvyšší přírůstek na váze, je rizikový v těhotenství a je u něj pozorována i souvislost s kardiovaskulárními onemocněními. Není vhodný u pacientů s Parkinsonovou nemocí, může způsobit zhoršení motorických příznaků. Pozor je třeba dávat i na syndrom z vysazení, nesmí se vysazovat náhle. DD je 20–60 mg.

Některá další antidepresiva

Trazodon – antidepresivum (ATD) 3. generace, patří mezi SARI (serotonin-2 antagonist/reuptake inhibitor) – má zdvojené serotoninové působení, na serotoninových receptorech působí jako agonista i jako antagonist. Má i antihistaminové a silné alfa1-adrenolytické působení. Je to víceúčelové ATD – velmi rychle zlepšuje insomni, minimálně tlumí sexuální funkce, není po něm nárůst váhy a je u něj minimum lékových interakcí. Jeho indikace jsou depresivní a úzkostné poruchy a insomnie. Při úzkostech a výrazné nespavosti se doporučuje v první fázi upravit spánek trazodonom AC, následně lze pacienta převést na prolongovanou formu (snížení sedace jako antihistaminového nežádoucího účinku) k ovlivnění deprese a úzkosti v průběhu dne. Nemá se používat v kombinaci se SSRI a dalšími serotonergními léky. Není vhodný pro pacienty těsně po infarktu, způsobuje hypotenze.

Mirtazapín – duální antidepresivum, svým účinkem zvyšuje syntézu a uvolňování noradrenalinu a sertralinu (NaSSA). Lze ho užít u agitovaných i inhibovaných depresí. V denní dávce 15 mg má vyšší hypnosedativní efekt (antihistaminové působení), ale antidepresivní efekt má až DD 30/45 mg, užívá se na noc. U kombinace s alkoholem nebo benzodiazepiny je zesílení sedace. Nežádoucími účinky mirtazapinu jsou nejen sedace, ale i nárůst váhy (v průměru 2,8 kg za 6 týdnů), sucho v ústech, zácpa a noradrenergické závratě. Oproti SSRI ale účinkuje rychleji a má minimální vliv na sexuální funkce. Jeho indikací jsou anxiózní, agitované i inhibované deprese s poruchami spánku a sníženou chutí k jídlu.

Volba antidepresiva podle převažujících příznaků

- úzkostný pacient: trazodon (SSRI + BZD, mirtazapín)
- utlumený pacient: SSRI (sertralín, fluoxetin)
- pacient, u kterého nepřevažuje jednoznačně úzkost ani útlum: SSRI (escitalopram, citalopram), mirtazapín
- sexuálně aktivní pacient: trazodon, mirtazapín
- pacient s nadváhou: trazodon, SSRI
- gravidní: SSRI, kromě paroxetinu

Důležitá je dostatečná délka terapie (nejméně ještě 3–6 měsíců po odeznění příznaků v dostatečné denní dávce). ATD je třeba vysazovat postupně, po dobu nejméně jednoho týdne.

lu. Výhodné je jeho podávání u psychosomaticky nemocných.

Nedáváme najevo soucit, ale podporu

Mezi základní nefarmakologické metody v léčbě deprese patří psychoterapie. Základní psychoterapeutické kroky by s nemocným měl provádět už lékař v primární péči při jejím zachytu a diagnostice. Psychoterapeutické metody pomáhají pacientovi depresi porozumět, učí ho zacházet s jeho příznaky a problémy (kognitivně-behaviorální terapie).

Ovlivnit bývá třeba také pacientův životní styl, mezi snadno dostupné metody v tomto směru patří pravidelná fyzická aktivita, struktura dne, zdravá strava, případně některá fytofarmaka (pozor, se serotoninovými preparáty se nesmí kombinovat třebažalka!), dodržování „spánkového desatera“, expozice dennímu světlu, aromaterapie a velmi účinná bývá i „zooterapie domácími mazlíčky“.

„Pacienta s depresí se rozhodně ne snažíme rozveselovat a také mu nedáváme najevo soucit, ale podporu. Neapelujeme na jeho vůli, ale přesvědčujeme ho, že jeho stav je psychickou poruchou, za kterou nemůže, ale že jde o léčitelnou nemoc. Snažíme se ho podpořit v určitých aktivitách, ale nesmí jít o náročné cíle a úkoly. V neposlední řadě ho podpoříme v důvěře k provádění léčby a k užívání léků. Vždy také sledujeme riziko sebevraždy, protože deprese může být ve svých důsledcích pro pacienta fatální,“ zdůrazňuje dr. Knápková.

(11)

Jaké dávky vitaminu D jsou pro děti bezpečné?

Zavedení suplementace vitaminu D u novorozenců a kojenců představovalo bezesporu zásadní krok k předcházení křivice. Studie v minulých letech poukázaly také na komplexní vlivy vitaminu D na imunitu a jeho roli v prevenci řady nemocí. V odborné veřejnosti probíhá nadále diskuse o vhodném dávkování, a to jak z hlediska pozitivních účinků, tak z hlediska bezpečnosti. V časopise JAMA vyšel v roce 2022 článek naznačující, že ani relativně vysoké dávky vitaminu D nemusí být pro dětský organismus škodlivé.

Vitamin D je souhrnné označení steroidních hormonálních látek odpovědných za metabolismus vápníku. Jeho hladina ovlivňuje mineralizaci kostí a tvorbu kostní matrix už v prenatálním období. V dětském věku se pak nedostatek vitaminu D primárně projevuje rozvojem rachitidy neboli křivice – proto odborné pediatrické společnosti doporučují jeho plošnou suplementaci v novorozeneckém a částečně i kojeneckém věku.

Kromě toho se v literatuře uvádí příznivý komplexní vliv vitaminu D na fungování imunity. Vitamin D například chrání před rozvojem řady autoimunitních nemocí, jako jsou alergie, astma, roztroušená skleróza, revmatoidní artritida nebo diabetes mellitus 1. typu. Zmírňuje také průběh infekcí dolních cest dýchacích a v poměrně širokou známost vešlo, že se protektivně uplatňuje i v případě covidu-19. Dostatek vitaminu D zlepšuje svalovou výkonnost, naopak jeho nedostatek může přispívat k obezitě. Objevily se také studie poukazující na souvislost nedostatku vitaminu D a rozvoje některých onkologických onemocnění.

Hladina vitaminu D se odvozuje od sérové koncentrace 25-hydroxycholecalciferolu (25-OHD), tedy převažující formy vitaminu D₃ v krvi. Nejdůležitějším zdrojem vitaminu D je sluneční záření.



ilustrační foto: 123rf.com

Nejvyšší hladiny 25-OHD jsou proto zaznamenávány na konci léta, naopak v zimních měsících může hrozit nedostatek vitaminu D ve větší míře. Podle literatury, respektive Doporučeného postupu České pediatrické společnosti a Odborné

společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP pro suplementaci dětí a dospívajících vitaminem D z roku 2019, lze v naší zeměpisné šířce dostatečné hladiny vitaminu D dosáhnout hodinovou expozicí tváře a rukou polednímu slunci od dubna do září. U zdravých jedinců se vitamin D ukládá v tukové tkáni a tyto zásoby pak dostačují po celý rok. K předávkování vitaminem D, které vede k hyperkalcemii, vlivem slunečního záření dojít nemůže.

Z potravinových zdrojů jsou nejbohatší ryby, drůbež nebo mléčné výrobky, ovšem ze stravy lidský organismus získává jen zhruba 10 % vitaminu D a studie z roku 2012 (Tláškal P, Hrstková H, Schwartz M, et al. Výživové zvyklosti českých školních dětí 1. část: Výběr potravin a vitaminy. Výživa a potraviny. 2012;3:25–28) došla k závěru, že příjem vitaminu D z potravy není u českých dětí dostatečný k udržení jeho optimální hladiny.

Tab. 1 Přehled doporučené podávání vitaminu D (IU/den) dětem a adolescentům. Při terapii a vždy u rizikových jedinců je třeba zajistit dostatečný příjem kalcia.

Věk	Fyziologičtí/bez rizikových faktorů	Riziková	
	Profylaxe	Prokázaný deficit*	Normální hladiny 25-OHD
0–12 měsíců	400–500 (včetně nedonošených)	1000–2000	400–500
1–18 let	Ne	1000–4000	Observace à 1 rok

*Deficit vitaminu D je jednoznačně prokázán v případě koncentrace 25-OHD < 50 nmol/l a elevace ALP, respektive PTH. U dětí s 25-OHD < 30 nmol/l a normální ALP a PTH se rozhodujeme individuálně podle celkového stavu pacienta, příjmu kalcia ve stravě a kompenzace jeho chronického onemocnění.

Zdroj: Doporučený postup České pediatrické společnosti a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP pro suplementaci dětí a dospívajících vitaminem D.

Shrnutí Doporučení České pediatrické společnosti a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

- Zdravým fyziologickým i rizikovým novorozencům a kojencům podáváme profylakticky 400–500 IU vitamínu D p. o. v jedné denní dávce počínaje druhým týdnem věku do konce 1. roku života.
- U nedonošených jedinců by měla být od propuštění do domácí péče až do jednoho roku korigovaného věku podávána dávka vitamínu D 400–500 IU/den (max. 1000 IU) navíc k ostatním zdrojům.
- U všech dětí a adolescentů je třeba podporovat zdravý životní styl, neboť zásadním zdrojem vitamínu D je sluneční záření, vedlejším zdrojem pak strava bohatá na vitamín D.
- U rizikových skupin dětí je vhodné cíleně pátrat po deficitu vitamínu D a případně jej substituovat. Základem vyšetřování zásobením organismu vitamínem D je podrobná anamnéza (jídelní návyky, expozice slunečnímu záření, potravinové doplňky). V případě pochybností je vhodné ověření sérové hladiny 25-OHD, která je pro zdravý kalciumfosfátový a kostní metabolismus dostačující ve výši 25–30 nmol/l (spolu s vyšetřením kalcemie, ALP a PTH). Rozmezí 30–50 nmol/l může značit insuficienci, v takovém případě je vhodné zajistit dostatečný příjem kalcia ve stravě a případně opakovat vyšetření hladin s odstupem.
- Zjistíme-li současně nízkou koncentraci 25-OHD a elevaci ALP či PTH, zahajujeme léčbu vždy, a to v počáteční dávce 1000–2000 IU vitamínu D denně p. o. a současně doporučíme zvýšený příjem kalcia ve stravě. Dále postupujeme podle dynamiky klíčových parametrů.
- Plošná suplementace těhotných vitamínem D je doporučena v dávce 400–500 IU/den. U kojících žen pokračujeme v suplementaci vitamínem D stejně jako před porodem, a navíc doplňujeme kalcium v dávce 1000 mg/den.

Doporučené dávkování suplementace vitamínu D

Česká pediatrická společnost a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP zejména s ohledem na prevenci rachitidy doporučuje podávat perorálně jak dětem kojeným, tak kojencům živěným náhradní kojeneckou mléčnou výživou od druhého týdne života v průběhu celého prvního roku vitamín D3 v dávce 400–500 IU denně (1 µg odpovídá 40 IU).

Jak doporučení uvádí, Evropský úřad pro bezpečnost potravin považuje za horní přípustnou horní hranici denního příjmu vitamínu D u zdravého kojence 1000 IU (tento celkový příjem ve stravě zahrnuje také vitamín D obsažený v kojených formulích, příkrmech, případně potravinových doplňcích).

U dětí starších jednoho roku se paušálně suplementace vitamínem D nedoporučuje. V případě rizikových pacientů se provádění kontroly nedostatku vita-

minu D řídí doporučeními pro konkrétní diagnózu.

Stejně jako prospěšnost vitamínu D se v doporučeních zohledňuje také bezpečnost dávek vitamínu D. Předávkování vitamínem D se projevuje neprospíváním, nechutenstvím, zvracením, zácpou, polyurií, polydipsií, dlouhodobě také nefrokalcinózou, vaskulárními či jinými ektopickými kalcifikacemi. Laboratorně se předávkování zjišťuje prostřednictvím hyperkalcemie, hyperfosfatemie, elevace alkalické fosfatázy (ALP) či parathormonu (PTH), zvýšení 25-OHD a vysokého Ca/kreatininového indexu. Právě s těmito parametry také pracovali autoři studie publikované v časopise *The Journal of the American Medical Association* – JAMA pro posouzení bezpečnosti pravidelných i jednorázových dávek.

JAMA – vysoké dávky vitamínu D možná neškodí

Cílem přehledového článku v časopise JAMA bylo posoudit riziko nežá-

doucích příhod při vysokých dávkách suplementace vitamínem D u dětí ve věku 0–6 let. Vysokou dávku autoři definovali u dětí ve věku 0–1 rok jako vyšší než 1000 IU/den a u dětí ve věku 1–6 let vyšší než 2000 IU/den. Rozpětí dávek, se kterými se v jednotlivých studiích setkali, bylo 1200–10 000 IU u pravidelných, každodenních dávek a 1200–600 000 u jednorázových dávek. Autoři zohledňovali nežádoucí příhody, vážné nežádoucí příhody, hladiny 25-OHD, vápníku, ALP, PTH, fosfátu nebo Ca/kreatininový index.

Metaanalýza 32 randomizovaných klinických studií s více než 8400 účastníky ukázala, že nežádoucí příhody vlivem vysokých dávek vitamínu D se vyskytovaly poměrně vzácně a většina z evidovaných abnormálních hladin sledovaných ukazatelů nebyla interpretována jako závažná nebo jasně související s vysokými dávkami vitamínu či zvýšenou hladinou 25-OHD.

V osmi studiích se ve srovnání se skupinami, jimž byly podávány nízké nebo žádné dávky vitamínu D, neprojevovalo jakékoli riziko zvýšeného výskytu závažných nežádoucích příhod, ať už v případě jednorázových, nebo každodenních vysokých dávek vitamínu. Statisticky autoři nezaznamenali žádný rozdíl v hlášeních hyperkalcemie a abnormálního poměru Ca/kreatininu v moči nebo hodnot ALP, PTH či fosfátu. Výsledky podle autorů naznačují, že i relativně vysoké dávky vitamínu D v daném rozmezí by mohly být pro děti do šesti let věku relativně bezpečné, ačkoli autoři zároveň připouštějí, že získaná data nejsou pro definitivní závěry dostačující. Upozorňují také, že jednotlivé analyzované studie se lišily v časovém rozpětí, které zohledňovaly. Obecně v tomto ohledu chybí dostatečné údaje o dlouhodobých nežádoucích účincích a klinické studie s velkými kohortami. V úvahu je také třeba brát různé diagnózy, které nějakým způsobem ovlivňují dětský metabolismus.

Vzhledem k mnoha pozitivním účinkům vitamínu D se ovšem podle autorů jedná o důležitý příspěvek do diskuse a další analýzy této problematiky by měly následovat. Pokud by se nízká rizikovitost i relativně vysokých dávek vitamínu D prokázala, mohlo by jejich podávání u dětí ve věku do šesti let významněji pomáhat v prevenci řady onemocnění kromě rachitidy – například v prevenci chřipky nebo zánětů plic.

Mgr. Lukáš Malý

ČR nadále zůstává zemí s relativně nízkou úrovní infekce HIV/AIDS

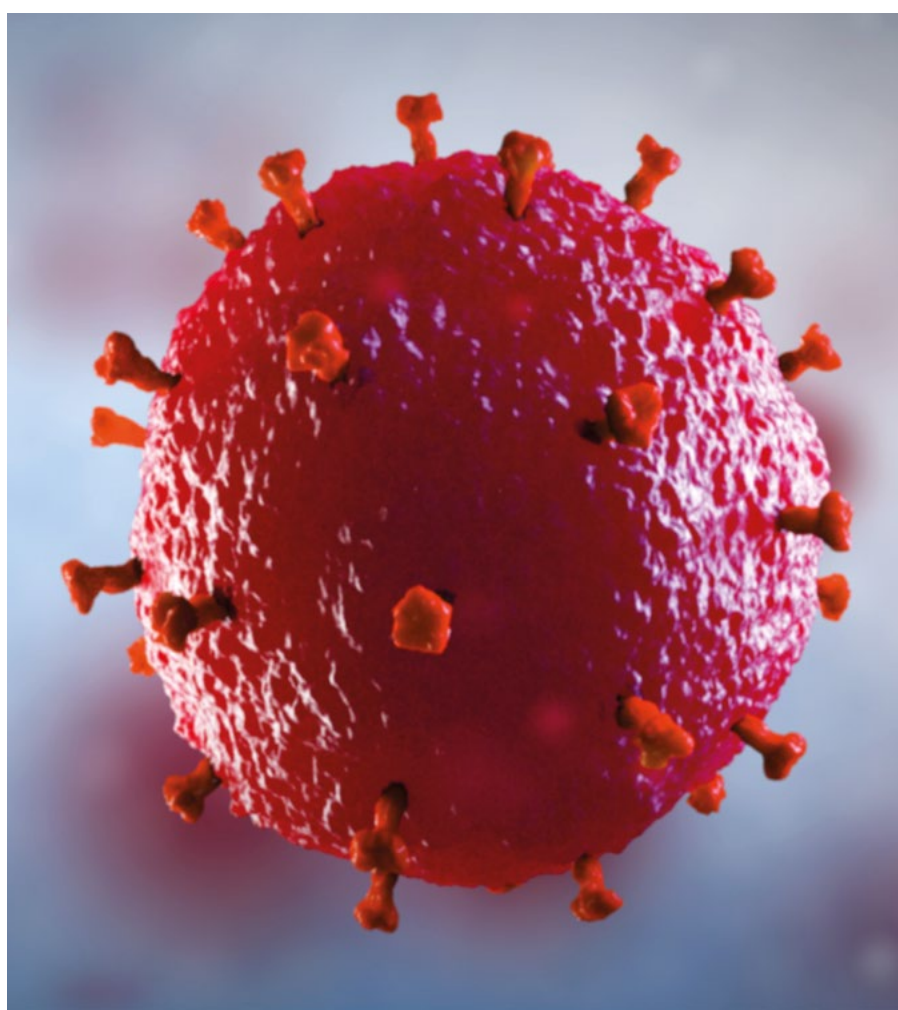
Poslední data Státního zdravotního ústavu ukazují, že v roce 2022 Česká republika byla zemí s relativně nízkou úrovní infekce HIV/AIDS v rámci světa i Evropy, a to jak z pohledu relativního počtu nových případů, který se pohybuje kolem 2 případů na 100 000 obyvatel, tak z pohledu kumulativního počtu HIV infekcí. Situaci výrazně ovlivnila migrace v důsledku válečného konfliktu na Ukrajině. Dobrou zprávou je, že naprostá většina z infikovaných uprchlíků ví o své HIV pozitivitě, léčila se dosud na Ukrajině a v ČR požádala o pokračování léčby. Infekčnost člověka je totiž při řádné léčbě minimální a přenos infekce na další jedince je u léčeného nepravděpodobný.

„Od roku 2019 do roku 2021 průměrně v České republice přibýlo 235 nových případů HIV. Kumulativně pak bylo za období 1. 10. 1985 do 31. 10. 2022 zaznamenáno celkem 4323 případů. Loňské statistiky významně ovlivnila migrace v důsledku válečného konfliktu na Ukrajině. Proto jsme, z důvodu jasnějšího hodnocení vlivu migrace, data o HIV pozitivních uprchlících evidovali a analyzovali odděleně od běžně zpracovávaných dat občanů ČR a rezidentů, tedy cizinců s dlouhodobým pobytem v Česku,“ vysvětluje RNDr. Vratislav Němeček, CSc., vedoucí Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS Státního zdravotního ústavu.

Data o výskytu HIV v roce 2022 u občanů ČR a rezidentů

V prvních deseti měsících roku 2022 bylo celkem nově zaznamenáno 249 případů u občanů ČR a rezidentů. Mezi nimi je 201 mužů a 48 žen. Průměrný věk nově zjištěných případů byl 38,2 roku, s věkovým rozpětím od 18 do 70 let. Při zjištění HIV infekce bylo 173 (69,5 %) infikovaných v asymptomatickém stadiu a 21 (8,4 %) ve stadiu akutní infekce. Pozdní záchyty představuje 18 (7,2 %) nemocných ve stadiu symptomatickém non-AIDS, a zejména 37 (14,9 %) s onemocněním AIDS.

Nejvíce nových případů uvádí obvyklé bydliště v Praze (32,9 %) a dále s odstupem v Jihomoravském (10,8 %) a Středočeském (8,8 %) kraji. Z 249 nových případů HIV infekce v roce 2022 bylo 139 rezidentů neboli cizinců s dlouhodobým pobytem v Česku (55,8 %). Pocházejí z Ukrajiny (89), Slovenska (8), Ruska (8), Moldavska (4), Polska (4) a dalších 22



Ilustrační foto: 123rf.com

zemí. Podíl rezidentů dlouhodobě narůstá a letos poprvé přesáhl hranici 50 %. Počet rezidentů je oproti loňskému počtu za stejné období o 61 vyšší. „Nárůst zejména souvisí s vyššími počty nově evidovaných Ukrajinců, kteří žili v ČR, a nemají tudíž status uprchlíka. Dvě třetiny z nich věděly o své HIV pozitivitě, léčbu dosud získávaly na Ukrajině a kvůli válečné situaci požádaly o zajištění kontinuity léčby HIV infekce v ČR,“ vysvětluje RNDr. Marek

Malý, CSc., vedoucí oddělení biostatistiky SZÚ.

V ČR stále dominuje přenos infekce HIV sexuální cestou (83,1 % případů v deseti měsících roku 2022), přitom 130 (52,2 %) nových případů bylo zjištěno u mužů majících sex s muži (z nich 3 byli také injekčními uživateli drog). K heterosexuálnímu přenosu infekce došlo u 30,9 % nových případů, a to u 43 mužů a 34 žen. Podíl přenosu prostřednictvím injekčního uží-

vání drog je v ČR, na rozdíl od přenosu sexuálního, i nadále nízký, v roce 2021 byl zaznamenán u 8 osob (3,2 %).

V roce 2022 bylo dále nově zjištěno 41 případů onemocnění AIDS (20 u občanů ČR, 21 u rezidentů) a většinou (90,2 %) šlo o pozdní záchyty, kdy byla infekce HIV prokázána až ve stadiu AIDS. Zaznamenali jsme 10 úmrtí pacientů ve stadiu AIDS, a to v průměrném věku 57 let, a dále 4 úmrtí nemocných s HIV z jiné příčiny. Těm bylo průměrně 45 let.

„Je velmi dobrou zprávou, že u pacientů, kteří jsou v péči HIV center, v posledních pěti letech významně narůstal podíl těch, kteří jsou léčeni, a loni už přesáhl 97 %. Stále ale trvá nepříznivá situace vysokého výskytu dalších sledovaných sexuálně přenosných infekcí u HIV pozitivních. V roce 2021 bylo u nich nově zjištěno 140 případů syfilis, 94 případů kapavky a 11 případů lymphogranuloma venereum. V naprosté většině se tyto další infekce vyskytly u mužů majících sex s muži,“ popisuje situaci MUDr. Hana Zákoucká, vedoucí oddělení sexuálně přenosných infekcí.

U syfilis zcela převažuje časná infekce (92,9 %), která je z hlediska rizika přenosu na další sexuální partnery nejnebez-

pečnější. U 50,7 % případů syfilis a 63,8 % případů kapavky se jedná o reinfekci, což představuje výrazně vyšší výskyt reinfekcí než v populaci HIV negativních osob, v níž podíl reinfekcí dosáhl 10,8 %.

Data o výskytu HIV v roce 2022 u uprchlíků z Ukrajiny

Od začátku vojenského konfliktu do konce října 2022 přišlo do ČR podle údajů Ministerstva vnitra celkem 422 125 uprchlíků, z toho 23,6 % mužů nad 15 let, 50,0 % žen nad 15 let a 26,4 % dětí do 15 let. Za stejné období bylo evidováno 537 HIV pozitivních uprchlíků z Ukrajiny (166 mužů, 353 žen a 18 dětí do 15 let), přičemž přes 70 % z nich se přihlásilo do péče v období od března do června.

„Je důležité zdůraznit, že naprostá většina z těchto uprchlíků (asi 92 %) věděla o své HIV pozitivitě, léčila se dosud na Ukrajině a v ČR požádala o zajištění kontinuity léčby HIV infekce. Antiretrovirová léčba hraje zásadní roli při zábráně šíření infekce, neboť infekčnost setrvale řádně léčených osob je minimální, tudíž přenos infekce je nepravděpodobný. Díky spolupráci kontaktních center pro lidi prchající před válkou na Ukrajině, která

pomohla informovat příchozí o bezplatných možnostech testování a léčby, a také díky osvětovým materiálům připraveným v mateřštině příchozích se dařilo a daří situaci velice dobře zvládat a tím minimalizovat rizika přenosu infekce,“ uvedla ředitelka Státního zdravotního ústavu MUDr. Barbora Macková.

Rizikem samozřejmě mohou být lidé, kteří nevědí o své HIV pozitivitě nebo vědí, ale neléčí se. Takové osoby jsou jak mezi občany ČR, tak mezi rezidenty. Na základě matematického modelu se jejich počet odhaduje na zhruba 600.

Kumulativní data od roku 1985 – občané ČR a rezidenti

Co se týká celkových čísel, od zahájení sledování infekcí HIV, tj. od 1. 10. 1985 do 31. 10. 2022, bylo v ČR celkově zjištěno 4323 případů HIV positivity u občanů Česka (3070) a rezidentů (1253), z toho bylo 3696 (85,5 %) mužů a 627 (14,5 %) žen. U 816 z nich (664 mužů, 152 žen) došlo k rozvinutí onemocnění AIDS. Ze 4323 pacientů již zemřelo 556 (12,9 %), přičemž 366 úmrtí bylo ve stadiu AIDS (44,9 % ze všech nemocných s AIDS) a 190 z jiné příčiny.

Zdroj: (SZÚ)



Robotická kolorektální chirurgie

„Naše pracoviště se dlouhodobě zabývá chirurgickou léčbou nádorů tlustého střeva a konečníku. Chirurgická léčba těchto nádorů prošla velkým vývojem, od limitovaných resekcí tlustého střeva po komplexní resekce s odstraněním spádových lymfatických uzlin. U operací pro nádory konečníku je kladen důraz kromě onkologické radikality také na funkční výsledky,“ říká primář Filip Pazdírek z motolské chirurgické kliniky.

Díky technologickému vývoji je operační technika čím dál více preciznější. Zdokonalením operační techniky a vyvinutím sofistikovaných nástrojů se u více pacientů oproti minulosti podaří obnovit kontinuitu zažívací trubice bez nutnosti střevního vývodu. Milníkem v kolorektální chirurgii bylo zavedení laparoskopie. Laparoskopie pacientům zkrátila dobu pobytu v nemocnici a urychlila rekonvalescenci.

V ČR je stále jen 25 % kolorektálních resekcí prováděno laparoskopicky. Důvodem může být zdalší learning curve a obtížnější manipulace s nástroji související s jejich technologickými limity.

Laparoskopické nástroje mají omezený rozsah pohybů a vzhledem k jejich paralelnímu postavení může být disekce v úzkém a hlubokém prostoru obtížná. Zejména při

operacích v hloubi malé pánve se ukazují limity laparoskopického operování.

Výhody robotických operací

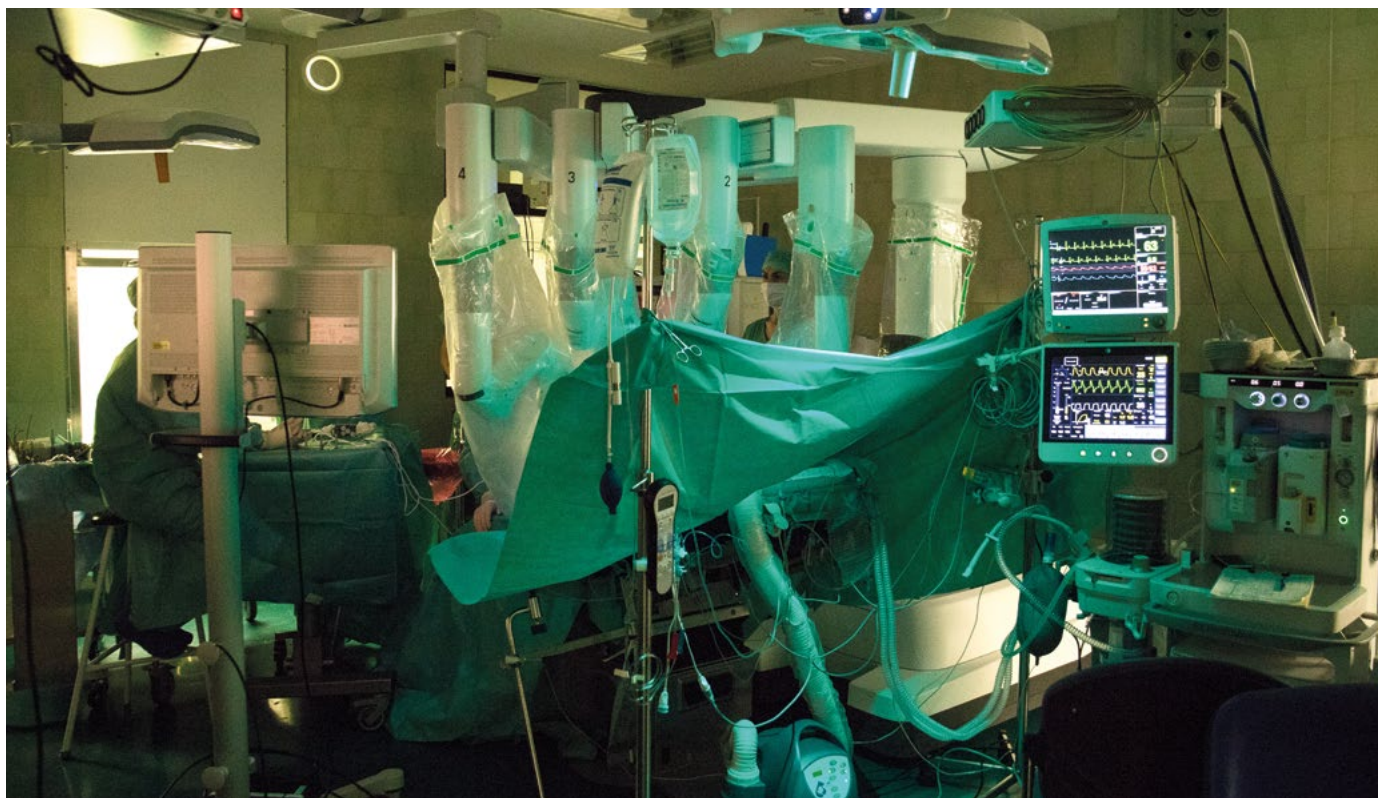
Ve snaze o eliminaci těchto nedostatků byl vyvinut robotický operační systém. Systém se skládá z vlastního manipulátoru s operačními nástroji umístěného u pacienta. Dále systém tvoří ovládací konzole umístěná samostatně. Tato konzole umožňuje 3D pohled do operačního pole. Nezbytnou součástí systému je procesorová a elektrokoagulační jednotka. Robotické nástroje mají kloub zajišťující velký rozsah pohybů. Je eliminován tremor, obraz je proto velmi stabilní, navíc ve vysokém rozlišení. Robotická operace přináší oproti laparoskopii mnohem lepší vizualizaci a také mnohem

lepší manipulaci díky většímu rozsahu pohybu operačními nástroji. Ovládání celého systému je velmi intuitivní a learning curve ve srovnání s laparoskopií je kratší. Disekce může být vedena velmi šetrně v embryonální vrstvě. Díky tomu je poškození tkání minimalizováno, krevní ztráta je velmi malá. Pooperačně mají pacienti menší počet komplikací s lepšími funkčními výsledky. Miniinvazivní kolorektální operace trvají v průměru 150–200 minut. Díky výborné ergonomii systému jsou robotické operace pro chirurga méně fyzicky náročné.

Možné nevýhody

Nevýhodou robotické operativy jsou vyšší náklady na pořízení systému i vyšší náklady





dy za provedené operace. Vzhledem k lepšímu pooperačnímu průběhu roboticky operovaných pacientů je rozdíl těchto nákladů ponížen.

Dalším rozdílem oproti laparoskopii je precizní školicí program kompletně zajiš-

těný výrobcem operačního robota firmou Intuitive. Aby chirurg mohl operovat s robotem, je nutné toto speciální proškolení absolvovat. Součástí systému je virtuální simulátor. V úplném úvodu je nutné absolvovat minimálně 10 hodin práce na tomto simulátoru. Zde se chirurg naučí základním dovednostem při ovládání přístroje. Pokračuje výkonem na zvířeti a následně na speciálně fixovaném kadáveru pod vedením školitele v některém z vybraných školicích center. Poté již pod vedením školitele následuje operace na vlastním pracovišti. Po 10 až 15 výkonech je operace provedena opět se školitelem a jsou upřesněny a zdokonaleny prováděné postupy. Celé školení je vedeno velmi systematicky se snahou o standardizaci a sjednocení prováděných operačních postupů a tím zkvalitnění prováděných operací.

Od roku 2015 dochází celosvětově k prudkému rozvoji robotické operativy. Určitou brzdou rozvoje robotické operativy v ČR byla omezená úhrada zdravotními pojišťovnami. Postupným úsilím odborných společností se nyní rozšiřuje spektrum hrazených robotických výkonů. V kolorektální chirurgii se spektrum výkonů po nádorech rektu podařilo rozšířit o robotické resekce celého tlustého střeva.

V Motole mají dva

Ve Fakultní nemocnici Motol byl robotický systém instalován v roce 2018, od loňského

roku jsou díky podpoře vedení nemocnice instalovány již systémy dva. Konkrétně se jedná o nejnovější generaci operačního robota DaVinci Xi. Oba systémy jsou v nemocnici využívány napříč operačními obory (urology, koloproktology, hrudními chirurgy, lékaři ORL, gynekology a dětskými chirurgy). Na obou systémech je provedeno přes 700 operací ročně. Díky širokému rozsahu odborností jsme schopni provádět roboticky i komplikované multioborové výkony. Jen naše pracoviště provede ročně téměř 140 kolorektálních robotických resekcí. Naše pracoviště se loňského roku také zařadilo mezi mezinárodní školicí centra.

V současnosti je robotický systém velmi sofistikovaný, ale rukou chirurga zcela ovládaný systém.

Postupem času pravděpodobně dojde k implementaci nových technologií, například anatomických map, a nepochybně také k zavedení prvků umělé inteligence. V delším časovém horizontu lze očekávat, že právě za pomoci umělé inteligence a strojového učení budou některé obtížné části operace prováděny robotickým systémem zcela autonomně.

Robotická chirurgie má nepochybně budoucnost a rádi se budeme dále podílet na jejím rozvoji.

prim. MUDr. Filip Pazdírek, Ph.D.
Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol

foto: archiv Filipa Pazdířky
a FN Motol



Primář Filip Pazdírek

Moderní vzdělávání v anesteziologii a intenzivní medicíně

Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem patří mezi česká špičková pracoviště, k čemuž významně přispívá také zdejší unikátní vzdělávací systém (KAPIM), který vám v článku blíže představíme. Díky němu klinika nově získala plnou mezinárodní akreditaci svého vzdělávacího programu od European Society of Anaesthesia and Intensive Care, a stala se tak jedním z evropských center excellence.

Úspěšným ziskem plné akreditace Accreditation of Training in Anaesthesiology and Intensive Care (ATAIC) Evropské společnosti anesteziologie a intenzivní medicíny bylo završeno osmileté úsilí při tvorbě vzdělávacího programu oboru anesteziologie a intenzivní medicína. Lékaři nastupující na kliniku tak mají potvrzeno, že oborové vzdělávání je na stejné úrovni jako v respektovaných evropských centrech. Prestižní pracoviště Krajské zdravotní, a.s., je první v ČR, které tuto akreditaci v oboru anesteziologie a intenzivní medicína získalo.

KAPIM dlouhodobě pokládá vzdělávání lékařů za klíčovou součást svého portfolia činností. Nejde však jen o zmíněnou akreditaci. Dlouhodobě podporujeme naše lékaře v získání evropských diplomů EDIC nebo DESA. Vnímám jako důležité znalosti našich lékařů vztahovat i k jiné a vyšší látce, než je národní atestace. Absolvování akreditovaného vzdělávacího programu, případně získání evropské atestace také zvyšuje hodnotu lékaře na trhu práce. I proto je naše pracoviště pro studenty lékařských fakult atraktivní.

Absolvováním lékařské fakulty získává lékař odbornou způsobilost k vykonávání povolání lékaře a obvykle si volí další specializační obor. Pro získání specializované způsobilosti v anesteziologii a intenzivní medicíně slouží v České republice vzdělávací program skládající se z tzv. anesteziologického kmene a vlastního specializovaného výcviku. Obsah programu daný zákonem (vyhláškou) se promítá do vzdělávacího systému každého z pracovišť, která se ale svými podmínkami pro vzdělávání a jeho kvalitou napříč republikou velice liší.



Jak se začíná u nás

Na naší klinice začíná vzdělávání nového lékaře (rezidenta) v anesteziologii pod přímým vedením školitele (plně kvalifikovaného/atestovaného lékaře, tzv. konzultanta). Zahájení práce v prostředí náročném na odborné znalosti, dovednosti a komunikační schopnosti významně usnadňuje úvodní čtrnáctidenní seznámení se se všemi anesteziologickými pracovišti, během kterého rezident stínuje práci anesteziologické sestry. Tato perioda, byť krátká, má nedocenitelný přínos pro budoucí kvalitu práce anesteziologického týmu.

Vzdělávací program KAPIM je postaven na postupném i paralelním získávání kompetencí a odborných znalostí v jednotlivých částech našeho oboru. Rozdělení programu do menších celků umožňuje jejich jasné vymezení a je v souladu s mezinárodními doporučeními a uznávanými zahraničními vzdělávacími programy pracovišť stejného typu. Výběrem jmenujeme moduly Základy anesteziologie 1 a 2, Dětská anesteziologie 1, Epidurální anestezie a analgezie.

Během prvních postgraduálních let, která odpovídají tzv. základnímu kmeni, je kladen velký důraz na schopnost aplikovat znalosti anatomie, fyziologie, biofyziky či farmakologie v denní praxi anesteziologa. Pouze důkladné zvládnutí těchto znalostí umožňuje výcvik v kvalitním a bezpečném provádění anesteziologické péče v základ-

ních oborech, jako je např. obecná chirurgie, ortopedie aj., a poté též v náročnějších podoborech, jako je např. neurochirurgie či porodnická anesteziologie.

Další část procesu

V další části vzdělávání pokračuje rezident v intenzivní péči. Rezidenti se zapojují do intenzivní péče od počátku, tj. od získání dovedností k rozpoznání hrozícího či přítomného život ohrožujícího stavu pacienta, a následně se zabývají jeho léčbou. Naše pracoviště je mezioborové, navíc Masarykova nemocnice sdružuje centra nejvyšší úrovně péče, mimo jiné v traumatologii, neurochirurgii, kardiokirurgii či robotické chirurgii, což poskytuje možnost vzdělání v celé škále perioperační medicíny.

Systém hodnocení znalostí i praktických dovedností je nedílnou významnou součástí vzdělávacího programu a umožňuje standardizaci získávání odborných kompetencí všech lékařů. Pravidelná zkoušení a časté konzultace se školiteli také rozvíjejí schopnosti rezidentů komunikovat na patřičné odborné úrovni a rozvíjí tzv. soft-skills (profesionalismus, asertivitu, schopnost obhajovat svá rozhodnutí), které jsou nutné pro naše z principu mezioborové pracovní zapojení.

Naše pracoviště má již mnoho let také významné postavení na poli regionální (svodné) anestezie, která je ve vzdělávání rezidentů na české poměry nadprůměrně



MUDr. Josef Škola, EDIC

primář Kliniky anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

zastoupena. Příspěvek ke kvalitě anesteziologické péče a chirurgické léčby všech pacientů nejen Ústeckého kraje a kvalita našich lékařů v pozici lektorů jsou také důvody, proč na klinice probíhají mezinárodní školení a workshopy v regionální anestezii.

Vzdělávání po základním kmeni pokračuje získáváním znalostí a dovedností v pokročilých podoborech anesteziologie a intenzivní medicíny. Naše klinika patří mezi vybraná pracoviště, kde probíhá nadstandardní trénink v pokročilých metodách, jako je bronchoskopie, sonografie, echokardiografie, náhrada funkce ledvin či léčebná výměna plazmy (plazmaferéza). Lékaři se již během předatestační přípravy vzdělávají v péči i o ty nejtěžší pacienty v septickém šoku, na umělé plicní ventilaci či mimotělní orgánové podpoře, včetně ECMO.

Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny je multioborové pracoviště poskytující vysoce specializovanou péči v oboru anesteziologie a intenzivní medicíny v celém věkovém spektru pacientů. Je důležitou součástí Traumacentra a Komplexního cerebrovaskulárního centra. Každoročně poskytne intenzivní a perioperační péči více než 2000 pacientům a anestezii pro 15 000 operačních i jiných výkonů.

MUDr. Josef Škola, EDIC

foto: archiv autora

a FZS Univerzita J. E. P. v Ústí nad Labem



Školám pomůže s prevencí rizikového chování nová digitální platforma

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy spustila koncem loňského roku Interaktivní platformu podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování (IPREV). Platforma je završením více než dvacetiletého vývoje v oblasti podpory, vývoje a výzkumu preventivních programů realizovaných na 1. lékařské fakultě. Kombinuje hlavní výsledky předchozích mezinárodních i národních projektů, kompletně je převádí do digitální podoby a je součástí významného posunu telemedicíny v této oblasti.

Interaktivní platforma podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování je určena zejména pro více než čtyři tisíce českých základních škol, konkrétně pro jejich ředitele, školní poradenská pracoviště a školní metodiky prevence. Ti zde naleznou velké množství programů a vzdělávacích kurzů ze všech oblastí prevence. Dozvědí se tak například, jak předcházet šikaně a snižovat riziko jejího výskytu, jak řešit nebezpečné situace ve škole, jak čelit vysokému riziku drogové závislosti, ale i to, jak ve škole zlepšit sociální klima nebo zajistit zdravé stravování. „Spuštění systému IPREV je skutečně průlomové, završujeme jím mnohaleté celonárodní úsilí vybudovat komplexní, robustní systém v oblasti podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování dětí a mládeže,“ vyzdvihuje přednosta Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze profesor Michal Miovský a dodává: „Naším cílem je, aby platforma pokryla prevenci u dětí především na základních školách. Prevence má totiž nejlepší výsledky právě u žáků druhého stupně – řečeno v naší terminologii, je u nich nejvyšší míra preventability rizikového chování. Aby ale byla prevence účinná, je nutné na ni žáky připravit již na prvním stupni a realizovat část programů u mladších věkových skupin.“

IPREV má ambici nabídnout školám a dalším poskytovatelům prevence komplexní servis a sloužit odborníkům pracujícím s dětmi. Zároveň by měla být také komunikačním rozhraním, které propojuje regionální organizace a pomáhá rozvíjet strategii komunitní preventivní práce. Naprosto zásadní je tak v celém systému spolupráce s krajskými a okresními metodiky prevence, zástupci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva zdravotnictví a dalších resortů, a především pak přímo se školami. Vzniká tak podpůrná síť, ve které například neziskové organizace či poradny zajišťují pro školy specializované

preventivní programy. Platforma je také výukovým a tréninkovým prostorem pro studenty a pedagogy Univerzity Karlovy, kteří zde naleznou data pro realizaci výzkumných a evaluačních studií, a propojuje pracoviště a pracovníky z praxe s akademickou sférou.

Provozovatelem IPREV je Univerzita Karlova, která pro zajištění platformy vytvořila unikátní konsorcium institucí podílejících se na jejím vývoji a chodu. Tvoří ho Státní zdravotní ústav, Diagnostický ústav a středisko výchovné péče Praha 4, Pedagogicko-psychologická poradna Brno a Odborná společnost pro prevenci rizikového chování. Konsorcium úzce spolupracuje s klíčovými partnery, kterými jsou Česká školní inspekce, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, kraje a další. Cílem spolupráce je, aby výsledný produkt nabízel uživatelsky přátelské prostředí a umožnil hladké připojení a následnou aktivní účast. Na dalším rozvoji systému se pak budou podílet i sami uživatelé. „Prevence a řešení rizikového chování, podpora duševního zdraví a celkově pozitivního a zdravého klimatu patří mezi nejvýznamnější témata současnosti v oblasti vzdělávání. Třídní kolektivy jsou velmi heterogenní a ve školách jsou vzdělávání žáci různorodých charakteristik a potřeb. To s sebou nese velké nároky na vedení škol i učitele, kteří musí disponovat rozmanitými znalostmi a dovednostmi, aby si v takto složitých podmínkách dokázali poradit. K tomu samozřejmě potřebují adekvátní podporu, a právě systém IPREV bude nepochybně významnou pomocí v jejich náročné práci,“ zdůrazňuje ústřední školní inspektor České školní inspekce magistr Tomáš Zatloukal.

Tři oblasti prevence

Celý systém je rozdělen do tří oblastí. První z nich se soustřeďuje na pravidla pro řízení školy s ohledem na prevenci rizikového

chování. „Jde například o to, jak má škola komunikovat s rodiči a žáky, jak mají být nastavena pravidla, aby školní prostředí bylo zdravé a bezpečné, včetně vhodného stravování ve školních jídelnách,“ upřesňuje doktorka Marie Nejedly ze Státního zdravotního ústavu. Hlavní úlohu v této oblasti má komplexní program Státního zdravotního ústavu Škola podporující zdraví.

Druhou oblastí je prevence duševního zdraví, jejímž cílem je rozvinout u dětí seberegulační dovednosti. „Jde o to, naučit děti, jak zvládat smutek a agresi, jak pomoci spolužákovi, který se necítí dobře, nebo jak reagovat v nejrůznějších psychicky náročných situacích,“ vysvětluje doktor Jan Toman, zástupce Diagnostického ústavu a Střediska výchovné péče Praha 4.

Poslední oblast prevence se zaměřuje na specifickou problematiku sexuálního zdraví, návykových látek, výrazných projevů agresivity a další témata. „Najdeme zde již konkrétní programy zaměřené například na trénink odmítání kouření, zvládnutí situace na večírku s alkoholem nebo rizikové situace spojené se šikanou na škole,“ říká doktorka Lenka Skácelová za Odbornou společnost pro prevenci rizikového chování a Pedagogicko-psychologickou poradnu Brno.

Všechny oblasti prevence jsou propojené a navazují na sebe podle věku žáků. Součástí systému je schéma, které školám ukazuje, jak jednotlivé programy zavádět a pokrýt prevenci u všech dětí. Databáze je kapacitně neomezená, přístupná kdykoli a pro všechny uživatele zcela zdarma. Jsou v ní jak základní programy, tak programy specializované. Kromě databanky programů systém nabízí také vzdělávací programy, například oceněný mezinárodní online kurz pro prevenci závislosti INEP (Úvod do prevence založený na důkazech) ve verzi pro ředitele škol i ve verzi pro pedagogy včetně metodiků prevence.

(red)

Rostoucí počet studií ukazuje, že některá běžně užívaná léčiva mohou v buňkách způsobit poruchy na úrovni mitochondrií

Mitochondrie jsou známy jako dvoumembránové organely, které v buňce plní řadu funkcí a probíhá v nich mnoho metabolických procesů včetně oxidace mastných kyselin nebo Krebsova cyklu. Jejich hlavní funkcí je především produkce energie v buňkách. V jejich vnitřní membráně je lokalizován dýchací řetězec, který přenosem elektronů z katabolických drah až na kyslík zajišťuje tvorbu elektrochemického gradientu, díky němuž je poté ATP syntázou vytvořena energie ve formě ATP. Rostoucí počet studií ukazuje, že některá běžně užívaná léčiva mohou v buňkách způsobit poruchy na úrovni mitochondrií, což může souviset s rozvojem nežádoucích účinků těchto léků.

Jedním z příkladů je hypnotikum propofol, které se rutinně užívá jak k anestezii v průběhu operačních zákroků, tak i k sedaci na jednotkách intenzivní péče. Velmi vzácnou, avšak závažnou komplikací jeho podávání je tzv. syndrom propofolové infuze, mezi jehož typické známky patří především jinak nevysvětlitelná metabolická acidóza, arytmie, poškození kosterního svalu, selhání srdce nebo ledvin. Tyto komplikace po podání propofolu se objevily poprvé v 90. letech. Případů, které byly od té doby v literatuře popsány, je pouze několik desítek, avšak mortalita byla zaznamenána až u poloviny z nich. Specifická léčba syndromu dosud neexistuje. Riziko rozvoje syndromu stoupá s vyšší dávkou propofolu a délkou jeho podávání. Za rizikové se dlouhodobě považuje také současné podávání některých skupin léků (např. katecholaminů nebo kortikosteroidů). Mechanismus vzniku syndromu není dosud detailně objasněn, ale již od pilotních experimentálních studií se předpokládalo, že propofol, který je značně lipofilní látkou, se snadno dostává až dovnitř mitochondrií, kde pak vyvolává poškození jejich funkcí.

Faktory ovlivňující vznik syndromu propofolové infuze

V naší poslední práci (s názvem Effect of noradrenaline on propofol-induced mitochondrial dysfunction in human skeletal muscle cells publikované v časopise Intensive Care Medicine Experimental) jsme se zaměřili na vliv faktorů, které by vznik syndromu mohly ovlivnit. Naším cílem bylo zjistit, zda noradrenalin, nejčastěji užívaný zástupce katecholaminů v intenzivní péči, ovlivní propofolem indukovanou mitochondriální dysfunkci. Modelem byly opět svalové buňky, které jsme získali z části čtyřhlavého stehenního svalu od dobrovolníků podstupujících náhradu kyčelního kloubu, ev. od zdravých dobrovolníků. Po podepsání informovaného souhlasu byly vzorky svalové tkáně odebrány přímo při ortopedické operaci anebo tzv. Bergströmovou jehlou. Po izolaci svalových buněk ze vzorku svalu byly buňky

kultivovány v růstovém médiu obsahujícím inzulin, fetální bovinní sérum, růstové faktory a další látky, které iniciují buňky k dělení. Proliferující svalové buňky byly poté diferencovány v cylindrické mnohojaderné myotuby, jejichž metabolické vlastnosti jsou podobné *in vivo* svalovým vláknům a které lze považovat za *in vitro* model lidského kosterního svalu. Takto diferencované myotuby byly poté exponovány propofolu v jeho terapeutické koncentraci, noradrenalinu či oběma léčivům po dobu 96 hodin, aby bylo napodobeno několikadenní podávání propofolu. Po ukončení čtyřdenní inkubace v těchto experimentálních podmínkách byly hodnoceny mitochondriální funkce metodou analýzy extracelulárního fluxu, která umožňuje v reálném čase měřit spotřebu kyslíku živých buněk a hodnotit mitochondriální respiraci (Brand et al., 2011). Před vlastním měřením jsou buňky nasazeny na několika-jamkovou destičku. K monovrstvě buněk, které jsou adharovány ke dnu jamky, sjede v průběhu měření píšť s čidlem, jenž umožňuje změřit změny koncentrace kyslíku. V průběhu měření je možné přidat buňkám různé substráty, inhibitory nebo odpřahovače, díky čemuž jsme určili bazální respiraci buněk, produkci ATP, odpřažení vnitřní mitochondriální membrány od tvorby ATP, maximální respirační kapacitu dýchacího řetězce i například oxidaci mastných kyselin. Oxidace mastných kyselin byla současně měřena prostřednictvím stanovení rychlosti rozkladu radioaktivně značených mastných kyselin s dlouhým řetězcem. Kromě mitochondriálních funkcí byla analyzována také struktura jejich sítí ve 2D řezech buňkou pořízených konfokálním mikroskopem. K tomuto účelu byly před mikroskopickým snímáním buněčné organely obarveny specifickými fluorescenčními sondami. Pomocí tohoto značení poté bylo možné odlišit buněčné jádro, buněčnou membránu, mitochondrie i další organely. Po nasnímání obrazů jsme pomocí speciálního softwaru analyzovali strukturu a množství mitochondriálních sítí v buňce. Změny objemu mitochondrií byly analyzovány i dalšími metodami, např. průtokovou cytometrií po obar-

vení mitochondrií fluorescenční sondou anebo spektrofotometrickým stanovením aktivity enzymů, které se nacházejí v Krebsově cyklu.

Některé výsledky byly překvapivé

V souladu s výsledky naší skupiny z předchozích let propofol snížil množství mitochondrií v buňkách a způsobil změny na úrovni dýchacího řetězce (například snížení produkce ATP či snížení maximální respirační kapacity dýchacího řetězce). Nejvýznamnější pozorovanou abnormalitou bylo snížení oxidace mastných kyselin. Noradrenalin překvapivě nezhoršil poškození mitochondrií vyvolané propofolem, ale v těchto experimentálních podmínkách působil spíše protektivně. Po jeho působení došlo k výraznému nárůstu množství mitochondrií i k vyšší kapacitě dýchacího řetězce a zlepšení utilizace substrátů (především mastných kyselin) v mitochondriích, které byly zároveň exponovány propofolu. Data tedy podporují hypotézu, že katecholaminová podpora u pacientů s touto fatální komplikací podávání propofolu je spíše epifenomén než faktor, který přispívá k vyšší mortalitě.

Práce vznikla na Klinice anesteziologie a resuscitace 3. LF Univerzity Karlovy a FN Královské Vinohrady ve spolupráci s Ortopedicko-traumatologickou klinikou 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (odběr svalových vzorků od pacientů podstupujících elektivní operaci kyčelního kloubu) i díky spolupráci s výzkumnou skupinou z Univerzity v Oslu, Norwegian School of Sport Sciences (měření radioaktivně značených substrátů). Výsledky této práce jsme loni publikovali v *Intensive Care Medicine Experimental*. Text je dostupný na: <https://icm-experimental.springeropen.com/articles/10.1186/s40635-022-00474-3>

Autoři studie:

Adéla Krajčová, Christine Skagen, Valér Džupa, Tomáš Urban, Arild C. Rustan, Kateřina Jiroutková, Bohumil Bakalář, G. Hege Thoresen, František Duška

Vědci z BIOCEV vyvinuli a patentovali unikátní inhalační lék proti covid-19

Lék s označením BAZE-X1 je primárně určen pacientům s těžkým průběhem onemocnění covid-19 (SARS-CoV-2) nebo s dalšími vážnými respiračními nemocemi. Za jeho objevem stojí trojice vědců z Univerzity Karlovy a výzkumného centra BIOCEV – Karel Smetana, Jan Brábek a Milan Jakubek. Díky spolupráci s Fakultní Thomayerovou nemocnicí a společností Oxygen Biotech nyní probíhá fáze II klinických hodnocení i jednání se zahraničními partnery.

Účinnou látkou BAZE-X1 je bazedoxifen, který patří k jednoduchým molekulám pracujícím na principu blokace interleukinu-6 (IL-6), bílkovinné molekuly zapojené do regulace imunitní reakce. IL-6 mimo jiné podporuje vznik a rozvoj zánětu.

Důležitost IL-6 pro zánět i nádorovou progresi již více než deset let studuje tým profesora Karla Smetany Jr. (1. LF UK – BIOCEV), v úzké spolupráci s týmem profesora Jana Brábka (Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy – BIOCEV), který přišel s nápadem použít bazedoxifen jako lék na onemocnění covid-19.

„IL-6 je klíčový interleukin pro invazi vitu nádorových buněk, ale také pro cytokinovou bouři u některých závažných virových infekcí, včetně covid-19,“ uvedl prof. Jan Brábek s tím, že látka bazedoxifen by tedy měla bránit fatálním komplikacím covid-19. „Jako akutnímu syndromu dechové tísně, se kterým souvisí většina úmrtí,“ dodal.

První na světě

Milan Jakubek z Laboratoře medicínální chemie (1. LF UK – BIOCEV) posléze vytvořil novou rozpustnou formulaci bazedoxifenu, nutnou pro inhalační podání, které umožňuje léčit přímo nejvíce zasažené plic

tů. Povedlo se mu to jako prvnímu vědci na světě – do té doby byla známa pouze pevná léková forma bazedoxifenu.

Původci patentu jsou vědečtí zástupci Přírodovědecké fakulty UK a 1. lékařské fakulty UK. Podle nich lze do budoucna uvažovat také o rozšíření působnosti látky do oblasti neurodegenerativních chorob (Parkinsonova, Alzheimerova choroba), některých neinfekčních difúzních plicních procesů (progredující plicní fibrózy různého původu, sarkoidóza) či konkrétních druhů nádorů.

Profesorka Martina Koziar Vašáková z Pneumologické kliniky 1. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice předpokládá, že řada poškození plicní tkáně z různých příčin (viry, bakterie, toxické látky, léky) může vést k uniformnímu difúznímu poškození plic, obdobnému jako u covid-19.

„Různé příčiny tedy mohou vést k obdobné nepřiměřené reakci imunitního systému a fatálním důsledkům pro plicní tkáň. Inhalační bazedoxifen, který obecně tlumí tuto hyperreaktivitu imunitního systému, by tedy mohl pozitivně ovlivnit nejen fatálně se vyvíjející covid-19, ale i ostatní plicní procesy vyvolané jinými infekcemi nebo fyzikálními či chemickými poškozeními,“ vysvětluje profesorka Koziar Vašáková.

Další vývoj BAZE-X1 ve spolupráci s BIOCEV a financování klinického hodnocení má na starosti biotechnologický start-up Oxygen Biotech. Koncem října se vědci z BIOCEV i zástupci společnosti zúčastnili mezinárodní odborné konference ve Spojených arabských emirátech. Výsledkem je řada jednání o potenciální spolupráci se zahraničními partnery.

„Trh v oblasti léků a vakcín proti onemocnění covid-19 (SARS-CoV-2) v USA a Evropě je dobře saturován. Existují ale regiony, které v průběhu pandemie měly nedostatek léčivých přípravků, a to mělo tvrdý zdravotní i socioekonomický dopad na jejich obyvatele. Důvodem byly jednak celosvětové výpadky výroby a zásobování, jednak také například vysoká cena léků,“ říká Jiří Nižňanský, spoluzakladatel společnosti Oxygen Biotech, s tím, že právě tyto regiony jsou ve středu zájmu společnosti, přičemž pro ně mohou být výhodou levné výrobní náklady BAZE-X1.

„Zároveň objevujeme možnosti využití BAZE-X1 pro léčbu postcovidového syndromu, který podle WHO ohrožuje až 125 milionů lidí na světě. Kdybychom uspěli, můžeme nabídnout all-in-one léčivý přípravek nejen pro léčbu, ale také pro vypořádání se s následky onemocnění covid-19 (SARS-CoV-2),“ doplňuje Jiří Nižňanský.

(red)

▼ Inzerce



Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vás zve
ve dnech 16.–17. února 2023 na konferenci

Tábor

ZDRAVOTNÍ PÉČE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V ROCE 2023

ODBORNÁ KONFERENCE PRO MANAGEMENT A ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY

Výběr z témat: Nedostatek primární péče v sociálních službách,
Specifika poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb,
Paliativní péče v domácím prostředí, Úhrady ošetrovatelské péče v roce 2023

Cena: Členové APSS ČR: 990 Kč
Členové Profesního svazu zdravotnických
pracovníků v sociálních službách
APSS ČR: 690 Kč
Ostatní: 1 690 Kč, **Galavečer:** 690 Kč



Přihlášky: www.apsscr.cz, menu **Konference – Plánované konference a kongresy**

Léčení krví má dlouhou a zajímavou historii

Oblíbené všeléčebné pouštění žilou mělo odstranit škodlivé látky z těla. A k převodům „čerstvé“ krve pacientům ještě v 19. století sloužila zvířecí, nejčastěji jehněčí krev.

Souvislost krve se životem je odpradávná součástí lidského povědomí, stejně jako obava z její ztráty, přesto už lékařům v antickém Řecku představa sepětí krve a života nijak nepřekážela k praktikování pouštění žilou jako terapeutické metody. Úkolem krve v jejich pojetí je udržovat v těle rovnováhu a vyživovat jednotlivé orgány, nerovnováha se projevila jako nemoc, většina nemocí je způsobena buď špatnou krví, nebo jejím přebytkem. Podle Galéna jsou ženy díky pravidelnému menstruačnímu krvácení lépe chráněny před řadou nemocí. On sám doporučoval při chorobných stavech odebírat velké množství krve, dokonce i při krvácivých stavech.

Středověké lékařství venesekci rozšířilo o řadu vynalézavých doporučení, jako je vazba termínu pouštění žilou s aktuálním znamením zvěrokruhu, datem narození pacienta a přínosem pro zlepšení sluchu, případně i zraku.

Zažene nemoc a zlepší povahu

V 17. století se v Anglii a Francii objevily úvahy o dodání krve do organismu jako prostředku dosažení správné rovnováhy „životních šťáv“ v těle. Krev, pokládána i za sídlo emocí, by díky transfuzi ovlivnila i povahu člověka. Nešlo tedy o transfuzi k záchraně života, ale o léčbu téměř všech nemocí, ke zklidňování agresivity a obecně duševních poruch. Krví se přikládaly i magické schopnosti. Metodu jejich využití pro léčbu navrhl belgický lékař Helmont: „Ještě teplá krev nemocného se nalije do skořápky vejce a to se dá vysedět pod slepicí. Potom se tato krev smíchá s masem a dá se sežrat hladovému psu nebo praseti. Nemoc brzy opustí nemocného a přejde na psa nebo prase. Magnetismem mumifikované krve se nemocný zcela a nepochybně uzdraví.“

Zlom v bádání o krvi nastal v roce 1616, kdy William Harvey po mnoha anatomických experimentech objevil krevní oběh. Po přelomovém objevu (a jeho publikování až o 12 let později, protože teorie odporovala Galénovi a lékař se dlouho a oprávněně obával reakce kolegů) už se zrodila vážně míněná myšlenka provést transfuzi krve.



Pouštění žilou. Ilustrace ze středověkého rukopisu Avicennova Kánonu

Převzato z: Schott, Heinz, Kronika medicíny, Praha 1994, s. 83.

Nutným předpokladem k provedení transfuzní operace je i nástroj k podání nitrožilní injekce. Experimenty s injekčním podáváním jako i tolikrát později odnesli pokusní psi. Angličtí vědci Wren a Boyle jim zkoušeli podávat žilou víno, pivo a roztok opia. Psi ihned jevíli známky opilosti a po opiu i omámenosti, a tak přispěli i k důkazům správnosti Harveyho tezí o krevním oběhu. Uplatnilo se i doporučení použít k nitrožilnímu podávání dutou stříbrnou jehlu připojenou ke koženému váčku s léčivým roztokem.

Doložený pokus o krevní převod z člověka na člověka se ovšem odehrál dříve a jinde, v roce 1492 v Itálii. Tehdy tam papež Innocenc VIII. upadl do kómatu a jeho lékaři se jej snažili oživit ústním podáním krve odebrané třem desetiletým chlapcům. Slíbenou odměnu jednoho dukátu si chlapci neužili, všichni tři po odběru zemřeli. S jejich krví v útrokách zemřel i papež.

A budou klidní jako beránci...

První transfuzi krve, jejímž příjemcem byl člověk, provedl v roce 1667 francouzský lékař Jean Baptiste Denis. Pacientem byl chlapec

s duševním onemocněním. Transfuzí dostal jehněčí krev, protože Denis předpokládal, že krev beránka, symbolu nevinnosti, ho může vyléčit. Mladík transfuzi kupodivu dobře snesl a přežil, nastalo i určité zlepšení celkového stavu.

Tato transfuze tedy byla úspěšná, celá řada dalších už ne. Část odborné veřejnosti tušila, že riziko transfuze je i v nějaké rozdílnosti krve a pokračovat s transfuzemi by se mělo teprve, až bude lidská i zvířecí krev důkladněji prostudována. Přímým podnětem k zákazu provádění pak byl případ 34letého duševně nemocného pacienta, kterému bylo v prosinci 1667 po zhoršení duševního stavu opakovaně indikováno podání telecí krve, a přes počáteční úspěšnost v důsledku transfuzních operací zemřel. K případu a zákazu krevních transfuzí došlo ve Francii. Zákaz, ale především obecně špatné výsledky dočasně utlumily zájem o další pokusy.

Stále populární a užívaná byla venesekce, a to i ke zklidnění pacienta. Oblíbené bylo i tradiční přikládání pijavic, popularita metody vedla například ve Francii téměř k jejich vyhubení. Odpůrci metody o jednom jejím zastánci dokonce tvrdili, že prolil víc francouzské krve než Napoleon.

Průkopníci a odvážlivci v předminulém století

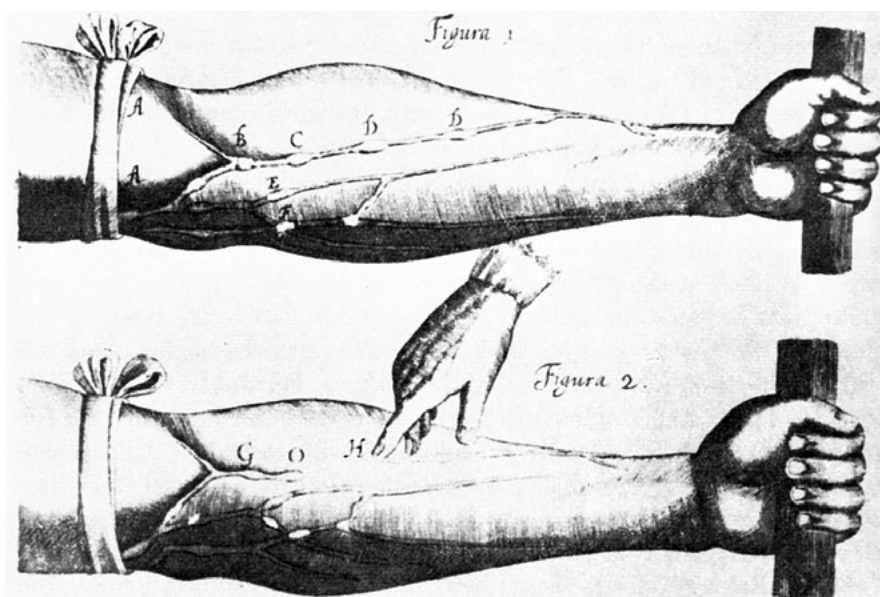
Renesance krevních převodů nastala počátkem 19. století, kdy anglický porodník James Blundell přišel s myšlenkou, že člověku by se měla transfuzí podávat pouze lidská krev. On sám provedl krevní převody u rodiček s poporodním krvácením, a to velmi praktickou injekční stříkačkou. Řada jeho současníků ovšem neviděla žádný rozdíl oproti staršímu podání krve jiného živočišného druhu, nadále podávali jehněčí krev s tím, že možné neúspěchy se dostavují u obou metod. Někteří pragmatičtí k tomu poněkud cynicky podotýkali, že jehňata jako dárci přijdou levněji a k mání jsou na každém trhu. Odhodlaným průkopníkem transfuze krve v českých zemích byl lékař Antonín Erpek, který v Praze v srpnu 1879 podal transfuzi jehněčí krve 46leté pacientce trpící karcinomem dělohy. Výkon prý snesla velmi dobře, nicméně za několik týdnů zemřela na zápal plic. Pokus o druhou transfuzi Erpek provedl na další nemocné, ale výkon byl přerušen – pacientka si stěžovala na nepříjemné pocity. Nejtragičtější dopadl Erpekův třetí pokus, kdy pacient zemřel už půl hodiny po transfuzi, v důsledku ucpání žíly.

Jaký účinek transfuze zvířecí krve skutečně měly, lze jen stěží určit, se svými neúspěchy se ani v historii lékařství nikdo příliš nechlubil. Nicméně převod zvířecí krve do lidského organismu zřejmě způsobil pouze mírnou alergickou reakci, jelikož převedené množství krve bylo ve všech případech pravděpodobně velmi malé. Převod pacientovi tak jistě nepomohl, ale alespoň ho nezahubil. Ale nepochybně i transfuze lidské krve mohla příjemci přivodit smrt, při podání nekompatibilní krve dochází k aglutinaci erytrocytů a hemolýze.

Do objevu krevních skupin zbývala ještě dlouhá řada let.

Zvrat způsobil objev krevních skupin

Na samém začátku 20. století si vídeňský lékař Karl Landsteiner povšiml, že červené krvinky se vlivem cizího krevního séra (či plazmy) shlukují. K vysvětlení jevu mu posloužily vzorky krve šesti lidí, své spolupracovníků, později vyšetřoval krev celkem 22 lidí. V odběrech odstředil sérum a erytrocyty propral ve fyziologickém roztoku. Pak zkoumal vzájemné reakce různých krvinek na různá séra, až do vyčerpání všech kombinací. Postupně tak identifikoval tři krevní skupiny a podle antigenů na povrchu červených krvinek je označil A, B a 0. Popsal i aglutiny, unikla mu ale existence čtvrté, nejméně časté krevní skupiny AB – asi ji nikdo z kolegů v laboratoři neměl... A tak až



Harveyův náčrt žil na ruce.

Zdroj: www.wikipedia.org

v roce 1902 čtvrtou skupinu objevili Alfredo Decastello a Adriano Sturli. Nezávisle na nich pracoval český psychiatr Jan Janský, který čtyři krevní skupiny popsal v roce 1907. Právě objev krevních skupin znamenal zvrat v otázce bezpečnosti krevních transfuzí. Při podání krve nestejné krevní skupiny nastane reakce antigenů na krvinkách s příslušnými protilátkami v séru. Už tedy bylo jasné, proč při některých převodech docházelo k aglutinaci a hemolýze a následně ke smrti příjemce.

Po nástupu moci nacistů dostal v Německu nebyvalý prostor výzkum krevních skupin, protože měl potvrdit rasové teorie. Předpokládaný velký potenciál výzkumu měl pomoci určením krevní skupiny přesně rozlišit jednotlivé rasy, zejména ovšem u vyšetřovaných osob odhalit židovský původ. Absurdní naděje se nenaplnily, i nacističtí lékaři byli nakonec nuceni připustit, že Židé nemají vlastní charakteristickou krevní skupinu.

První krevní banky

Provádění krevních transfuzí dlouho značně komplikovala nemožnost uchovávání krve, respektive její srážlivost. Krev bylo možno převést pouze přímo, za přítomnosti dárce. Řešení problému pomohl citrónan sodný, který oproti jiným protisrážlivým látkám ztrácí v krevním oběhu svůj protisrážlivý účinek a rozkládá se. Lékařům se tak otevřela cesta ke konzervování a skladování krve a provádění nepřímých transfuzí. Objev přišel právě včas, v roce začátku první světové války. Heparin byl objeven o dva roky později, v roce 1916. První převod konzervované krve ale proběhl až v roce 1918.

S možností uchovávat krev mohly začít vznikat krevní banky. Ta úplně první fungova-

la od roku 1919 v newyorském Rockefellerově ústavu. První nemocniční krevní banka vznikla až v roce 1937, otevřeli ji v chicagské Cook County Hospital. Proslulá byla londýnská pobočka Červeného kříže, která měla už ve dvacátých letech dlouhý seznam dobrovolníků, kteří na telefonickou výzvu přicházeli darovat krev v kteroukoli denní nebo noční dobu.

Meziválečné a válečné období u nás

V Československu byl mezi světovými válkami problémem malý počet dárců krve a také jejich nedostatečná organizace. Jako dárci krve sloužili příbuzní pacienta, zaměstnanci nemocnice nebo „dárci z povolání“, jimž placené odběry krve zajišťovaly určitý výdělek. Existovaly i soukromé spolky dárců krve, činnost ukončily až za protektorátu Čechy a Morava. V roce 1943 bylo zřízeno 21 ústředí dárců krve. Dárce krve se mohl stát zdravý bezúhonný občan ve věku 21–50 let. Zcela v duchu doby platilo nařízení, podle něž dárce krve směli být výhradně příslušníci árijské rasy. Darování krve bylo placenou službou, přičemž za krev dárce platil pacient.

Hlavní organizace transfuzních služeb po celé Evropě včetně tehdejšího Československa proběhla až v období po druhé světové válce. V roce 1948 vznikla v Československu celostátní Národní transfuzní služba a začalo budování sítě transfuzních stanic. Obrovskou zásluhu na tom měl mikrobiolog a epidemiolog Karel Raška (1909–1987), lékař světového formátu. Mimo jiné prosadil i zavedení diagnostiky Rh faktoru a jako první v Evropě prováděl krevní transfuze u novorozenců s fetální erytroblastózou.

Jana Jílková

Privamed Group vypisuje
neveřejné výběrové řízení na pozici



ŘEDITEL NEMOCNICE V RAKOVNÍKU

Požadavky

- » vysokoškolské vzdělání lékařského nebo zdravotního typu vhodné (není podmínkou)
- » schopnost řídit velký podnik

**+ Nabízíme
nadstandardní
platové ohodnocení**

Způsob podání přihlášky

Přihlášky a stručný životopis můžete zaslat elektronicky na e-mail: personalni@privamed.cz nebo poštou s označením „Výběrové řízení – ředitel nemocnice v Rakovníku“ na adresu Kotíkovská 19, 323 00 Plzeň, personální oddělení **nejpozději do 28. 2. 2023**

PŘIJMEME LÉKAŘE/KU INTERNÍHO ODDĚLENÍ

MY JSME BUDOUCNOST

Garantovaný odborný rozvoj
Ve specializovaných ambulancích.



KONTAKT:

+420 601 321 661
kariera@nnj.agel.cz



Personální inzerce do časopisu Zdravotnictví a medicína



e-mail: kupcova@eezy.cz nebo telefon: +420 725 708 647



MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



číslo 1/2023

www.zamcasopis.cz

Redakční rada ZAM

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

Redakce

Bc. Petra Hátlová, e-mail: zam1@eezy.cz
Mgr. Markéta Mikšová, e-mail: zam@eezy.cz
PhDr. Jana Jílková, e-mail: diteaja@eezy.cz
Mgr. Lukáš Malý, e-mail: editor@eezy.cz
Mgr. Barbora Vodičková, e-mail: editor@eezy.cz

Projektový a kreativní manažer, technické zpracování

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

Vydává EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 322/26, 148 00 Praha 4, IČ: 28086660

Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína
EEZY Publishing, s.r.o.
Na Pankráci 322/26, 148 00 Praha 4, zam@eezy.cz

Inzerce

kupcova@eezy.cz

Foto na obálce

123rf.com

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

SEND Předplatné, spol. s r.o.,
Ve Žlíbků 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 komerční povahy.

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

Tisk Grafotechna Plus, s.r.o.

Číslo dáno do tisku 20. 1. 2023

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© EEZY Publishing, s.r.o., 2022

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

DIGITALIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ



odborná konference

Generální partner



Odborný partner



Organizátor



Zveme vás na odbornou konferenci DIGITALIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

1.–2. 6. 2023, Hotel Grandior Praha



Registrace na www.eezy.cz/program

Představujeme novinku...

Čestmír Číhalík a Miloš Táborský

atlas EKG

Představujeme publikaci, která je moderní interpretací elektrokardiografie jako jedné z nejstarších instrumentálních vyšetřovacích metod napříč medicínou.

Kniha přináší teoretické znalosti, bez nichž se neobejde žádná lékařská specializace, přehled základních poruch srdečního rytmu a dále velmi detailní zpracování všech dostupných arytmí, a to v podobě, která se zásadně liší od stávajících učebnic.

Jedna strana knihy je koncipována jako ukázka EKG křivky, detailní popis podstatných indicií, které se váží k dané diagnóze, a na druhé straně je doplněna typickou kazuistikou tak, aby odpovídala běžné klinické praxi a byla pro čtenáře lépe zapamatovatelná.



**Objednávejte na
e-shopu**

www.eezy.cz

za zvýhodněnou

cenu 679 Kč

EEZY Publishing, s.r.o.

Vyšehrad Garden

Na Pankráci 322/26

140 00 Praha 4

Vyšlo v prosinci 2022

