



ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



02/2014

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 27. 1. 2014



ROZHOVOR

Šance i pro naše „Kelty“
– s doc. MUDr. Pavlem
Dřevínkem, Ph.D.,
o možnostech kauzální léčby
cystické fibrózy

STRANA 19



PŘEDSTAVUJEME

MUDr. Pavla Jindru, Ph.D.,
primáře hematologicko-
-onkologického oddělení FN
Plzeň a šéfa Českého národního
registru dárců dřeně

STRANA 28



LÉKAŘSKÉ LISTY

01/2014 – Cévní chirurgie
a intervenční radiologie
Naleznete jako přílohu
v tomto čísle



Vladimír Komárek:
Ve vědecko-výzkumné
činnosti musíme
obstát ve srovnání
s prestižními evropskými
biomedicínskými
institucemi.

(viz str. 6)

Foto: Vlastimil Stárek

Občanský zákoník vyvolal chaos v přístupu lékařů k pitvám

Společnost českých patologů ČLS JEP (SČP) upozornila na fakt, že právní interpretace nastalé situace ohledně pitevního provozu v ČR je nejistá. S platností nového občanského zákoníku totiž vyvstala povinnost žádat souhlas zemřelého s pitvou; těch tak od nového roku drasticky ubylo.

V lednu klesly počty vykonaných pitev oproti předchozím rokům na desetinu. Zdravotnická zařízení nepovažují za etické žádat souhlas s pitvou od všech pacientů při přijetí, provádí proto nyní jen ty pitvy, kde souhlas není nutný. Mezi patology vzniká obava, že pokud by lékař provedl

zdravotní pitvu například na žádost pozůstalých, kteří si přejí ověřit léčbu či diagnózu, mohl by tak jednat protiprávně.

„Výbor obsáhle diskutoval o nastalé situaci ohledně autoptické praxe, vzniklé s platností nového občanského zákoníku od 1. 1. 2014, a zabýval se několika práv-

ními výklady této situace. Vyslovil nad ní politování, zvláště když ani v minulosti neměl možnost se k připravovaným novým právním úpravám této problematiky vyjádřit v připomínkovém řízení,“ píše na svých stránkách zastupci českých patologů.

(pokračování na straně 2)

Ambulantní internisté možná získají od VZP kompenzaci

Všeobecná pojišťovna (VZP) bude ambulantním internistům kompenzovat negativní dopad změn v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami za rok 2013. Dohodl se na tom prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek s ředitelem VZP Zdeňkem Kabátkem.

Dohodu však ještě může zhatit zamítavé stanovisko správní rady VZP.

Seznam zdravotních výkonů platný od roku 2013 postihl zejména ambulantní specialisty; z této skupiny lékařů byla změna nejobolestivější především pro ambulantní internisty. Zatímco v roce 2012 získali za cílené vyšetření

320 bodů (kód 11022), v roce následujícím to už bylo pouze 241 bodů. Bodové ohodnocení kontrolního vyšetření (kód 11023) bylo sníženo ze 160 na 120 bodů. U obou typů vyšetření se snížil i čas, který byl lékařům pro pacienta vyměřen – u cíleného vyšetření byl zkrácen ze 40 na 30 minut a u kontrolního vyšetření ze

20 na 15 minut. „Po přičtení minutové režie k jednotlivým výkonům došlo u výkonu 11022 ke zkrácení ohodnocení o 105 bodů, v případě výkonu 11023 o 53 bodů. Toto krácení úhrad v roce 2013 bylo v oboru vnitřního lékařství zcela bezprecedentní,“ konstatoval prezident ČLK.

(pokračování na straně 2)

Občanský zákoník vyvolal chaos v přístupu lékařů k pitvám

(pokračování ze str. 1)

Ti nyní doporučují všem svým členům konzultovat postup s právním oddělením svých zdravotnických zařízení a řídit se jeho pokyny. Řešením situace podle nich může být teprve novelizace této právní úpravy. Ústy svého předsedy profesorů Aleše Ryšky proto zástupci společnosti chtějí oslovit příslušné legislativní orgány a ministerstvo zdravotnictví.

Jak to vidí právníci

Podle občanského zákoníku „pitva a využití těla pro výzkumné a výukové účely“ smí proběhnout jen s výslovným souhlasem pacienta. Text přitom nespécifikuje, zda se jedná o pitvu patologicko-anatomickou, zdravotní, soudní či anatomickou.

Právní hledisko naší redakci ozřejmila právníčka kanceláře KMVS Lenka Lamková. Jak uvedla, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, stanoví vedle druhů pitev i případy, kdy se pitvy musejí provést povinně. „Obecně platí, že v případě, kdy zákon stanoví, že pitva se musí provést, není třeba souhlasu pacienta. Z této obecné zásady existují výjimky, kdy se uplatní prokazatelný nesouhlas pacienta (nebo osoby blízké). Tento prokazatelný nesouhlas se musí respektovat a pitva se nesmí provést v případě, že lékař rozhodne o jejím neprovedení, nebo jde o pitvy žen, které zemřely v souvislosti s tě-

hotenstvím či porodem, pitvy dětí do 18 let nebo pitvy při násilných úmrtích, včetně sebevražd, případně úmrtích z příčiny požití návykové látky. Dále pokud jde o zřejmou příčinu úmrtí nebo pokud zemřelý nesouhlasí s provedením pitvy, případně tento nesouhlas vyslovila osoba blízká,“ vypočetla Lenka Lamková.

Domněnka nesouhlasu

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „NOZ“), dle právníčky stanovuje takzvanou domněnku nesouhlasu, která se v dřívější právní úpravě neobjevila. Paragraf 115 totiž říká, že zemřel-li člověk, aniž projeví souhlas s pitvou nebo s použitím svého těla po smrti způsobem podle § 113, platí, že s provedením pitvy nebo s takovým použitím svého těla nesouhlasí. Výjimku tvoří pitva pro „potřeby lékařské vědy, výzkumu či k výukovým účelům“ nebo „stanoví-li tak jiný zákon“.

„Zákoník již ale nestanovuje, co se konkrétně myslí provedením pitvy pro potřeby lékařské vědy. Dle důvodové zprávy k NOZ je patrné, že záměr zákonodárce byl takový, aby obecný předpis občanského zákoníku nezasahoval tam, kde zvláštní právní předpisy z oblasti veřejného práva nařizují provedení pitvy z důvodů zdravotních nebo policejních. V těchto případech se, dle důvodové zprávy, bez pochybnosti uplatní nařízení zvláštního práv-

ního předpisu,“ vysvětlila Lenka Lamková.

„S poukazem na výše uvedené a ve světle důvodové zprávy k NOZ se tedy domníváme, že ustanovení je nutno vykládat v tom smyslu, že pod pojem ‚pro potřeby lékařské vědy, výzkumu či k výukovým účelům‘ je nutno pořídit i všechny druhy povinných pitev dle zákona o zdravotních službách (to jest tímto zákonem vymezené pitvy v kategoriích patologicko-anatomická, zdravotní, soudní a anatomická),“ dodala právníčka.

Tento názor podle jejích slov podporuje i výklad z hlediska kolizních pravidel obou předpisů na základě pravidla *lex specialis derogat generali* – zvláštní úprava (zákon o zdravotnických službách) má tím pádem přednost před normou obecnější (NOZ), která se uplatní jen tam, kde zvláštní právní předpis věc sám neupravuje. V tomto duchu je navíc koncipován i NOZ, v jehož důvodové zprávě se uvádí, že se „vyhýbá výslovným odkazům na existenci speciální úpravy ve zvláštních zákonech či odkazům na možnost takových úprav, neboť se vzhledem k zásadě *lex specialis derogat generali* jedná o pravidlo samozřejmě, které by v důsledku toho muselo být jinak uváděno v každém jednotlivém ustanovení“.

Naruší zákon předatestační přípravu?

Zdravotnická zařízení však zatím

takovou jistotu nenabyla. Počet pitev významně poklesl například v Ústavu patologie 1. LF UK a VFN v Praze. „Zatím po dohodě s naším ředitelstvím provádíme pouze pitvy uvedené v zákoně č. 372/2011 Sb. jako povinné a celkově tak u nás došlo k výraznému snížení počtu provedených pitev. Pokud tato situace bude trvat, byla by tím narušena i předatestační příprava, kdy má lékař před atestací stanoveno provést 120 pitev, a projeví se to i ve výuce studentů medicíny,“ uvedl přednosta ústavu Pavel Dundr.

Jak ale dodal, omezení pitev by se odrazilo v řadě aspektů. „Nějde jen o žádost pozůstalých, kteří si někdy pitvu přejí s ohledem na stanovení přesné diagnózy a přezkum péče (i v případech, jež nesplňují kritéria pro provedení zdravotní pitvy na pracovišti soudního lékařství), ale také o ověření léčebně-diagnostické péče jako takové. Vybavuje se mi nedávný případ pitvy pacientky z jiného pracoviště se zánětem plic, který nereagoval na antibiotickou léčbu. Pitva u ní prokázala pokročilou formu TBC, proto byli neprodleně informováni a řádně vyšetřeni i pozůstalí. Bez pitvy by se tato situace vůbec neobjasnila,“ popsal šíři dopadů docent Dundr.

Nečekaný problém s rohovkami

Nízký počet pitev se ovšem odrazí i v dalších oborech, jedním

z nich je například oční chirurgie. Transplantace rohovky je často jediným a posledním řešením u pacientů se závažnějším očním onemocněním nebo poškozením oční rohovky. Po nabytí platnosti nového občanského zákoníku podle oftalmologů nastal nečekaný nedostatek očních rohovek pro potřeby transplantace.

Kvůli obavě z jejich odběru zemřelému dárci bez jeho písemného souhlasu, který poskytl před smrtí, musejí oční kliniky odvolat operace. „Od začátku roku jsme museli rušit několik naplánovaných transplantací rohovky, na které byli pacienti v pořádku několik týdnů až měsíců. Pro mnohé pacienty, kteří na operaci s nadějí čekali, to bylo velké zklamání,“ uvedl přednosta sítě očních klinik Gemini Pavel Stodůlka.

Podle Pavla Vyroubala z advokátní kanceláře AKV ve Vsetíně, se však zdravotníci nemají ani po smrtelném odběru rohovek obávat, opět s poukazem na přednost zvláštní právní úpravy před obecnou. „Nový občanský zákoník je normou obecnou a před jeho aplikací má přednost speciální právní předpis, kterým je transplantací zákon. Ten oblast pořízení tkání pro potřeby transplantace i po úmrtí člověka upravuje, proto ani v tomto případě není nutno postupovat podle nového občanského zákoníku a řešit jeho výklad či zajišťovat předchozí souhlas k provedení pitvy,“ uzavřel Pavel Vyroubal.

Právní analýzu současné situace okolo pitev pro náš list připravil JUDr. Rašek Polícar (viz str. 39).

Petra Klusáková

Ambulantní internisté možná získají od VZP kompenzaci

(pokračování ze str. 1)

Marná snaha ČLK

Podle Milana Kubka komora požadovala navrácení časů pro cílené a kontrolní vyšetření na úrovni roku 2012 již v listopadu loňského roku v rámci projednávání novely Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ale nebylo jí vyhověno. „Ministrem zdravotnictví Martinem Holcátem sice bylo přislíbeno, že zmíněnou diskriminaci odstraní

a vadný stav napraví novela seznamu pro rok 2014. Zjednáni nápravy bylo rovněž dohodnuto a ze strany ministerstva slíbeno během jednání mezi zástupci ministerstva vedenými náměstkyní pro zdravotní pojištění Helenou Rögnerovou a zástupci Sdružení ambulantních internistů. Žádný z těchto slibů však ministerstvo nedodrželo a připomínky komory nebyly vůbec projednány,“ vylíčil snahu o nápravu prezident ČLK.

Ministerstvo zdravotnictví přesto v rámci novely seznamu zvýšilo internistům, stejně jako ostatním odbornostem, minutovou režijní sazbu přibližně o 3,2%. Na návrh České internistické společnosti ČLS JEP byly pro internisty navíc zařazeny i dva nové výkony – předoperační vyšetření internistou (kód 11024) a superkonziliární vyšetření internistou (kód 11025). Podle zástupců ČLK jsou však tyto kódy pro většinu ambulantních internistů nevykázatelné.

„Podmínky, které je nutno splnit pro možnost vykázání těchto výkonů, jsou tak striktní, že praktický dopad těchto změn bude pro ambulantní internisty minimální. Jedná se o typickou ukázkou změny, která má internistům ‚zavřít ústa‘, možná navíc vzbudit závist u kolegů, kteří tyto výkony vykazovat nemohou, ale v žádném případě nenapravuje

křivdy, jichž se ministerstvo na interním lékařství dopustilo,“ stěžuje si Milan Kubek.

Vstřícná VZP

Přestože jednání ČLK na úrovni ministerstva zdravotnictví v této věci víceméně zkrachovala, ambulantní internisté se možná přeci jen dočkají určité satisfakce za rok 2013. Výsledkem jednání

Rozdíl v bodové hodnotě výkonů včetně režie mezi lety 2012 a 2013

Výkon	Název	Body s režii 2012	Body s režii 2013
11021	Komplexní vyšetření internistou	644	645
11022	Cílené vyšetření internistou	433	327
11023	Kontrolní vyšetření internistou	216	163

ČLK s VZP je totiž dohoda prezidenta Kubka a ředitele největší zdravotní pojišťovny Zdeňka Kabátka na částečné kompenzaci 25% poklesu příjmů ambulantních internistů z výkonů 11022 a 11023 při vyúčtování roku 2013.

Kompenzace se však nebude týkat všech ambulantních internistů. Na dodatečné prostředky od VZP dosáhnou podle podmínky ředitele Kabátka pouze poskytovatelé, jejichž absolutní úhrady za loňský rok nepřekročí částku 2 milionů korun a současně u nich došlo k poklesu absolutních úhrad v hodnoceném období pod 98% úhrady dosažené v referenčním období (výpočet viz rámeček). Dohodu mezi představiteli největší zdravotní pojišťovny a ČLK ještě může zhatit zamítavé stanovisko správní rady VZP. To se však dle našich zjištění nepředpokládá. Podle člena správní rady VZP Michala Sojky je spíše pravděpodobné, že nejvyšší orgán VZP vysloví s kompenzacemi pro ambulantní internisty souhlas.

Náprava v nedohlednu

Vzhledem k tomu, že ani tento rok není Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami z pohledu lékařů nastaven zcela ideálně a je pravděpodobné, že i po zvýšení úhrad budou někteří ambulantní poskytovatelé a zejména pak internisté znevýhodněni, chce Milan Kubek jednat s VZP i o kompenzacích pro rok 2014. „Budeme o nich s VZP jednat, až budou známy údaje o vývoji ekonomické bilance této pojišťovny. Prosazení novely seznamu od poloviny roku 2014 sice není příliš pravděpodobné, ale i o této eventualitě budeme jednat s novým ministrem zdravotnictví. V každém případě komora udělá vše, co bude v jejích silách, aby v příštím vyhlášení, tedy pro rok 2015, byla křivda spáchaná na internistech napravena. Internisté však musejí především sami hájit své zájmy a nesmějí se nechat ze strany ministerstva opět podvést,“ uzavírá Milan Kubek.

Filip Kút Citores

VZP přislíbila zubařům zvýšení platby za amalgámové plomby

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) bude platit stomatologům více za základní amalgámové plomby, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Naši redakci to oznámil mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Dle dostupných informací je VZP zatím jedinou zdravotní pojišťovnou, která na dlouho požadované zvýšení této platby stomatologům přistoupila. S ostatními zdravotními pojišťovnami zubaři o zvýšení platby za základní amalgámové plomby stále jednají – konkrétní částka se podle prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) Jaromíra Gajdáčka zatím upřesňuje.

70 milionů pro zubaře

Naopak VZP má ve výši nové úhrady jasno – z dosavadních 220 korun se úhrada za jednu plombu zvýší na částku 242 korun, a to se zpětnou účinností od 1. ledna 2014. „Pro klienty VZP znamená nynější krok pojišťovny další posílení jistoty, že se u zubařů netkají s problémy,“ uvedl mluvčí Tichý.

Stomatologové totiž opakovaně hrozili, že pokud se částka za plomby nezvýší, přestanou je pacientům „na pojišťovnu“ dělat a budou od nich chtít peníze v hotovosti. Zvýšení částky, kte-

rou VZP za jednu plombu zaplatí, bude pro zubní lékaře znamenat souhrnný přínos 70 milionů korun ročně.

Nepokryté náklady

Stomatologové ročně provádějí přibližně 6,5 milionu zubních výplní, což při platbě 220 korun činí přibližně 1,3 miliardy Kč. Plombování zubů se řadí mezi nejčastější výkony zubních lékařů a náklady ordinace na jednu výplň činí podle České stomatologické komory (ČSK) přibližně 450 korun.

Přestože dojednané zvýšení úhrady za základní plomby náklady zubařů nepokrývá, prezident ČSK Pavel Chrz krok VZP vítá. „Považujeme jej za velmi vstřícný. Jsme rádi, že VZP jako první vyslyšela naše argumenty, že je platba za plomby podhodnocená,“ uvedl prezident ČSK, který současně stojí v čele sdružení Zubohrad, jež zastupuje zubní lékaře při jednání o úhradách péče.

Optimálním výsledkem jednání s pojišťovnami by měl být podle



Ilustrace: Shutterstock

zubařů přijatelný kompromis 300 korun. Dle slov Oldřicha Tichého je VZP ve vzhledu připravena se stomatology o dalším zvýšení úhrady za základní amalgámové plomby jednat.

(fkc, ČTK)

Vzorec pro výpočet kompenzace:

KÚ = UOPakt.obd. x PUORef.obd. x 0,98

(Pozn.: KÚ = kompenzační úhrada; UOPakt.obd. = počet unikátních ošetřených pojištěnců v aktuálním období /rok 2013/ kromě UOP, na které byl vykázan za celé období roku 2013 pouze výkon telefonické konzultace; PUORef.obd. = průměrná úhrada na unikátního ošetřeného pojištěnce v referenčním období /rok 2011/)

Vstřícný krok. Nebo dobrý čich?

Zubaři mohou slavit symbolické vítězství, ale zvýšení platby za plombu v sobě nese i silnější poselství.

Zubařům se podařilo dlouhodobým tlakem přinutit Všeobecnou zdravotní pojišťovnu k navýšení platby za amalgámovou plombu. Je to vítězství skutečně spíše drobné – platba stoupne o 20 korun, dosáhne 242 korun, stomatologové by si představovali 300 korun, zatímco náklady na plombu činí (opět podle stomatologů) bratru 400 korun. Vztahy mezi posledními dvěma zmíněnými sumami bude muset rozřešit někdo s bujnější fantazií, která zvládne pobrat, proč si zubaři představují, že při „odpovídající“ platbě budou každou plombu dotovat stovkou ze svého. Nechme stranou i otázku, zda boj o platbu za amalgám není bojem opožděným. Debaty o výhodách a nevýhodách amal-

gámu oproti modernějším kompozitním materiálům nechť se vedou na odborných fórech, což se ostatně děje.

Strašák spoluúčasti

Nicméně samo vítězství je pozoruhodné. Pojišťovna vydala státotvornou tiskovou zprávu, kde se píše o „posílení jistoty“ pro klienty a o výhrůžkách zubařů, že pokud VZP nepřihodí, budou pacienti platit plomby na dřevo. Následuje smířlivý citát jakoby zkrotlého šéfa stomatologické komory o „vstřícném kroku“ a „vyslyšených argumentech“. Jedním slovem harmonie,



Martin Čaban

již jen drobně narušila následující slova Pavla Chrze pronesená v dalších médiích, podle nichž je to sice krok vstřícný, ale také vpravdě symbolický, protože ony odpovídající tři stovky jsou stále dost daleko a hrozba plateb na dřevo trvá.

Otázkou však je, nakolik jde ze strany VZP skutečně o vstřícný krok vůči stomatologům. Nalepení platby na strop ministerkého cenového výměru přichází po skutečně dlouhodobých varováních zubařů, která mohla sehrát svou roli, ale také uprostřed předávání moci nové vládní garnituře. A tato nastupující garni-

tura nerada slyší cokoli o tom, že by pacient musel mít v ordinaci peněženku. A táž garnitura má i vzhledem k řádně vyladěné poslancecké sněmovně dost silnou páku, s níž může působit na výměnu správní rady, potažmo ředitele největší zdravotní pojišťovny. Například kdyby to vypadalo, že není ochoten pustit z multimiliardového rozpočtu chlup zvlíci 70 milionů na to, aby zabránil nebezpečí, že volič se zubním kazem bude muset sáhnout do kapsy.

Politické větry mění směr

Spíše než vstřícným krokem vůči zubařům je proto tento počín VZP ukázkou dobrého politického čichu Zdeňka Kabátka a vstřícným krokem vůči nastupující vládě. Včetně doušky o tom, že pojišťovna je v budoucnu připravena jed-

nat o dalším zvýšení ceny – stačí ministr se štedřejším cenovým výměrem a VZP přispěchá, aby pacienti před tou ošklivou hrozbou rostoucí spoluúčasti zachránili. I když spolu obě strany na jedné straně válčily, pojišťovna dlouho v podstatě stála po boku zubařů žádajících vyřazení amalgámových plomb ze systému veřejného pojištění. Dokud si v tom s nimi alespoň v teoretické rovině notoval i ministr Leoš Heger, bylo všechno v pořádku. Nyní je však celkem jasné, že v příštích měsících a letech bude mimořádně náročné prosadit jakýkoli krok vedoucí k viditelnému růstu spoluúčasti pacientů. Proto se VZP zjevně takticky rozhodla změnit přístup. Politické větry dost zásadně mění směr. Otázka zní, kdo přijde po zubařích. A dostane se na všechny?

Ochráncům práv vadí organizace skladování krevních vzorků novorozeneckých testů

Anticenu „Dlouhodobý slídil“, která je jednou ze sedmi udílených kategorií soutěže pro slídily v našem soukromí „Big Brother Awards“ (Ceny Velkého bratra), získalo Ministerstvo zdravotnictví ČR za organizaci archivace krevních vzorků novorozenců.

Devátý ročník soutěže, která se koná ve dvaceti zemích světa, v Česku pořádá nevládní organizace Iuridicum Remedium (IuRe). Kromě zlepšení zpracování údajů ve zdravotnictví IuRe prosazuje například zrušení plošného sledování elektronických komunikací nebo vznik samostatného zákona o nakládání s DNA.

Uchovávání vzorků bez souhlasu rodičů

Desetičlenná porota složená z odborníků na nové technologie, právníků, ochránců lidských práv a novinářů „oceníla“ MZ proto, že se krevní vzorky všech novorozenců shromážděné za účelem provedení novorozeneckého screeningu v České republice uchovávají minimálně od poloviny 80. let. „Zhruba 3 miliony

krevních vzorků jsou skladovány ve čtyřech českých nemocnicích. Bez jasného a dostatečně významného důvodu se tak vytváří gigantický archiv, který je zejména do budoucna rizikový z hlediska ochrany citlivých genetických informací,“ uvádí ve svém prohlášení IuRe.

Organizace kritizuje také fakt, že rodiče nebývají o další archivaci kartiček vůbec informováni. „Není tomu tak ani v informačních materiálech, jež jsou jako vzorové součástí metodického pokynu ministerstva zdravotnictví (Věstník MZ 6/2009), který provádění screeningu upravuje. Podle tohoto pokynu má uchovávání trvat minimálně 5 let, podle pravidel nemocnic ovšem až 100 let. Proklamovaným důvodem je přitom výzkum efektivity screeningu, případně možností je-

ho rozšíření na další choroby,“ vysvětluje IuRe s tím, že uchovávání vzorků pro tyto účely by mělo být vždy spojeno se souhlasem rodičů dítěte. Souhlas by přitom měl být oddělen od souhlasu s provedením screeningu jako takového, o jehož přínosech (na rozdíl od další archivace kartiček) není pochyb.

Tři miliony kartiček ve FN

Podle informací, které IuRe získalo přímo z nemocnic, je v současnosti nejvíce screeningových kartiček uchováváno ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, kde skladují 2 miliony kartiček s krevními vzorky, přičemž nejstarší jsou z roku 1985. Na druhé příčce je Fakultní nemocnice Brno s 850 tisíci kartičkami uchovávanými od roku 1990. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Fa-

kultní nemocnice Olomouc archivují od roku 2009 zhruba 320 tisíc, respektive 115 tisíc kartiček. Celkem se tedy jedná o více než 3 miliony krevních vzorků. Letos by se měl archivací kartiček na základě podnětu IuRe zabývat Úřad pro ochranu osobních údajů v rámci plánované kontroly.

Hrozí zneužití DNA

Jak uvedlo IuRe, případy zneužití těchto vzorků doposud nejsou známy, jenže takto skladovaný krevní vzorek je citlivý údaj, protože může sloužit k analýze DNA i desetiletí po odběru. Do budoucna by jej podle ochránců práv mohly pro své zájmy využít například pojišťovny, zaměstnavatelé nebo různé orgány státní správy. „Proto je v těchto případech nezbytné, aby k uchovávání podobně citlivých údajů dochá-

zelo pouze za jasně vymezeným účelem, který bude dostatečně významný. Aby se tak dělo s informovaným souhlasem dotčených a zcela otevřeně. V daném případě toto bohužel neplatí,“ uzavírá IuRe.

Tyto obavy ale ministerstvo zdravotnictví nesdílí a současnou právní úpravu ve věci archivace screeningových kartiček novorozenců považuje za dostatečnou. „Ministerstvo aktuálně připravuje zpřesnění současné právní úpravy, které by mělo vyvrátit případné nejasnosti či pochybnosti. Nově by měla být délka skladování přesně specifikována (MZ navrhuje deset let) a dále by měl být zaveden formulář obsahující podrobné poučení, případně i souhlas se screeningovým vyšetřením pro rodiče. O návrhu resort momentálně jedná se zástupci odborné veřejnosti,“ uvedlo MZ na svých stránkách v reakci na získání anticeny.

Petra Klusáková

Vláda schválila nový zákon o zdravotnických prostředcích

Odcházející vláda Jiřího Rusnoka projednala a poslala do parlamentu vládní návrh zákona o zdravotnických prostředcích. Měl by zvýšit bezpečnost pacientů i kvalitu zdravotní péče a zdokonalit systém zařazování zdravotnických prostředků do úhrad ze zdravotního pojištění.

Zákon o zdravotnických prostředcích připravila a v červenci minulého roku pak schválila ještě vláda Petra Nečase, kvůli předčasným volbám jej však bývalá poslanecká sněmovna již nestáčila projednat. Podle MZ je stav právní úpravy problematiky zdravotnických prostředků dlouhodobě neudržitelný, a to jak na úrovni obecné regulace, tak i regulace ekonomické. Řada dílčích oblastí pak prý není legislativně řešena vůbec. Podle původního předpokladu měla norma vejít v platnost již počátkem tohoto roku – tento termín se nyní odkládá přibližně o půl roku.

Podle náměstka ministra zdravotnictví pro legislativu a právo Martina Plíška se jedná o normu čistě odbornou, o kterou se ne-

vedou politické spory. Jejím cílem je kromě nové kategorizace také stanovení transparentnějších pravidel pro úhradu zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění. „Norma není konfliktní, po konzultacích ji znovu předkládá současný ministr zdravotnictví v demisi Martin Holcát. Není to transpoziční novela, takže zde ani nefiguruje lhůta, dokdy nejpozději musí být účinností,“ řekl pro ČTK Martin Plíšek a naznačil tak nejistý termín schválení zákona.

Jednotný registr

Jedním z nejdůležitějších rysů nového zákona je zavedení jednotného registru bezpečných a účinných zdravotnických prostředků. Na základě stávající nor-

my totiž podle autorů předlohy není zřejmé, které státní orgány jsou povinny spravovat vybrané údaje v oblasti zdravotnických prostředků. „Týká se to například údajů o certifikátech vystavených českými notifikovanými osobami, nápravných opatření v reakci na oznámené nežádoucí události, údaje o povolených klinických zkouškách apod.,“ vysvětlují tvůrci zákona s tím, že sběr těchto údajů, jejich zpracování a předání je povinností České republiky vyplývající z rozhodnutí Evropské komise z roku 2010 o Evropské databance zdravotnických prostředků (Eudamed).

Jednotný registr by měl celý proces výměny dat zjednodušit, snížit administrativní zátěž a také odstranit duplicitu někte-

rych činností státních institucí, k nimž v současnosti dochází už proto, že v oblasti zdravotnických prostředků působí hned sedm orgánů. V souvislosti s tvorbou nové normy se počítá i s novelami či přípravou zcela nových zákonů. Ty by měly řešit úhrady z veřejného zdravotního pojištění či reklamu na zdravotnické prostředky.

Bene pacientům

O úhradách zdravotnických prostředků by již neměly rozhodovat zdravotní pojišťovny. Cílem je totiž zajistit přístup pacientů k inovativním zdravotnickým prostředkům, což nyní neprobíhá optimálně. Současná praxe je podle ministerstva nevyhovující už proto, že zdravotní pojišťovny nejsou zmocněny k určitým souvi-

sejícím veřejnoprávním úkonům (např. zařazování zdravotnických prostředků do číselníku).

„Systém, kdy zákon stanovuje pouze nejobecnější pravidla a následně zdravotní pojišťovny vytvářejí vlastní úhradové katalogy (číselníky), je taktéž netransparentní, nepřezkoumatelný a korupčně rizikový,“ domnívá se ministerstvo zdravotnictví.

V neposlední řadě pak zdravotní pojišťovny podle ministerstva nepřímo brání dostupnosti inovativních zdravotnických prostředků pro pacienty. „Dochází k uplatňování natolik restriktivních opatření, že úhradové mechanismy u zdravotnických prostředků jsou deformovány, zdravotní pojišťovny brání vstupu nových zdravotnických prostředků do systému a výrobci či distributoři jsou nuceni ke snižování cen – minimálně nepromítnutím zvýšení sazby daně z přidané hodnoty do ceny zdravotnického prostředku – a tak dále,“ míní tvůrci normy, podle kterých by zdravotní pojišťovny mohly ze ztráty této agendy i těžit prostřednictvím úspory na straně mzdových nákladů.

(fkc)

Nástup onkologického léku se musí zrychlit

Na konferenci o aspektech léčby rakoviny se na tomto faktu shodli zástupci onkologů, farmaceutů a politiků. Podporu v této oblasti podle nich zaslouží také akademický a klinický výzkum. Letos by mělo dojít i na kontrolu a hodnocení stávajících komplexních onkologických center.

Výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček vypočetl, že v současné době výrobci vyvíjejí 981 nových léčiv na onkologická onemocnění. Nejvíce inovací se zaměřuje na léčbu rakoviny plic (121), lymfomů (117), rakoviny prsu (111) a prostaty (94). Výzkum sází na blokování zmutovaných receptorů rakovinových buněk, podporu imunitního systému i přípravky, které pracují na bázi nanočástic. Ředitel Dvořáček také připomněl, že Česko má oproti ostatním zemím OECD stále poměrně zdlouhavý proces schvalování nových léčiv. „Včasný přístup pacientů k novým lékům by přitom měl být jednou z priorit. Inovativní léčiva mohou pomoci pacientům ve všech stádiích rakoviny, proto je jejich dostupnost zásadní,“ dodal.

Nový předseda výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny PČR a přednosta Kliniky komplexní onkologické péče MOŮ v Brně Rostislav Vyzula (ANO) potvrdil, že se bude na půdě výboru snažit navázat na jednání se SÚKL, s jehož zástupci chce projednat možnosti, aby byl nástup léků na český trh srovnatelný se zeměmi EU. Další oblastí,

kteřou chce ve své funkci podpořit, je efektivnější systém financování akademického výzkumu. „Není pravda (a nedávno to tvrdili čelní představitelé české politické reprezentace), že čeští vědci na kvalitní výzkum nemají potenciál. Český výzkum je kvalitní, ale bez prostředků to skutečně nejde. Zvažuji založení nadačního fondu, který by zajistil tok prostředků do vědy,“ uvedl profesor Vyzula.

Kritéria pro vstup do studií se stále zužují

Vědeckou základnou, která se soustředí na výzkum onkologických onemocnění a klinická hodnocení jejich léčby, je mimo jiné Masarykův onkologický ústav, kde v roce 2000 vzniklo samostatné oddělení klinického hodnocení a v roce 2012 pak ambulance fáze I a jednotka fáze I klinického hodnocení. Jak uvedla primářka tohoto oddělení Regina Demlová, ročně zde zahájí kolem 25 klinických studií, kontinuálně jich během roku probíhá přibližně 60–70, nejvíce u pacientek s karcinomem prsu a pacientů s onemocněním gastrointestinálního traktu.

„V porovnání s dobou před deseti lety se významně zužují kritéria nástupu pacientů do studie. Zatímco dříve jsme mohli nabrat do studie například pacienty s kolorektálním karcinomem, nyní musejí mít ještě určitých typ exprese receptorů nebo genovou mutaci. Máme tedy stále menší možnost takovou léčbu konkrétnímu pacientovi nabídnout. Je zde patrný trend personalizované medicíny,“ uvedla primářka Demlová s tím, že počet studií se na základě tohoto trendu do budoucna pravděpodobně bude zvyšovat, zatímco počet pacientů v nich bude stále menší.

Profit z klinického hodnocení mají nejen lékaři, kteří tak získávají možnost pracovat s léčivou o pět, šest let dříve, než se dostanou do klinické praxe, ale přede-

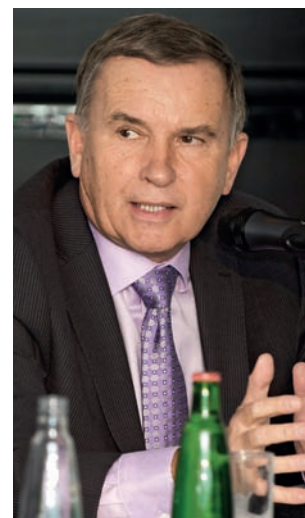
vším pacienty, jejichž léčba novým lékem začíná o pět až sedm let dříve, než je v ČR registrován.

KOC budou letos vyhodnocena

„Onkologická péče se v posledních letech stává finančně nákladnou, proto se soustřeďuje do komplexních onkologických center. Chceme centra dále kultivovat, aby byla opravdu vysoce specializovaná a péče v nich na vysoké odborné úrovni,“ zdůraznil Rostislav Vyzula.

Jeho slova potvrdil také předseda

České onkologické společnosti ČLS JEP (ČOS) a ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně Jiří Vorlíček. Jak připomněl, hodnocení kvality jednotlivých KOC koordinuje ministerstvo zdravotnictví, v jehož komisi zasedají také zástupci ČOS i Společnosti radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP (SROBF) a všech pojišťoven. „Letos komise začne centra kontrolovat a vyhodnocovat. V KOC však máme řadu informací v elektronických databázích, takže lze jejich kvalitu vyčíslit již nyní. Očekávám, že hodnocení vyjdou dobře, ale vždy je prostor pro zlepšení,“ přiblížil naší redakci profesor Vorlíček. Dle svých slov dlouhodobě propaguje, aby platba za léčbu v KOC šla vždy za pacientem. První vlástovku takového typu péče od letošního roku vyjednala Česká onkologická společnost se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, jedná se o lék trastuzumab používaný při udržovací léčbě karcinomu prsu. „Výrobce uzavřel s VZP smlouvu, že za zhruba dosud roč-



Prof. Jiří Vorlíček. | Foto: Leoš Chodura

ně léčený počet pacientek zaplatí lék pojišťovna; pacientky, které přijdou navíc, zaplatí firma. Ta bude mít menší zisky, ale lék se uplatní u většího počtu nemocných,“ uzavřel Jiří Vorlíček.

Petra Klusáková

Liberecká onkologie bude rozšiřovat prostory, přibude i třetí lineární urychlovač

Komplexní onkologické centrum (KOC) Krajské nemocnice Liberec (KNL) potřebuje pro stále rostoucí počet onkologicky nemocných více prostoru. Vedení centra nyní počítá s částečnou rekonstrukcí, podporuje ale také myšlenku nové výstavby komplexu nemocnice.

Zlepšit komfort pacientů

O potřebě změny informoval naši redakci přednosta libereckého KOC Jiří Bartoš. „Pacientům i personálu chybí potřebný komfort. V současném prostoru funguje onkologie již 17 let a zejména za posledních 5 let významně stoupl počet pacientů. Co se personálního i technického vybavení týče, jsme na tom dobře, ale prostorové možnosti jsou omezené, není možné, aby onkologicky nemocní pacienti čekali na chodbách vestoje. Proto nyní chystáme projekt alespoň na částečnou rekonstrukci stávajících prostor, což také souvisí s příchodem třetího lineárního urychlovače pro KOC. Ten by měl začít fungovat od roku 2015,“ uvedl přednosta Bartoš.

Jako jeden ze členů předsednictva kolegia primářů dlouhodobě upozorňuje na nezbytnost urychlené diskuse o dalším rozvoji liberecké nemocnice a vyřešení stávající situace. Jak náš list již před časem informoval, kolegium primářů nedávno navrhlo pro Liberec kompletní vybudování nové nemocnice.

Onkologická zátěž roste

O nárůstu počtu onkologických pacientů v kraji liberecké onkologicky přesvědčil také výsledek dvouletého národního projektu I-COP zaměřeného na vyhodnocení stavu onkologické péče a výskytu jednotlivých diagnóz. V libereckém kraji jej představil ředitel Institutu biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity v Brně Ladislav Dušek. „Liberecký kraj mne v tomto průzkumu překvapil. Mám Liberecko zapísáno v hlavě jako malý region, přitom je zde velká onkologická zátěž, obdobná jako ve větších regionech. Je tu velké množství onkologických pacientů a u těch nových dokonce zátěž narůstá,“ zhodnotil výsledky průzkumu pro Krajskou nemocnici Liberec docent Dušek. Zároveň upozornil, že i v libereckém kraji je stále velké procento pacientů, kteří k lékařům na vyšetření přicházejí v pozdních stádiích zhoubných nádorů a tím sami sobě výrazně snižují šanci na celkové uzdravení.

Lepší průměr

Průzkum přitom prokázal dobrou

kvalitu poskytované péče. „Krajská nemocnice Liberec v tomto průzkumu vykázala výsledky, které jsou srovnatelné s lepším průměrem republiky, a v některých diagnózách i daleko lepší výsledky, než činí republikový průměr. Také výkonníci v Národním onkologickém registru (NOR) je v liberecké nemocnici jedním z nejlepších v České republice,“ konstatoval Ladislav Dušek.

Výsledky průzkumu jsou cenné i pro libereckou onkologii. „Díky těmto informacím dokážeme velmi přesně ilustrovat stav péče o onkologicky nemocné a další trendy ve výskytu jednotlivých diagnóz,“ doplnil Jiří Bartoš. Přehled jednotlivých onkologických diagnóz, které se v libereckém kraji nejčastěji vyskytují, se podle jeho slov příliš neliší od zbývajících částí České republiky. „Jedná se zejména o karcinom prsu u žen, kolorektální karcinom u obou pohlaví, nádory plic či urologické malignity. U nádorů ledvin je Česká republika na prvním místě ve světě; co je toho příčinou, ale zatím nikdo neví,“ uzavřel přednosta libereckého KOC. (klu).



Prof. Rostislav Vyzula. | Foto: archiv

2. LF UK se chystá na rozšíření zahraniční vědecké spolupráce

Děkanem 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy byl koncem roku zvolen **prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.** S naší redakcí se podělil o vizi, s níž začíná od 1. února 2014 své čtyřleté funkční období.

V jaké situaci se nyní fakulta, jejíž řízení od února převezmete, nachází?

Myslím, že 2. lékařská fakulta UK je na svůj věk (666 let existence v rámci Univerzity Karlovy, z toho 60 let autonomie) v relativně dobrém stavu a v současné době se řadí mezi nejprestižnější vzdělávací i vědecko-výzkumné instituce České republiky. Její jedinečnost je dána zejména tím, že vzdělávání ve všech oborech medicíny je obohaceno o vývojovou problematiku a obdobně je tomu i při studiu fyzioterapie. Osobně mě velmi těší, že o studium na naší škole je každoročně obrovský zájem, a to i přes skutečnost, že máme velmi náročné přijímací zkoušky.

Studenty láká mimo jiné výše zmíněná atraktivní nabídka výuky všech lékařských disciplín na špičkových klinikách velké a moderní Fakultní nemocnice Motol, zahrnující i vysoce specializovaná pediatrická centra. Dalším důvodem je příznivý poměr počtu vyučujících k počtu studentů a přátelská, komorně laděná

atmosféra. Mám radost i z toho, že relativně malé výzkumné týmy jednotlivých pracovišť dlouhodobě vykazují vzestupný trend v počtu úspěšně vyřešených grantů i impaktovaných publikací, a i z toho, že na řadě z nich se podílejí mladí vědci v rámci doktorského studia. Problémem je naléhavá potřeba modernizace poslucháren, knihovny i děkanátu a vytvoření důstojného zázemí pro naše i zahraniční studenty v areálu FN Motol. Nezbytné je včasné dokončení dostavby objektů pro výuku teoretických oborů.

Můžete naznačit, kterým směrem se bude fakulta pod vaším vedením ubírat?

Musíme se udržet na špičce mezi českými lékařskými fakultami a směřovat k takové výkonnosti ve vědecko-výzkumné činnosti, abychom obstáli ve srovnání s prestižními evropskými biomedicínskými institucemi (například v Lovani či Heidelbergu). Prioritou je optimalizace spolupráce s FN Motol, v jejíž pro-

storách probíhá většina klinické výuky, a to nejen při modernizaci poslucháren, ale i v rámci nosných výzkumných projektů a evropských grantů. Nezbytné je zvýšení úrovně znalostí studujících v anglickém jazyce a významné rozšíření zahraniční vědecké spolupráce.

Dozná 2. LF UK v nejbližší době nějakých změn? Jakých?

Neplánuji zásadní změny kurikula, ale připravuji určité kroky směřující ke zlepšení výuky teoretických oborů i k rozšíření praktické výuky ve vyšších ročnících. Plánuji zavedení výuky magisterského studia fyzioterapie v anglickém jazyce. Chci zachovat hodnocení efektivitu pracovišť podle kvality i kvantity výuky a dle publikačních či jiných objektivních výstupů vědecké práce.

Na co se ve funkci děkana těšíte, čeho se naopak obáváte?

Těším se na spolupráci s novým týmem lidí v rámci kolegia děkana, na setkávání a diskuse s pedagogy i se studenty naší fakul-

prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.

* 14. května 1949 v Praze

Vystudoval Fakultu dětského lékařství UK. Po promoci nastoupil jako dětský lékař do Teplic a později do Prahy na místo dětského neurologa v Praze 4. Od roku 1984 pracuje na Klinice dětské neurologie 2. LF UK



tvořené podle nizo- zemského vzoru a poskytující komplexní péči o dětské i dospělé pacienty s epilepsií.

V rámci pedagogické činnosti přednáší nejen studentům 2. LF UK, ale i na katedře dramatické výchovy

a FN Motol a od roku 1991 je jejím přednostou. Atestoval v oboru pediatrie a v nadstavbovém oboru dětská neurologie. V roce 1993 byl jmenován docentem v oboru neurologie, v roce 2009 profesorem. Podílel se mimo jiné na vytvoření vládního programu péče o občany se zdravotním postižením a na vzniku Nadace Dětský mozek, poskytující resipitní péči nejen dětem, ale i dospělým a seniorům s neurologickým postižením. Díky němu dnes v motolské nemocnici funguje Centrum pro epilepsie, vy-

DAMU a na Fakultě humanitních studií UK (FHS), jíž je spoluzakladatelem.

Je ženatý (jeho manželka pracuje v motolském Dětském kardiocentru), má dceru, která působí v oblasti rehabilitace, syna, jenž se věnuje sociální problematice, a dvě vnoučata – Filipa a Adélku, na což je patřičně hrdý. Velmi rád hraje sportovně šachy a rekreačně basketbal. Účastní se vodáckého triatlону a příležitostně píše texty pro hudební skupinu svého zetě.

(Zdroj: 2. LF UK)

ty, spolupráci s novým rektorem Univerzity Karlovy a společné aktivity s vedením FN Motol při realizaci investičních záměrů. Trochu se obávám, že nebude

dostatek finančních prostředků k dokončení všech odvážných plánů, ale věřím, že se najdou mecenáši, kteří naši fakultu rádi podpoří.

Petra Klusáková

Nemocnice Milosrdných bratří Letovice získala akreditaci

Nezávislá certifikační a inspekční společnost Bureau Veritas Czech Republic udělila Nemocnici Milosrdných bratří Letovice, p. o., certifikáty systému managementu kvality a bezpečnosti informací podle standardů ISO 9001 a ISO 27001.

250letá tradice

Předání se zúčastnili hejtmán Jiho- moravského kraje Michal Hašek, generální ředitel Bureau Veritas Jakub Kejval, zástupci firmy Navertica Brno, která NMB pro certifikaci připravovala, starostové měst Letovice a Blansko a vedoucí představitelé Krajského úřadu Jihomoravského kraje a Městského úřadu Letovice a Boskovic.

Certifikáty slavnostně převzala ředitelka Nemocnice Milosrdných bratří Drahoslava Královcová. „Práce na získání certifikace podle ISO

9001 a ISO 27001 byla pro všechny zaměstnance nemocnice velmi náročná,“ podotkla mimo jiné. „Zúročili jsme několikaleté úsilí o zvyšování kvality a bezpečí námi poskytovaných služeb, nastolili jsme v nemocnici potřebné řídicí procesy a vše zavedli do praxe. Veškerý personál nemocnice se aktivně zapojil jak do přípravy, tak i do realizace. Jsem hrdá na to, že naše malá nemocnice, která má více než 250letou historii, může pacientům nabídnout kvalitní a bezpečné služby,“ dodala ředitelka.

Nemocnice vstřícná k auditorům

Jakub Kejval mimo jiné uvedl, že smyslem integrované certifikace je zaručit efektivní a neustálé zlepšování systému řízení během celého certifikačního cyklu, který zahrnuje nejen vlastní audit, ale i pravidelné dozorové činnosti. Závěrem poděkoval za vytvoření příznivých podmínek pro audit i za velkou otevřenost, která při něm podle jeho slov nebývá zcela obvyklá, a nemocnici popřál hodně úspěchů. Získáním certifikátu ISO 9001 (sys-



Hejtmán Michal Hašek, Drahoslava Královcová, Jakub Kejval. | Foto: archiv NMB

tém managementu kvality) organizace prokazuje systémový přístup k plnění požadavků a očekávání zákazníků. ISO 27001 zahrnuje všechny aspekty informací, od elektronick-

ých dat po rozhovory ve veřejných prostorách, včetně zabezpečení technických prostředků a prověřování personálu.

(eta)

Olivova dětská léčebna se v zimním útlumu chystá na nové programy

Kolem Olivovy dětské léčebny se v poslední době objevila řada všemožně zkreslených informací. Na pravou míru je v následujícím rozhovoru uvádí primář léčebny **MUDr. Jan Šulc, CSc., FCCP**.

Jaké kroky učiní nové vedení ke stabilizaci léčebny v ekonomické a personální oblasti?

Aktuálně, tak jako v jiných léčebných zařízeních, je i v Olivově dětské léčebně (ODL) v lednu 2014 zaveden takzvaný zimní útlumový režim. Dětský stacionář (mateřská škola) bude v provozu po celý leden bez omezení. V lednu 2014 je více prostoru pro marketing a propagaci ODL (především našich nových zdravotních programů) jakož i nábor dětských klientů. V této souvislosti jsme navázali spolupráci s dalšími zdravotnickými zařízeními, která do naší léčebny budou posílat na léčbu a doléčování své pacienty. Dále se snažíme realizovat veškerá dostupná úsporná opatření, a to i v rámci redukce pracovních úvazků našich zaměstnanců a též počtu personálu na některých úsecích. Na plný provozní režim léčebna najede v pondělí 27. ledna, což je zároveň termín, kdy se k pobytu dostaví první klienti.

V jakém stavu se dnes zařízení nachází z hlediska léčebných programů?

Od dubna 2013 pokračujeme v zajištění a dalším zlepšování tradič-



Olivova dětská léčebna. | Foto: archiv města Říčany

ních programů. Jedná se o program respirační, obezitologický (redukční) a rehabilitační (zaměřený na diagnostiku a léčbu pohybového aparátu). Pro tento účel byli přijati, vyškoleni nebo stabilizováni pracovníci a/nebo externí spolupracovníci. Šlo například o přijetí nutriční terapeutky a zajištění odborného vedení lékařem-specialistou na dětskou výživu. Dále jsme zajistili školení rehabilitačního týmu na půdě Kliniky rehabilitace

a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol v Praze. Jde o rehabilitaci podle nového konceptu dynamické neuromuskulární stabilizace (DNS) profesora Pavla Koláře.

Cílem je soustředit se na typické, možno říci současné civilizační choroby dětského věku, především kombinace vadného držení těla společně s obezitou způsobené nadměrným příjmem potravy. Zdůrazňujeme, že preferujeme moderní přístup

k prevenci těchto poruch příjmu potravy provázaný s účastí rodiny (například naše „Škola racionálního vaření“ ve speciální výukové kuchyni ODL). Dalším nutným krokem bylo přijetí nové psycholožky, která zásadním způsobem pomáhá dětem zvládat jejich zdravotní handicap (motivace k léčbě, zvýšení sebevědomí, zapojení do kolektivu a podobně).

Které další programy péče o nemocné děti hodláte zavést?

Jedná se například o nový přístup k léčbě dětských chronických respiračních onemocnění spojených s refluxní chorobou jícnu (RCHJ) u dětí (gastroezofageální reflux a extraezofageální reflux). Principiálně se jedná o neinvazivní diagnostiku a fyzioterapeutickou péči, která v konečném efektu léčby umožní významně omezit nebo zcela eliminovat spotřebu antiastmatik a účinných léků proti RCHJ (například inhibitorů protonové pumpy). Samozřejmostí je ústavní léčba se současným přijetím rodičů, kteří se terapie aktivně zúčastňují; péči však poskytujeme i ambulantně.

Dalším novým programem je poskytování celoročních relaxačních pobytů pro děti v pěstounské péči (s doprovodem nebo bez něj). Máme však připraveny i další aktivity a zlepšení stávající péče. Jsou to celoroční ozdravné pobyty dětí bez doprovodu z dětských domovů a FOD Klokánek, celoročně škola a školka v přírodě a brzké rozšíření dětského stacionáře (mateřské školy) na 40 míst.

Dále nabízíme speciální služby: víkendové a týdenní redukční pobyty pro děti s nadváhou a obezitou s jejich rodinami a cvičební vinyasa jógy – viz www.yogadana.cz). Léčebna dále spolupracuje s Dětským kardiocentrem FN Motol v rámci programu „Medevac“ Ministerstva vnitra ČR; jde o poskytování následné péče o děti z válkou postižených či jinak potřebných oblastí, kterým není možné zajistit léčbu v místních podmínkách, zpravidla s vrozenými srdečními vadami po kardiologické operaci.

Se kterými zdravotnickými zařízeními nejvíce spolupracujete?

Nejužší spolupráce probíhá s Klinikou dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, Klinikou rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol v Praze, Nemocnicí Říčany, Thomayerovou nemocnicí v Praze a Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady v Praze.

Na jaké úrovni je nyní váš vztah s Olivovou nadací (ON)?

Ohledně spolupráce s Olivovou nadací máme nyní nastaveny pozitivní vztahy. Jedná se například o podporu v oblasti zlepšení kvality péče o naše dětské pacienty nebo účast v grantových projektech nadace. Nezapomínáme zdůraznit pomoc ON cestou finanční půjčky Olivově dětské léčebně. Věříme, že pomocí zlepšení komunikace s nadací se ODL podaří získat podporu Magistrátu hlavního města Prahy (tedy majitele nemovitostí léčebny) a Městského úřadu Říčany ve věci dalšího zlepšení kvality péče o naše dětské pacienty.

Markéta Mikšová

Olivova dětská léčebna získá milion na splacení dluhu

Po půl milionu korun dostane Olivova dětská léčebna od hlavního města Prahy a od města Říčany, kde sídlí. Aby zabránila opětovnému zadlužení tohoto zařízení, stanou se obě města jeho spoluzakladateli. Postup ještě musejí schválit radní obou měst.

Budova léčebny patří hlavnímu městu a léčebna si její dosud pronajímala od Olivovy nadace. Nově bude nájemcem přímo léčebna. Ozdravovna dlužila ještě loni v listopadu kolem 3 milionů korun, od té doby výše závazků klesla zhruba na polovinu, počet klientů totiž stoupl. „Léčebna by po schválení radami obou měst dostala milion na to, aby od února mohla začít zase fungovat a zaplatila ty nejkřiklavější a nejdůležitější faktury za energie a podobně,“ uvedl pro ČTK pražský radní Martin Dlouhý

(TOP 09). Dohoda mezi Prahou, Říčany, nadací i léčebnou je podle něj již připravena.

Města ve správní i dozorčí radě

Se vstupem obou měst se změní i struktura pronájmu a fungování. „Obě města požadovala zastoupení v řízení, proto jsme se dohodli, že jako zakladatelé Olivovy dětské léčebny se zástupci Prahy i Říčan dostanou do dozorčí i správní rady,“ dodal radní Dlouhý s tím, že nadace zůstane v roli mecenáše.

Situaci v minulých letech zkomplikoval fakt, že nadace dle zákona nesměla poskytovat léčebné služby a musela založit obecně prospěšnou společnost. Zadlužené léčebně loni hrozila insolvence, kterou podle radního Dlouhého spustila špatná manažerská rozhodnutí včetně půjček, které léčebna nezvládala splácet, a proto si brala další. Navíc klesal počet přijímaných dětí a objem prostředků ubýval.

(klu)

Usnesení redakční rady ZaM

Redakční rada (RR) odborného čtrnáctideníku Zdravotnictví a medicína (ZaM) na svém zasedání dne 16. ledna 2014 projednala mimo jiné změnu názvu titulu z původního Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN. Redakční rada po vyslechnutí důvodů, jež k tomuto kroku vedly, vyjádřila svoji podporu redakci i divizi Medical Services vydavatelství Mladá fronta a. s. v jejich dalších aktivitách týkajících se vydávání titulu Zdravotnictví a medicína, jehož odborné zaměření a obsah se nijak nemění a bude pokračovat v plné návaznosti na původní titul.

Redakční rada Zdravotnictví a medicína

Skupina Agel investovala do svých nemocnic v loňském roce přes 600 milionů korun

Investice do zdravotnické techniky a modernizace nemocnic a poliklinik této skupiny od roku 2007 přesáhly 3 miliardy korun.

Moderní hybridní operační sál v Nemocnici Podlesí, nový pavilon nukleární medicíny s PET-CT pracovištěm v Nemocnici Nový Jičín nebo nový pavilon s dialýzou v Nemocnici Český Těšín – to je jen malý výčet investic skupiny Agel, která v uplynulém roce investovala do svých zdravotnických zařízení 610 milionů korun. Peníze směřovaly do výstavby nových pavilonů a center, ale také do nákupu nové přístrojové techniky.

Vítěz ankety o nejlepší nemocnici

„Díky zavádění moderních technologií a pořízování špičkových přístrojů se zvyšuje kvalita, účinnost a rovněž efektivita poskytované zdravotní péče. Takto jsou vytvářeny příznivé podmínky pro zkracování doby pobytu pacienta na lůžku a současně je mu umožněn včasnejší návrat k jeho plnohodnotnému životu,“ říká finanční ředitel skupiny Agel Karel Kantor s tím, že investice do nemocnic oceňuje nejen zdravotnický personál, ale také pacienti, což se pravidelně odráží ve výsledcích pravidelných průzkumů spokojenosti. Například právě Nemocnice Podlesí v Třinci, která loni v létě otevřela nový hybridní operační sál, nejmodernější ve střední Evropě, zvítězila v absolutním hodnocení

ankety „Nejlepší nemocnice“, díky kladnému hodnocení zaměstnanců i pacientů.

Do hybridního sálu společnost investovala více než 100 milionů korun. Nová třípodlažní budova v sobě spojuje sterilní prostředí plnohodnotně vybaveného operačního sálu a kompletní angioly pro katetrizační diagnostiku a léčbu srdečně-cévních onemocnění, takže lékaři nyní mohou v jednu chvíli provádět výkony, které se dříve musely rozplánovat i do několika operací.

Důraz na efektivitu a racionalitu

Společnost významně investovala také do Nemocnice Nový Jičín, kde v létě otevřeli nový pavilon nukleární medicíny s diagnostickým PET-CT přístrojem. Budova bývalé interny se díky 120milionové investici proměnila k nepoznání a kompletně nové a moderní prostory nabídla také dialyzačním pacientům. Svě země zde našly rovněž urologické a nefrologické ambulance.

Na téměř 50 milionů korun pak přišla stavba nového pavilonu v Nemocnici Český Těšín. Součástí dvoupodlažní budovy je i nové dialyzační středisko provozované společností B. Braun. Kromě dialýzy poskytuje v novém pavilonu své služby řada ambulancí a také Lékárna Agel.

„Naším pacientům chceme i do budoucna nabízet co nejvyšší zdravotní péči. Přes úsporná opatření v celém systému veřejného zdravotního pojištění budeme pokračovat ve významných přístrojových a stavebních investicích i v následujících letech. Obzvláště velký důraz kla-

deme na efektivitu a racionalitu investic tak, abychom vytvářeli podmínky pro maximálně dostupnou zdravotní péči co nejširšímu spektru pacientů,“ dodává finanční ředitel.

Společnost Agel je největším soukromým poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě. V sou-

časné době provozuje v České republice jedenáct nemocnic a několik dalších zdravotnických zařízení. Funguje především v oblasti Moravskoslezského a Olomouckého kraje. Každoročně je pak v nemocnicích holdingu Agel hospitalizováno více než 170 tisíc pacientů. Skupina zaměstnává v České republice více než 8 tisíc lidí.

(akt)



Hybridní operační sál. | Foto: archiv skupiny Agel

Společnost Euroclinicum posiluje a plánuje další rozvoj

Zdravotnická skupina Euroclinicum, a. s., získala koncem minulého roku realitní a provozné investiční úvěrové financování ve výši 800 milionů Kč od Komerční banky.

„Skupina Euroclinicum dosáhla v loňském roce významného růstu, důraz na kvalitu a komplexnost služeb přináší ovoce – naše zdravotnická zařízení každoročně navštěvuje více klientů, konsolidované tržby za rok 2013 činí téměř 1,5 miliardy Kč, v posledních čtyřech letech jsme realizovali akvizice 14 zdravotnických subjektů. Chceme navázat na dosavadní pozitivní trend skupiny a získané úvěrové financování použijeme jak na refinancování stávajících dluhových služeb, tak zejména pro další rozvoj a akvizice ve zdravotnictví,“ říká předseda představenstva skupiny Václav Vachta.

Nové akvizice na obzoru

Na dotaz ZaM, o jaké konkrétní projekty a konsolidace má Euroclinicum zájem, předseda představenstva neodpověděl. Uvedl však, že

ve stávajících zařízeních společnost plánuje investice do modernizace IT infrastruktury a softwarového vybavení, nákupu nového přístrojového vybavení, zejména v oblasti diagnostiky a zobrazovacích metod. To by podle něj mělo vést ke zkvalitnění služeb pro klienty. „Ohledně akvizičních příležitostí mohu říci jen tolik, že sledujeme a vyhodnocujeme zdravotní segmenty, ve kterých v současné době působíme: péče praktických lékařů, ambulantní péče, mamocentrum, radiodiagnostická péče, rehabilitační péče, preventivní péče a programy, pracovnílékařská péče, individuální péče, laboratorní služby, lékárenské služby a lůžková péče,“ doplnil Václav Vachta.

Financování na míru

Společnost vlastní a provozuje řadu nestátních zdravotnických zaříze-

ní, jako jsou nemocnice (například v Praze-Vysočanech a ve Zlíně), polikliniky (v Ústí nad Labem, Českých Budějovicích, Pardubicích, Přelouči a Slaném), laboratoře, lékárny, specializovaná pracoviště pracovního lékařství a kliniky individuální péče o klienty Canadian Medical Care. Podle odhadu navštěvuje zdravotnická zařízení této skupiny v Česku přes 500 tisíc pacientů a 200 tisíc zaměstnanců smluvních firem, pro které skupina zajišťuje pracovnílékařské služby.

„Segment zdravotnictví v České republice dlouhodobě sledujeme a vyhodnocujeme jej z hlediska vhodných příležitostí pro financování. Euroclinicum je pro nás zajímavá svými dosavadními úspěchy a zejména dalším růstovým potenciálem,“ dodává ředitel obchodní divize Top Corporations Komerční banky Radek Trachta.

(klu)

Na Plzeňsku jsou nové zubní pohotovosti

Od začátku roku funguje pro celý Plzeňský kraj zubní pohotovost v areálu polikliniky na Denisově nábřeží v Plzni. Nová zubní pohotovost vznikne také v Klatovské nemocnici.

Zubní pohotovost v Plzni slouží pacientům od šesté hodiny večerní, o víkendech a svátcích pak 24 hodin denně.

Obnovená služba

Zástupci plzeňského kraje se dohodli s Oblastní stomatologickou komorou Klatovy – Domažlice na obnovení zubní pohotovosti na Klatovsku a Domažlicku. Od začátku února bude otevřena o víkendech

a svátcích od 8.00 do 12.00 hodin zubní pohotovost vždy v jedné ze zubních ordinací na Klatovsku nebo Domažlicku. Informace o aktuální službě zubní pohotovosti budou uvedeny na internetových stránkách krajského úřadu i na webovém portálu města Klatovy.

Od září pak bude pohotovost umístěna trvale v Klatovské nemocnici a ordinační doba se rozšíří o další dvě hodiny, tedy do 14.00. (lso)

Karlovarský kraj chystá další stamilionové investice

V Nemocnici Sokolov začne přestavba tří oddělení a zateplení jednoho pavilonu za 50 milionů korun. Kraj se na tom dohodl s provozovatelem zařízení, společností Nemos. Chebská onkologie dostane nový lineární urychlovač.

Celkové náklady by měly dosáhnout necelých 200 milionů korun.

Nové lůžkové oddělení

Stavební úpravy v sokolovské nemocnici se budou týkat zejména přestavby lůžkového očního oddělení, modernizace čeká i ARO a porodnici. Oční oddělení bude po renovaci sídlit na místě bývalého ředitelství. Buďe mít 12 lů-

žek i nezbytné zázemí pro sestry a lékaře. „Vytvoří se tak podmínky pro modernizaci porodnického oddělení, které bude zřízeno v prostorách stávajícího očního oddělení,“ uvedl náměstek hejtmána pro ekonomiku Martin Havel v tiskovém vyjádření. Počítá se také se zateplením pavilonu B. Po rekonstrukci ARO zde bude umístěno 7 resuscitačních lůžek, nebude chybět ani zá-

zemí pro personál, přístrojovou techniku a skladové prostory pro materiál. V nové porodnici budou k dispozici dva porodní sály, prostory pro novorozence, sekční sál a zázemí pro personál a rodičky.

Lineární urychlovač do Chebu

Do konce roku 2015 chce kraj za přispění města Chebu zakoupit pro oddělení radioterapie a kli-

nické onkologie v Chebské nemocnici moderní lineární urychlovač k ozařování zhoubných novotvarů. Ještě před tím ale bude nutné provést zde stavební úpravy. Přístavba, ve které bude umístěn lineární urychlovač, se plánuje v místě staré a nevyužitě

kobaltové ozařovny. Tyto stavební práce jsou předběžně vyčísleny na 20 milionů korun. „Lineární urychlovač bude umístěn do nových prostor, aby i v době stavebních úprav pacienti mohli využívat starý přístroj a přestávka pro přepojování na novou techniku byla co nejkratší,“ uvedl náměstek Havel.

Mezitím by mělo být vyhlášeno výběrové řízení na nákup přístroje. Kraj počítá s investicí 80–100 milionů korun. Náměstek hejtmána Karlovarského kraje Miloš Čermák připomněl, že kraj tento nákup uskuteční na základě garance Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která mu již dříve přislíbila, že bude hradit onkologickou péči v chebské nemocnici i po roce 2015. (iso)

Královéhradecký kraj představil své priority. Chce změny ve vedení nemocnic

Centralizace řízení krajských nemocnic a rekonstrukce Oblastní nemocnice Náchod jsou hlavními tématy na schůzkách vedení kraje.

Kromě Náchoda jsou rekonstrukce budov plánovány i v Oblastní nemocnici Rychnov nad Kněžnou a v Oblastní nemocnici Jičín.

Stoprocentní nasazení

V nejbližší době bude vyhlášeno také výběrové řízení na ředitele krajského holdingu. „Shodli jsme se na tom především z důvodu právě začínající rekonstrukce náchodské nemocnice. Chceme, aby se její ředitel mohl plně věnovat této roz-

sáhlé investici,“ uvedla krajská radní Jana Třešňáková. Prozatímním řízením holdingu je pověřen ředitel náchodské nemocnice Miroslav Vávra. Do konce ledna by mělo být známo i jméno nového ředitele Oblastní nemocnice Trutnov, kterou dočasně vede ředitelka jičínské nemocnice Dana Kracíková.

Další investice

Hlavní část rekonstrukce náchodské nemocnice proběhne podle plá-

nu v letech 2015–2016 a bude stát zhruba 800 milionů korun. Vedle toho chce kraj již letos centralizovat pracoviště sterilizace a postavit kompresorové a vakuové stanice v Rychnově nad Kněžnou za 10 milionů korun. Za dalších 9 milionů korun by měla být v rychnovské nemocnici rekonstruována i lůžková oddělení na chirurgii a ortopedii. Chystá se také šestimilionová oprava vstupního objektu nemocnice v Jičíně. (iso)

ÚOHS potvrdil milionovou pokutu pro FNKV

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) se dle vyjádření Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) dopustila správního deliktu při uzavírání dodatků ke smlouvě o dodávkách elektrické energie.

Za porušení zákona o veřejných zakázkách má nemocnice na Královských Vinohradech zaplatit jeden milion korun. Pokutu potvrdil ředitel ÚOHS Petr Rafaj

Nevýhodné dodatky

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady uzavřela v roce 2004 smlouvu o sdružených dodávkách elektřiny se společností Pražská energetika. V následujících letech pak zdravotnické zařízení přijalo

další čtyři dodatky k této smlouvě. K uzavření dodatků přitom podle vyjádření antimonopolního úřadu docházelo bez provedení zadávacího řízení. „Ve smlouvě měl sice zadavatel stanoven způsob výpočtu navýšení ceny, avšak toto ustanovení v praxi nebylo při schvalování dodatků respektováno,“ uvádí úřad. „Jednalo se tedy o podstatnou a nepřijatelnou změnu smlouvy a na dodatky, jejichž celkové plnění přesáhlo 200 milionů korun,

mělo být vypsáno řádné zadávací řízení podle zákona o veřejných zakázkách,“ píše se ve vyjádření ÚOHS. Zadavatel tak znemožnil účast dalších zájemců na zakázce. Nemocnice se nezákonného postupu dopustila opakovaně, proto antimonopolní úřad přistoupil k pokutě a zamítl námitky rozkladu, včetně žádosti o zrušení pokuty. Maximální možná pokuta za podobné jednání činí 4 miliony korun. (iso)



Nemocnice Sokolov. | Foto: Wikimedia

Vsetínská nemocnice nabízí praxi absolventům

Nemocnice Vsetín se podílí na projektu úřadu práce, ve kterém nabízí odborné praxe pro mladé zájemce do třiceti let věku.

Jedná se o uchazeče o zaměstnání, kteří ještě nebyli v pracovním poměru nebo mají maximálně dva roky zkušeností. Nemocnice se tak zapojila do programu, jenž má za úkol zvýšit zaměstnanost absolventů a mladých lidí ve Zlínském kraji.

Asistenti a sanitáři

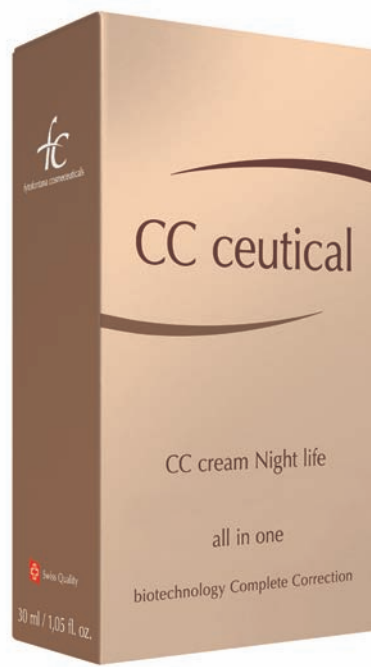
„Po celou dobu má praktikant definované harmonogramy odborné praxe včetně průběžných měsíčních cílů,“ uvedl náměstek pro personální řízení nemocnice Vsetín Martin Pavlíca. Cílovou skupinou jsou uchazeči o zaměstnání, kteří jsou evidováni na pracovním úřadě déle než čtyři měsíce. První mla-

dá adeptka na místo v nemocnici nyní nastoupila na praxi jako zdravotnická asistentka na chirurgické ambulanci.

„Smlouvy o odborné praxi uzavíráme na dobu 1 roku s tím, že pokud bude pracovník kvalitní a schopný a budeme-li mít volné pracovní místo, rádi mu nabídneme prodloužení pracovního poměru,“ uvedl pro naši redakci Martin Pavlíca. Nemocnice bude uchazeče přijímat v závislosti na aktuální potřebě. Podle náměstkových slov by mohl další praktikant působit s největší pravděpodobností na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných jako asistent nebo sanitář. (iso, klu)

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

A získejte jako dárek krém CC Ceutical z řady přírodní kosmetiky FC



Krém řady FC CC Ceutical s intenzivním účinkem proti vráskám s vysokou krycí schopností ideálně kombinuje ošetřující, zkrášlující a korekční vlastnosti.

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 9. 2. 2014. Předplatné na rok pouze za 590 Kč



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0114**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



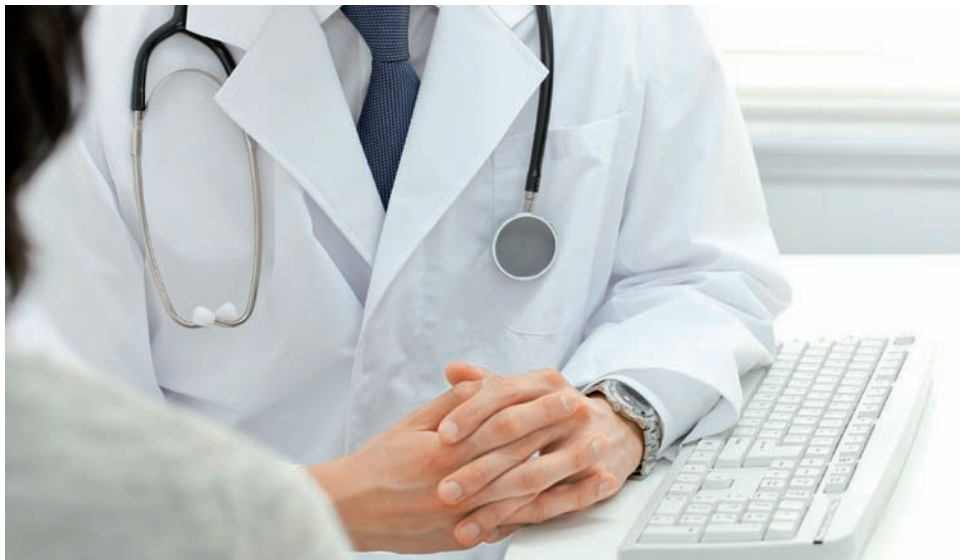
Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0114**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

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

Slovenští praktici budou mít více pravomocí

Slovenské ministerstvo zdravotnictví se rozhodlo rozšířit studijní obor všeobecné lékařství. Díky výnosu, který by měl začít platit již od února tohoto roku, se studenti tamních lékařských fakult začnou od září připravovat na větší míru kompetencí.



Budou pak moci jako praktičtí lékaři například provést jednoduchý chirurgický zákrok, provést obstrukci nervu, případně vyhodnotit EKG. Rovněž lékaři, kteří dnes již praxi provozují, dostanou možnost absolvovat příslušná školení, jež jim umožní nabízet nově povolené služby ve své ambulanci. Ministerstvo zdra-

votnictví si od tohoto kroku slibuje především ztraktivnější oboru pro studenty lékařských fakult a následně vyřešení nedostatku praktických lékařů, s nímž se Slovensko potýká.

Fakulta připravena

Kolik dnes již praktikujících lékařů možnost rozšířit své pravomo-

ci využije, zatím není podle prezidenta Asociace súkromných lekárov (ASL) Ladislava Pásztorajasný. „Jinak se k této problematice bude stavět lékař, který ordinuje 30 kilometrů od poliklini-

ky, jinak ten, jehož ambulance se nachází hned vedle ambulance chirurga,“ uvedl Ladislav Pásztor pro deník Pravda a upozornil, že s rozšířením pravomocí je spojeno i s náklady na rozšíření vybavení ordinace.

Mimo to zatím nově poskytované služby nebudou lékařům proplácet zdravotní pojišťovny. „Lékaři se nejprve budou muset vybrat činnosti naučit, teprve potom přijde na řadu další fáze, a to přiřazení širších kompetencí všeobecným lékařům zákonem, aby jim pojišťovny tyto výkony hra- díly,“ cituje prezidenta ASL deník Pravda.

Ministerský postoj přivítal i děkan Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě Peter Labaš; podle jeho slov se tak všeobecní lékaři vrací ke svým kořenům, před rok 1989, kdy došlo ke změnám, jež „udělaly z praktických lékařů úředníky“. „Jsem všemi deseti pro, aby tito lékaři mohli šít drobné rány, odrodit dítě či vypláchnout ucho,“ řekl deníku Pravda a ujistil, že jeho fakulta je připravena zajistit dozdělení všeobecných lékařů ve všech oborech, které slovenské ministerstvo určí.

Specialisté v rozpacích

Zatím se podle médií uvažuje o tom, že by praktický lékař mohl provádět například malé chirurgické výkony, odstraňovat stehy, vypláchnout pacientovi zevní zvukovod, provést vyšetření prsou, vést porod mimo zdravotnické zařízení (pouze v naléhavých případech), ošetřovat chronické kožní léze, zavést močový katétr, aplikovat obstrukci nervu, vyšetřit páteř, zajistit péči o onkologického či umírajícího pacienta a další.

Prezident Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lékařstva SLS Peter Makara nicméně upozorňuje, že širší kompetence musejí být pro lékaře možností, nikoli povinností. Rozpaky nicméně záměr ministerstva budí u Slovenskej lekárskej únie specialistov. „Současné výkony specialistů, které by měly přejít na praktické lékaře, by mohly klesnout o 20 procent,“ cituje Pravda jeho prezidenta Andreje Janca. Ministerstvo zdravotnictví nyní podle deníku vyhodnocuje připomínky k výnosu, žádná z organizací jej neodmítla.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Rakousko: Porodní asistence – výhody i rizika

Rakousko novelizovalo předpisy týkající se porodních asistentek s cílem rozšířit přístup těhotných žen k jejich službám a současně zvýšit jejich ochranu před odborně méně zdatnými profesními pracovníky.

Ženy získají možnost navštěvovat porodní asistentky při normálně probíhající těhotenství častěji a zdarma – finanční prostředky zčásti poskytnou zdravotní pojišťovny, zčásti stát. Tímto opatřením chce vláda snížit počet medicínsky neodůvodněných císařských řezů, jejichž míra se v posledních letech zvyšovala. Zároveň však předpisy zdůraznily možnost zemských úřadů porodním asistentkám přechodně zakázat činnost při podezření na malé profesní zkušenosti (podobně může zemský úřad přechodně

zakázat činnost také lékařům a stomatologům).

Porodní asistentky se stejně jako lékaři proti rozhodnutí zemského úřadu sice mohou odvolat ke správnímu soudu, ale to nemá odkladný účinek. Porodní asistentky musejí poskytovat pro státní statistiku určená medicínská a sociálně medicínská data v anonymizované podobě, z nichž čerpají poznatky také regionální fondy zdraví, které jsou v gesci státu a svazu pojišťoven a zabývají se kvalitou i dostupností péče a jejím financováním. (vla)

Švýcarsko: Lékaři ztrácejí vliv na léčbu

Švýcarská lékařská komora opět kritizuje nový způsob odměňování lékařů ve vedoucích pozicích, který vyplývá ze smluv, jež tito odborníci musejí nově podepsat.

Efekt nadřazený kvalitě

Již pětina švýcarských lékařů ve vedoucích pracovních pozicích (např. šéflékaři a obdobné posty) nově smlouvy podepsala, nicméně lékařská komora opakovaně upozorňuje na rizika těchto smluv. Podle ní jsou smluvní podmínky primárně zaměřeny na finanční efekt poskytování zdravotní péče, nikoli na její kvalitu.

Riziková bonifikace

Komora napadá především skutečnost, že vedoucí lékaři mají dostávat plat rozdělený na fixní a pohyblivou složku, přičemž ta pohyblivá – nazvaná bonifikací – činí až 20 % mzdy. Lékaři mají být prostřednictvím bonifikace motivováni například k vyššímu počtu výkonů, avšak pokud bude v centru pozornosti finanční otázka jejich práce, může to vést mimo jiné k nežádoucí

manipulaci s případy léčby, varuje komora.

Znovu ve veřejném prohlášení upozornila na to, že popsany způsob bonifikace jednomyslně odmítly orgány této stavovské organizace. Experti na zdravotní péči a ekonomiku, například renomovaná švýcarská ekonomka Margit Osterlohová, uvádějí, že tato forma bonifikace by se ve zdravotnictví vůbec neměla uplatňovat. Bez zbytečných rizik pro pacienty by péči mohla zlepšit kontrola poskytování péče a zajištění zpětné vazby pro lékaře.

Sílící vliv pojišťoven

Švýcarská komora dále informuje o tom, že roste vliv pojišťoven na léčbu, ačkoli největší vliv by měl mít pacient a lékař. Šetření ukázalo, že 16 % lékařů v akutních zdravotnických zařízeních pociťuje sílící

zásahy pojišťoven do poskytované péče. Nejvíce se to v posledním období projevuje u vážně či chronicky nemocných a zvláště při předávání pacientů z nemocnice do dalších ústavů. Loni například zaznamenalo rostoucí vliv pojišťoven 24 % psychiatriů a 53 % lékařů v rehabilitačních zařízeních. (vla)



Ilustrace: foto: forexia.com

Může nemocnice odpojit od přístrojů těhotnou ženu?

Nemocnice Johna Petera Smithe v texaském městě Fort Worth čelí neobvyklé žalobě. Tu na ni podal Erick Munoz poté, co zařízení odmítlo odpojit od přístrojů, a uměle tedy udržuje při životě jeho manželku Marlise, protože je těhotná.

Erick Munoz našel svoji manželku doma v bezvědomí koncem listopadu. V té době byla Marlise ve 14. týdnu těhotenství. Žena sice byla ihned převezena do nemocnice, lékaři jí však už nedokázali pomoci, konstatovali možkou smrt a její tělo je při životě

udržováno pouze přístroji. Podle rodiny ovšem Marlise, jež je stejně jako její manžel záchranářkou, takovou péči vždy odmítala. Erick požadoval, aby nemocnice respektovala přání jeho ženy, odpojila ji od přístrojů a nechala zemřít. Zařízení však takový

postup odmítlo s odkazem na texaskou legislativu, podle níž je nutné v léčbě těhotných žen vždy pokračovat. Právní zástupci Munozových však argumentují, že do této kategorie Marlise nespadá, neboť je z lékařského i právního hlediska mrtvá.

Nesnadné rozhodnutí

„Marlise Munozová je mrtvá, navíc jasně instruovala svého manžela i ostatní rodinné příslušníky, aby nikdy nebyla uměle udržována při životě. Neexistuje žádný důvod, aby nemocnice pokračovala v léčbě jejího mrtvého těla, a soud by měl proto nařídit ukončení této činnosti,“ píše se v žalobě proti zdravotnickému zařízení.

Mluvčí Nemocnice Johna Petera Smithe Jill Labbeová však potvrdila, že zdravotnické zařízení trvá na svém postupu. „Není to pro nás nijak složité rozhodování – postupujeme podle zákona,“ prohlásila v médiích. Část legislativy, na niž se nemocnice odvolává, stanoví, že „žádná osoba nesmí přerušit život udržující léčbu u těhotné ženy“.

Podle oslovených právníků se však na tuto situaci nevztahuje. „Pacientka není ani smrtelně, ani nevléčitelně nemocná,“ říká právník a klinický ředitel oddělení pro etiku a paliativní péči organizace Baylor Health Ca-

re System Robert Fine. „Podle texaského práva je tato pacientka mrtvá,“ je přesvědčen.

Nejasnosti kolem plodu

„Myslím, že tento případ se stane jakýmsi precedencem, nevybavuji si alespoň v posledních letech žádný podobný,“ doplňuje prezidentka organizace *Center for Women Policy Studies* Leslie Wolfeová s tím, že podobnou legislativu jako Texas má i dalších 11 amerických států. Právní zástupci Erica Munoze požádali soud o zrychlené řízení, které je podle nich nutné vyřešit v horizontu týdnů, nikoli měsíců.

Existují zdokumentované případy, kdy se podařilo u žen v obdobné situaci „odrodit“ zdravé dítě. V roce 2010 vyšel v časopise *BMC Medical* článek pojednávající o 19 případech žen s mozkovou smrtí, které byly těhotné a u nichž došlo k porodu. Ve 12 případech se narodilo živé dítě, autoři článku pak u poloviny z nich získali lékařské záznamy do 2 let života – všechny tyto děti se po narození vyvíjely normálně.

Rodina Marlise Munozové nemá žádné konkrétní informace o tom, zda je plod v Marlisině těle zdravý a vyvíjí se normálně – žena však byla poměrně dlouhou dobu bez kyslíku, než jí její manžel našel. Lékaři Ericku Munozovi pouze sdělili, že plod monitorují, muž má však o jeho zdravotním stavu pochybnosti.

(Zdroj: Fox News)

(kha)

Krátce ze světa

- S nečekaným nezájmem mladých Američanů se potýká zdravotnická reforma prezidenta Baracka Obamy. Do nového systému zdravotního pojištění se dosud zapisaly 2,2 milionu obyvatel Spojených států amerických, lidé ve věkové skupině 18–34 let však tvoří pouze 24%. Původně se přitom počítalo s tím, že do března 2014 se zapíše 7 milionů Američanů, z nichž mladí budou tvořit 38%. Právě na předpokladu dostatečného počtu mladých a zdravých pojištěnců stojí tržní fungování celé reformy. Někteří odborníci nicméně uklidňují, že počet obyvatel přihlášených k novému systému zdravotního pojištění do konce března stoupne – za neúčast na pojištění totiž hrozí právní postih.

- Nejnovější studie německého Spolkového úřadu pro dokumentaci činnosti Stasi (BStU) zjistila, že tato východoněmecká tajná policie nutila v 70. a 80. letech minulého století vězně darovat krev, kterou následně přes švýcarského prostředníka prodávala bavorskému Červenému kříži. Tímto způsobem zajišťovala pro komunistickou NDR, již hrozil státní bankrot, devizové prostředky. Bavorský Červený kříž potvrdil, že skutečně krev z východního Německa v minulosti nakupoval, jeho mluvčí již nad závěry studie vyjádřil politování. Vybrání lékaři v pravidelných časových intervalech navštěvovali několik věznic a pokaždé vzali krev až od 70 jejich obyvatel. BStU objevila v archivu zaznamenané svědectví jedné ze sester, podle něhož je jasné, že vězni byli k odběru nuceni.

- Na historickou úroveň klesl od roku 1997, kdy byl přijat zákon

o transplantacích, počet dárců orgánů v Německu. Upozornila na to tamní nadace pro transplantaci orgánů (DSO), která varovala, že tento trend ohrožuje životy lidí na čekacích listinách. DSO spojuje úbytek dárců se skandálem z roku 2012, kdy někteří lékaři provádějící transplantace manipulovali s daty pacientů. V minulém roce darovalo v Německu orgány 876 lidí, což je o 16% méně než v roce 2012. K nejvyššímu poklesu došli v Bavorsku (o 24%), kde tak jako v Bádensku-Württembersku připadá méně než 1 dárců na 100 tisíc obyvatel. Na transplantaci v zemi čeká přibližně 11 tisíc pacientů, každý den umírají 3 z nich.

- O třetinu více závislých na alkoholu v porovnání s rokem 2006 eviduje Německo – jejich počet v současnosti dosahuje 1,8 milionu. Další 2 miliony Němců pak patří do skupiny rizikových pijáků (ale ještě nesplňují kritéria závislosti). Více než doporučené denní množství alkoholu celkově konzumuje 7,4 milionu obyvatel. Vyplývá to ze studie, kterou si na mnichovské Univerzitě Ludvíka Maximiliána nechalo vypracovat ministerstvo zahraničí. Autoři průzkumu neuvádějí důvod stoupajícího počtu závislých, doporučují však investovat do preventivních programů a odvykacích zařízení. Studie dále uvádí, že na tabáku je v Německu závislých 5,6 milionu lidí (počet kuřáků je mnohem vyšší), 320 tisíc obyvatel je závislých na nelegálních látkách, na léčích pak 2,3 milionu Němců.

- Dva lidské životy a více než 40 hospitalizovaných si ve Španělsku vyžádal virus H1N1 (tzv. prasečí chřipky). Laboratorní testy potvrdily virus H1N1 jako příčinu smrti 62le-

tého muže, který zemřel v sobotu v Kantábrii, druhou obětí s potvrzenou nákazou virem H1N1 se stal 67letý muž v Zaragoze. Ze 43 hospitalizovaných muselo být 18 pacientů umístěno na jednotkách intenzivní péče.

- Čínské úřady potvrdily nákazu virem H7N9 u 7 lidí, jeden z infikovaných nemoci podlehl, 3 jsou pak v kritickém stavu. Tento kmen viru tzv. ptačí chřipky se v zemi objevil v loňském roce, dosud se jím nakazilo okolo 150 lidí, 43 zemřeli.

- Až příliš úspěšný byl iránský program na snížení porodnosti, který tamní vláda zahájila po islámské revoluci v roce 1979. Tehdy porodnost činila průměrně 3,6 dítěte na 1 pár a odhady varovaly, že tamní populace může v roce 1990 dosáhnout 140 milionů obyvatel. Kabinet proto zahájil rozsáhlou kampaň, v jejímž rámci byly například propagovány a rozdávány kondomy či doporučována vazektomie a díky níž se dnes porodnost pohybuje okolo 1,8 dítěte na pár. Současný počet obyvatel Íránu pak činí 77 milionů lidí.

Panují obavy, že do 20 let nebude populace růst vůbec. Vláda a náboženská představitelé proto zcela otočili a prosazují naopak, aby každá rodina měla co nejvíce dětí (prodloužila se například doba mateřské dovolené, dva týdny může o novorozeně pečovat otec, chystá se rozdávání zlatých mincí každému narozenému dítěti). Tamní demografové však upozorňují, že mladí Iránci nechtějí velké rodiny především z ekonomických důvodů – nezaměstnanost dosáhla 12% (neoficiální zdroje mluví až o 30%), inflace pak 36%.

(Zdroj: ČTK)

(kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

Indie slaví úspěch – 3 roky bez dětské obrny

Indie završila třetí rok od posledního případu dětské obrny na svém území. Jedná se o jeden z největších úspěchů této země na poli veřejného zdravotnictví. Tamní ministr zdravotnictví to označil za „monumentální milník“.

V roce 2012 vyškrtla Světová zdravotnická organizace (WHO) Indii ze seznamu zemí, v nichž se dětská obrna vyskytuje endemicky. Zůstaly na něm již jen Pákistán, Afghánistán a Nigérie, kde virus stále volně cirkuluje a dosud se jej nepodařilo zastavit.

„Tohoto monumentálního milníku bylo možné dosáhnout díky odhodlanosti politických představitelů, kteří poskytli potřebné finanční prostředky, technologickým inovacím a především díky milionům vědců, zdravotníků a zástupců mnoha dalších profesí, včetně 2,3 milionu lidí podílejících se na očkovacím programu,“ prohlásil indický ministr zdravotnictví Ghulam Nabi Azad. WHO by měla oficiálně prohlásit

Indii za zemi bez výskytu dětské obrny během března, poté co budou k dispozici výsledky posledních vzorků a vše projde oficiálním procesem certifikace.

Příklad ostatním zemím

Zatímco v roce 2009 se v Indii objevilo 741 případů dětské obrny, v roce 2011 to byl jediný (v lednu se nakazila 18měsíční dívka, jejíž rodiče se rozhodli nechat očkovat pouze jejího bratra). Vakcinační program začal již v roce 1995, vyžádal si více než 2,5 miliardy dolarů a je díky němu v současnosti každoročně naočkováno přes 170 milionů indických dětí. „Zatímco pokusy o vymýcení obrny ve světě stagnovaly, Indie dokázala, že je to možné,“

komentovala indický úspěch zástupkyně WHO v zemi Nata Menabdeová. „Eradikace této choroby je velmi nákladnou a dlouhodobou záležitostí a někteří partneři a dárci již začínali ztrácet naději a trpělivost. Nyní jsou ale opět připraveni ve své podpoře aktivně pokračovat,“ dodala.

Dětská obrna je druhou nemocí, již se v Indii podařilo eradikovat prostřednictvím plošné vakcinace – tou první byly v roce 1980 neštovice. Hamíd Džafarí z WHO uvedl, že Indie i na základě současného úspěchu získala „důležitě sebevědomí pro stanovení dalších podobných cílů“. Podle něho chce nyní indické ministerstvo zdravotnictví upřít své snahy na eradikaci spalniček.

Nebezpečí válečných konfliktů

V loňském roce bylo ve světě zaznamenáno 372 případů dětské obrny (148 bylo hlášeno z ende-



Illustrace: Foto: Shutterstock

mických zemí, 224 z ostatních). Odborníci se však obávají, že navzdory úspěchům na cestě k vymýcení této nemoci může naopak dojít k dalšímu zhoršení situace, především v oblastech zasažených válkami. Například v Somálsku a Sýrii se loni dětská obrna znovu objevila, ačkoli byla v těchto zemích již dříve eradikována.

Hamíd Džafarí nicméně neztrácí optimismus, v endemic-

kých zemích totiž výskyt obrny stále klesá. „Pokud bude pokračovat současný trend, mohli bychom v Afghánistánu a Nigérii infekci zastavit již v tomto roce,“ je přesvědčen zástupce WHO. V Pákistánu je situace složitější kvůli neustávajícím útokům na očkovací zdravotníky v některých provinciích, v jejichž důsledku bylo nutné přerušit očkovací programy.

(Zdroje: BBC, Reuters)

Květa Havlová

Kolumbijští povstalci chtějí regulaci drog

Kolumbijská ultralevicová povstalecká organizace Revoluční ozbrojené síly Kolumbie (FARC), jež od 60. let minulého století vede guerillovou válku proti tamní vládě, představila návrh na regulaci drogové problematiky v zemi.

Právě obchod s návykovými látkami přitom financuje aktivity FARC. Organizace svůj návrh přednesla v rámci mírového jednání s kolumbijskou vládou. Představila program, který by měl „regulovat produkci koky, máku a marihuany“. Současní pěstitelé by podle FARC měli být „motivováni začít dobrovolně pěstovat jiné plodiny“. Společně s Peru a Bolívií patří Kolumbie k největším producentům koky, z níž se následně vyrábí kokain.

Hledání alternativ

V posledních letech kolumbijská vláda vynakládá miliony dolarů, aby ilegální pěstířny a pole v zemi eliminovala – policisté či vojáci nejčastěji rostliny vytrhávají, stříkají herbicidy a snaží se farmáře přesvědčit, aby začali pěstovat legální plodiny. Podle Organizace spojených národů (OSN) poklesla plocha polí koky mezi lety 2011 a 2012 o 25 %.

Vyjednávač FARC Pablo Catatumbo však prohlásil, že základy a ničení polí nejsou do budoucna cestou. „Namiesto boje s pěstíteli nezákonných plodin bychom se měli soustředit na regulaci a hledání alternativ,“ prohlásil Pablo Catatumbo. „Podstatou našeho plánu je dobrovolnost, snaha o spolupráci s pěstíteli, aby se sami rozhodli pro jiné způsoby jak si zajistit práci a obživu,“ je přesvědčen zástupce FARC, podle něhož by mělo být nadále bráno v úvahu „medicínské či kulturní“ užívání zmíněných látek.

Organizace vyjednáva s kolumbijskou vládou již více než rok, zatím bylo v rámci rozhovorů dosaženo dílčích úspěchů pouze ve dvou případech, a to v souhlasu obou stran na zemědělské reformě a na oficiálním podílu FARC na vládě v zemi. V současnosti probíhá 19. kolo jednání, jež se odehrává v kubánském hlavním městě Havaně.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Britové kritizují guidelines WHO

Tisíce dětí umírají ve světě kvůli tomu, že Světová zdravotnická organizace (WHO) neaktualizovala *guidelines* pro léčbu dětských pacientů v šoku. Alespoň to tvrdí skupina britských lékařů. Poukazují především na doporučení podat při šoku velké množství tekutin, které označují za „smrtící“.

Aktualizace z roku 2013 toto doporučení nijak nezměnila, což je dle vědců „matoucí a určitým zklamáním“. Podle WHO by další úprava zmíněných *guidelines* měla proběhnout nejpozději počátkem roku 2015.

Malí pacienti v kritickém stavu upadají do šoku často, v rozvojejších zemích se to týká především nemocných s malárií či těch, kteří ztratili velké množství tekutin. Doporučení WHO stanovuje jako pomoc při tomto stavu „rychlou tekutinovou resuscitaci“. To sice dětské pacienty ze stavu šoku dostane, studie provedená v některých afrických zemích v roce 2011 však naznačila, že taková terapie může být pro malé pacienty fatální. V jejím rámci zemřely o 3 děti více z každých 100 zapojených do výzkumu ve skupi-

ně, které byla podána tekutinová resuscitace, ve srovnání se skupinou dětských pacientů v šoku, kteří byli léčeni pomalými, malými dávkami tekutin. Z dětí ve velmi vážném šoku v první skupině zemřelo 48 %, ve skupině druhé pak 20 %.

Nerozhodovat na základě jedině studie

Dětská lékařka a členka *Medical Research Council* prof. Kathryn Maitlandová i na základě této studie kritizuje WHO a její postup. „Velmi nás znepokojuje, že ani dva a půl roku poté, co byly uveřejněny výsledky, se *guidelines* nezměnily,“ prohlásila pro BBC.

WHO se brání tím, že výsledky výzkumu se objevily v okamžiku, kdy byly práce na poslední aktualizaci doporučených postupů pro léčbu

dětí v šoku téměř dokončeny a jejich další úpravy by zdržely vydání ostatních *guidelines*. Navíc organizace neměla k dispozici dostatek podkladů. „Situaci jsme pečlivě zvažovali, ale na druhou stranu nemůžeme své rozhodnutí založit na jedině studii, i kdyby byla jakkoli přelomová,“ upozorňuje ředitelka programu WHO pro mateřské, novorozenecké a dětské zdraví dr. Elizabeth Masonová. „Naše organizace musí postupovat systematicky, je třeba posuzovat všechny podklady, jinak bychom měnili doporučené postupy pokaždé, když se objeví nějaká studie,“ podotýká dr. Masonová s tím, že nové *guidelines* týkající se terapie dětí v šoku by se měly objevit koncem tohoto, případně začátkem příštího roku.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Výsledky práce špičkových vědeckých týmů **vyvolávají pocit pokory**

Doc. MUDr. Vojtěch Melenovský, CSc., odjel v roce 2002 na tři roky pracovat do Johns Hopkins Hospital a National Institute on Ageing (NIA), což je divize National Institutes of Health (NIH, Národního zdravotního ústavu) v americkém Baltimoru. V loňském roce doplnil svou zahraniční zkušenost ročním stipendiem na Mayo Clinic v Rochesteru.

Dva půlúvazky v downtownu

Univerzita Johnse Hopkinse disponuje velkým výzkumným zázemím, v oblasti biologie a medicíny má největší množství grantů v celých Spojených státech amerických. Johns Hopkins Hospital pak již více než 20 let obsazuje první místo ankety o nejlepší nemocnici v USA. Chtěl jsem tedy poznat, v čem to spočívá, jakým způsobem takové pracoviště funguje a jak je provázán klinický a základní výzkum. Druhým důvodem byla osoba mého školitele profesora Davida Kasse, kterého jsem poznal na kardiologických kongresech v Evropě a USA. Oslovil jsem jej, protože mě zajímala problematika, kterou se zabývala jeho laboratoř, tedy patofyziologie srdečního selhání.

Polici v NIH jsem pro změnu získal díky odpovědi na inzerát v časopisu *Nature*, ve kterém tehdy hledali výzkumníky zabývající se touto problematikou. Oslovil jsem profesora Kasse, zda by nebylo možné, abych měl poloúvazek u něj a poloviční v NIH, což se nakonec ukázalo jako schůdné řešení. Johns Hop-

kins Hospital a NIH jsou od sebe vzdálené jen několik kilometrů – obě instituce sídlí v downtownu v Baltimoru, takže jsem mohl skloubit oba úvazky. I ostatní zaměstnanci mají částečné úvazky na obou pracovištích. V NIH se věnují spíše epidemiologickým a širše definovaným projektům, vedle toho pak pracují v univerzitní nemocnici, kde je výzkum orientován více klinicky, tedy na péči o pacienty.

Výhodné také bylo, že obě pracoviště disponovala specifickým typem pacientů. V NIA je velká populace zdravých dobrovolníků, kteří jsou tam dlouhodobě sledováni v rámci studie *Baltimore Longitudinal Study of Ageing*. Dokumentuje se na nich rozvoj postižení kardiovaskulárního systému v důsledku přirozeného stárnutí jinak zdravých osob. Naopak v Johns Hopkins Hospital jsme měli v péči řadu pacientů s různými typy srdečního selhání, a tak jsem mohl tyto skupiny kombinovat a porovnávat s přírodní kontrolní skupinou, což je velmi důležité. Proti nemocným pacientům jsme mohli postavit kontroly zdravých pacientů se stejným etnickým pozadím,

věkem i pohlavím a naše práce tím pádem ukázaly velmi dobrý kontrast. Jinak sehnat adekvátní kontroly bývá často problém, zvláště v USA.

Jak na srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí

Na obou pracovištích jsem se zabýval diastolickým srdečním selháním, tedy typem srdečního selhání, který se objevuje čím dál tím častěji, především u starších žen. O tomto onemocnění se ještě před dvaceti lety předpokládalo, že je poměrně vzácné. Nyní se ukazuje, že představuje až polovinu pacientů se srdečním selháním vůbec.

Aktuálně používané metody léčby srdečního selhání byly vyvíjeny u pacientů se sníženou ejekční frakcí. U srdečního selhání se zachovanou ejekční frakcí nejsou léčebné metody dostatečně propracovány, zatím není k dispozici žádná léčba, která by ovlivnila prognózu těchto pacientů. To je také důvod, proč je výzkum v této oblasti velkou prioritou jak v USA, tak i v Evropě.

Při našich výzkumech jsme rozpoznali několik mechanismů,



Gonda building – ambulantní provozy Mayo Clinic, Rochester

kteří hrají roli při rozvoji tohoto onemocnění. Na základě naší publikovaných výsledků vznikly další klinické studie, které se snaží tyto mechanismy ovlivnit. Zjistili jsme, že se na projevech tohoto onemocnění může hodně podílet chronotropní inkompetence, tedy že tepová frekvence řízená sinusovým uzlem nedostatečně reaguje při zatížení, což při tomto typu srdečního onemocnění vede k významnému snížení rezervy srdečního výdeje při zátěži.

Jednou z možností, které se nabízejí, je tedy léčba pomocí kardiostimulátoru. Tuto domněnku by měla otestovat připravovaná mezinárodní studie, která vznikla na základě našich prací. Výstup mé práce je sice nepřímý, ale naznačil možnou cestu, kterou by v léčbě bylo možné jít.

Sildenafilem na plicní hypertenzi před transplantací

Kromě této problematiky jsme se zabývali také plicní hypertenzí u osob se srdečním selháním. Začali jsme zkoumat vliv inhibitorů fosfodiesterázy 5 (PDE5) a jejich nejtípcičtějšího představitele – sildenafilu – ve vztahu k plicní cirkulaci a myokardu. Experimentální skupina prof. Kasse z Univerzity Johnse Hopkinse během mého pobytu publikovala významné nálezy, které ukázaly že PDE5 se nachází nejen v plicní cirkulaci, ale i v myokardu. Terapie inhibitory PDE5 tedy může příznivě ovlivnit remodelaci srdce v důsledku infarktu či tlakového přetížení, což hraje vý-

znamnou roli v rozvoji srdečního selhání.

Toto téma jsem začal rozvíjet po svém návratu zpátky do IKEM. Pacienti se srdečním selháním mají dost často i plicní hypertenzi, která může být jednou z příčin, proč není schůdná transplantace srdce. V klinických zkouškách jsme zjistili, že právě pomocí sildenafilu lze dostat plicní hypertenzi pod kontrolu a tato léčba pak může transplantaci umožnit. Začali jsme preklinickými zkouškami, kdy jsme zkoušeli snášenlivost léků a jejich vliv na hemodynamiku. Podotýkám, že lék zatím není pro tuto indikaci schválen, takže léčbu nelze obecně aplikovat u všech pacientů se srdečním selháním. Ukazuje se ale jako velmi užitečný pro velmi vybranou skupinu pacientů před transplantací.

Vysoká koncentrace bystrých mozků

Při práci v zahraničí bylo asi nejvíce obohacující potkávat lidi, kteří jsou nadaní a mají pronikavý a novátorský vzhled do svého oboru. Poznal jsem tam řadu brilantních lidí schopných posouvat poznání dál, zvláště pokud pracují v týmu. Právě ve vysoké koncentraci velmi talentovaných a pilných lidí z celého světa si člověk uvědomil, že i když se snaží studovat a dělat věci poctivě, stále má možnost pracovní růst a usilovat o posun dál.

Pracovat s takovými lidmi je zábava. Na seminářích jsem měl možnost zblízka poznat několik laureátů Nobelových cen a šlo o pozoruhodné a vtipné osoby.



Nové kardiovaskulární centrum v Johns Hopkins Hospital v Baltimoru

ZAHRA NIČNÍ ZKUŠENOST



Historická budova Johns Hopkins Hospital

Když měl Peter Agre přednášku poté, co se vrátil ze Stockholmu, poslal svou zlatou nobelovskou medaili kolovat plnou posluchárnou, aniž by došlo ke ztrátě. Škála toho, co lze dosáhnout, je podstatně širší, než jsem doma zažil, a vyvolává to pocit pokory.

Výzkum na Univerzitě Johnse Hopkinse se čím dál tím více zaměřuje na studium základních mechanismů nemocí na molekulární úrovni. Hopkins je kompetitivní prostředí, otevřené zahraniční konkurenci. Na pracovní místo předatestačního klinického tréninku (*clinical fellow*) se může hlásit až několik set žadatelů z celého světa, a také proto je mnoho zaměstnanců neamerického původu. Díky tomu je to jedna z nejdynamičtějších výzkumných univerzit nejen ve Spojených státech amerických, ale celosvětově. Univerzitní nemocnice je ještě více než jiná akademická centra v USA orientovaná na výzkum. Vlastní nemocnice tvoří třetinu celého areálu, ostatní jsou výzkumné ústavy. Za dobu, co jsem tam působil, proinvestovali na stavbách nových pavilonů přes miliardu dolarů a v posledních 7 letech vyrostlo kompletně nové kardiovaskulární centrum.

Jedním z velkých přínosů mé práce v zahraničí jsou přetrvávající kontakty s kolegy z USA, Německa, Japonska, Belgie a Izraele, s nimiž jsem na Johns Hopkins pracoval a zůstáváme nadále ve styku, vidáme se na konferencích, s některými z nich pracuji v mezinárodních grantech. Na dálku sledují, na čem pracují, a podobným směrem se snažíme se jít i tady, diskutujeme o vývoji naší práce, radíme se.

Srovnání dvou amerických center

Druhou zkušeností na zahraničním pracovišti byl loňský roční pobyt na Mayo Clinic, kde jsem působil díky stipendiu Fulbrightovy nadace. Opět jsem se zde věnoval problematice srdečního selhání. Analyzoval jsem data pacientů vyšetřovaných a léčených na Mayo Clinic a snažil se zjistit, proč u těchto pacientů vzniká plicní hypertenze a jakou roli v tom hraje levé síně. Výhodou této nemocnice je velký objem každoročně vyšetřených pacientů, jejichž počet je až o řád vyšší než v jiných velkých centrech v Evropě. Data o pacientech jsou elektronicky ukládána v kompletním formátu, takže je možné retrospektivně analyzovat a porovnávat informace, které zde od pacientů posbírali. Celkové klima a zaměření Mayo Clinic se liší, není to primárně výzkumná univerzita. Mayo Clinic je nezávislé zdravotnické zařízení, které vzniklo z veleúspěšné privátní praxe dr. Maya a jeho synů – lékařů. Poměr akcentu věnovaného lékařské péči a výzkumu je opačný, než byl v Johns Hopkins. Hlavním mottem Mayo Clinic je poskytnout absolutně nejvyšší a nejbezpečnější lékařskou péči, přizpůsobenou potřebám pacienta. Proto také tuto kliniku vyhledávají nemocní nejen ze Spojených států amerických, ale z celého světa.

Atmosféra je mezilidsky příjemnější, není to tak konkurenční prostředí. Mayo Clinic sídlí v Rochesteru v Minnesotě, což je příjemné městečko uprostřed hospodářské krajiny, s nulovou kriminalitou, pohodovým obyvatelstvem a kukuřičnými lány

všude kolem. Naproti tomu zdravotnická zařízení v Baltimoru a jiných městech na východním pobřeží USA jsou v původním městském centru, kde je mnoho sociálních problémů – vysoká kriminalita, narkomanie, chudoba.

Na okno v pracovně má nárok jen profesor

Ve Spojených státech amerických lékaři žijí poměrně jednoduchým životním stylem – jsou v práci od rána do večera po celý život, protože je to baví a protože pro ni mají dobré podmínky. Je to sice trochu jednostranný život, ale pokud má člověk zálibu v tom, co dělá, tak ho to uspokojuje. Možnosti kulturního vyžití v Rochesteru, stejně jako v řadě jiných amerických měst, jsou zcela zanedbatelné oproti tomu, co nabízí třeba Praha. Rozhodně se mi tam ale líbilo, i když pokud bych měl na jednom z takových míst strávit celý život, asi bych uvažoval jinak.

Pracovní atmosféra, ať už v laboratoři nebo na klinice s pacienty, je poněkud odlišná od té naší. Předpokládá se, že lidé jsou za-



Nová budova National Institute on Ageing (NIA/NIH), v Baltimore

doc. MUDr. Vojtěch Melenovský, CSc.

Po promoci na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v roce 1994 začal pracovat na 3. interní klinice – klinice endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze. Zde obhájil kandidátskou vědeckou práci zaměřenou na proble-



matiku rizikových faktorů aterosklerózy. Později se začal věnovat výzkumu klinické patofyziologie regulace krevního oběhu při hypertenzi a srdečním selhání.

Od roku 2002 působil jako výzkumný pracovník v Johns Hopkins Hospital (Baltimore, USA) a současně v tamním Národním zdravotním ústavu (NIH-NIA) v rámci projektu zaměřeného na výzkum kardiovaskulárního stárnutí. Od roku 2005 pracuje na klinice kardiologie IKEM a je zde zástupcem přednosty pro výzkum a vědu. V letech 2012–2013 strávil rok na oddělení kardiovaskulární me-

dicíny Mayo Clinic v Rochesteru v Minnesotě a habilitoval se na 1. LF UK v oboru vnitřního lékařství. Od roku 2013 vede oddělení srdečního selhání Kliniky kardiologie IKEM.

Mimo klinickou práci rozvíjí interdisciplinární matiku rizikových faktorů aterosklerózy. Později se začal věnovat výzkumu klinické patofyziologie regulace krevního oběhu při hypertenzi a srdečním selhání. Od roku 2002 působil jako výzkumný pracovník v Johns Hopkins Hospital (Baltimore, USA) a současně v tamním Národním zdravotním ústavu (NIH-NIA) v rámci projektu zaměřeného na výzkum kardiovaskulárního stárnutí. Od roku 2005 pracuje na klinice kardiologie IKEM a je zde zástupcem přednosty pro výzkum a vědu. V letech 2012–2013 strávil rok na oddělení kardiovaskulární me-

ujatí a velmi soustředění na věc, kterou dělají. Je samozřejmé, že na problému, který řeší, pracují velmi intenzivně. Na amerických univerzitách je překvapivé, jak málo fyzického prostoru mají zdravotníci a vědci k dispozici. Nárok na pracovní s oknem mají na Johns Hopkins jen opravdu zasloužilí profesori. Velké množství lidí je natěsnáno na relativně malý prostor, což je do jisté míry asi i účel, nutí to jednotlivé výzkumníky více interagovat. Pokud je kampus kompaktní a lidé k sobě mají blízko, nemusejí si psát e-maily, stačí zajít do vedlejší laboroky a rychle vše vyřešit, což napomáhá mezioborovosti výzkumu.

Diskuse a nutnost argumentace

Rovněž podmínky pro vědeckou diskusi jsou jiné. V Česku není nutně příliš prezentovat vlast-

ní práci, dokonce to lidé vnímají negativně. V USA je naproti tomu každý student už od základní školy nucen neustále prezentovat, na čem pracuje, a hlavně musí argumentovat, zaujmout postoj a obhájit své stanovisko. Pokud jej někdo začne zpochybňovat, nebere se to jako urážka nebo osobní útok, ale spíše jako výzva. To pak zpětně člověka nutí více přemýšlet o tom, co vlastně dělá a proč – což je nejužitečnější. Diskuse a nutnost argumentace jsou jedněmi z hlavních rysů amerického akademického prostředí, které pro mne byly velmi stimulující.

V českých podmínkách se něco takového těžko zavádí *de novo*. Je to asi více podmíněné kulturou než politickou minulostí. Například ani v západním Německu, které nebylo v projevovali názorů v posledních padesáti letech tlumeno, není úplně běžná volná diskuse v americkém stylu. Jde o kulturní rozdíl daný tradicí, hierarchií pracoviště a pracovních vztahů. V Americe je struktura horizontální, takže vedoucí kliniky je spíše administrativní pozice než nedotknutelný člověk užívající právo *veta*. Spojené státy americké si od 17. století zakládají na tom, že zde žijí svobodní lidé. U nás dlouho doznávala poněkud monarchistická tradice, následný přirozený vývoj byl mnohokrát přerušován dějinnými diskontinuitami. Změna bude trvat ještě dlouho.

zapsala Petra Klusáková

Soudní tribunál pro asistované sebevraždy

Na konferenci v Athénách s tématem „Sebevražda, sebepoškozování a asistované umírání“ přednesla odbornice na právo z Hertfordshireské univerzity v Anglii Claudia Carrová návrh na ustavení soudního tribunálu, který by rychle, individuálně a s pochopením projednával žádosti o asistovanou smrt či sebevraždu.

Tento systém by měl umožnit lidem s nevléčitelnou chorobou v terminálním stadiu, aby mohli zemřít důstojně a v době, kterou si zvolí.

„Asistovaná smrt by neměla být zakázána. Během života mají všichni svobodnou vůli a auto-

mii, aby se rozhodli, jak budou žít, ale osoba s diagnózou nevléčitelné choroby v terminálním stadiu nemá právo ukončit svůj život a zvolit si dobu, kdy tak učiní. Zákon jim to zakazuje a také těm, kdo by jim napomáhali. Obavy, jaký efekt by legalizace

sebevraždy s asistencí mohla mít na stárnoucí a vulnerabilní populaci, jsou oprávněné, ale autonomie pacientů v terminálním stadiu nevléčitelné choroby by také měla být respektována. Je správné a nutné chránit nemohoucí pacienty před nátlakem, aby uva-

žovali o ukončení života a nestali se břemenem pro ostatní. Ale je tyranské nutit ty, kdo chtějí zemřít, aby zůstali na živu v bolestech a trápení,“ prohlásila Claudia Carrová.

Speciální tribunál by měl zahrnovat právníky i lékaře a jeho primárním účelem by bylo potvrdit, že pacient opravdu trpí nevléčitelnou chorobou, která povede ke smrti v následujících 9–12 měsících. Každý pacient by pak dostal čas na „zjišťování jiných možností“ (*cooling off period*). Všechny diskutované případy by měly být zaznamenány a každé úmrtí zaregistrováno. Panel by měl také zajistit, aby na pacienta nebyl činěn žádný nátlak a aby asistující osoba pacientovým úmrtím nemohla nic získat.

Návrh leží v parlamentu

Dlouho očekávaný zákon o asistované smrti byl předložen britskému parlamentu 15. května 2013 lordem Falconerem z Thorntonu. Zodpovědnost podle něho má nést dva nezávislí lékaři. Budou muset podepsat prohlášení, že věří, že nemocný má před sebou méně než 6 měsíců života, jeho choroba je nevléčitelná, pacient je mentálně kompetentní, dobrovolně došel k rozhodnutí ukončit svůj život a za přítomnosti nezávislých svědků o tom podepsal prohlášení (příbuzní ani výše uvedení lékaři nemohou být svědky tohoto pacientova prohlášení). Nemocnému pak bude předepsána smrtelná dávka aktivní látky.

Očekává se, že podle navrhovaného britského systému bude lékařům nebo nominovanému zdravotnickému personálu dovoleno, aby pacientovi tuto látku podali, nebude-li schopen si ji vzít sám. Látka bude doručena pacientovi bezprostředně před sebevraždou. Osoba pověřená touto funkcí musí zůstat v blízkosti pacienta až do jeho skonu, a pokud se nemocný rozhodne, že svůj život neukončí, musí být tato látka ihned vrácena do lékárny. Očekává se, že zákon bude zahrnovat *cooling off* období a před podáním fatální dávky bude mít pacient několik schůzek s pověřenými lékaři.

Podpora veřejnosti

Průzkumem veřejného mínění se zjistilo, že více než tři čtvrtiny anglických obyvatel toto úsilí o změnu zákona podporují a že příštím rokem všechny tři hlavní politické strany zahrnou příslib diskuse o navrhovaném zákoně do svého předvolebního programu. Ukázalo se však také, že dvě třetiny lékařů s popsanou podobou zákona nesouhlasí (budou však mít možnost službu pacientovi odmítnout).

Lord Falconer je toho názoru, že systém, který ve Velké Británii nyní platí, nutí některé pacienty s nevléčitelnou chorobou, aby v terminálním stadiu cestovali zemřít do ciziny nebo se pokoušeli spáchat sebevraždu potají. Nový zákon bude striktně omezen jen na nevléčitelně nemocné mentálně kompetentní pacienty, měl by chránit jak pacienty, tak i členy jejich rodin a zajistit, že k úmrtí bude docházet za spoluúčasti lékařské profese.

MUDr. Milena Lesná

Vedou komplikace při porodu k poruchám mozku novorozence?

V listopadu 2013 vyšly dvě protikladné studie zabývající se otázkou, zda je lidský omyl v průběhu porodu příčinou mozkové poruchy u novorozence.

Norská studie

Norská studie, založená na analýze 315 žádostí o kompenzaci kvůli údajnému pochybení během porodu, došla k závěru, že nejčastější příčinou poruchy mozku u novorozence je nedostatek kyslíku během porodu. Kompenzace byla udělena ve 161 případech, které zahrnovaly úmrtí dítěte v 54 případech a mozkovou poruchu u 96 dětí. Studie z Austrálie však teorii porodní asfyxie zamítla na základě zjištění, že počet takto postižených dětí zůstává stejný, i když šlo o porod císařským řezem.

V norské studii byla polovina případů porodní asfyxie způsobena nedostatečným monitorováním plodu a ve 14 % klinickou neschopností. V 11 % případů byla zanedbána pravidla porodu, v 10 % nebylo požádáno o pomoc zkušeného lékaře a ve 4 % šlo o omyl v podání léčebné látky. Výsledky této studie byly publikovány v *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. „I když k poškození mozku nebo úmrtí plodu během porodu dochází zřídka, následky jsou devastující. Školení porodních asistentek a lékařů a audit vysoké kvality by mohly pomoci snížit počet žádostí o kompenzaci po asfyxii během porodu,“ prohlásil jeden z autorů.

Australská studie

Výzkum v australském Adelaide se mezitím zaměřil na spojení

mezi mozkovou obrnou novorozence a císařským řezem. Závěr studie vysvětluje, proč incidence mozkové obrny neklesla po enormním zvýšení počtu porodů císařským řezem. Podle jejich výsledků otištěných v *Obstetrics & Gynecology* ani plánovaná, ani akutní a nevyhnutelná *sectio caesarea* neovlivnily riziko mozkové obrny. Jejich analýza zahrnovala 1,7 milionu zdravých dětí a 3800 s mozkovou obrnou.

„Víc než celé století se bez spolehlivých důkazů předpokládalo, že většina případů mozkové obrny je způsobena nedostatkem kyslíku nebo porodním traumatem.

Přitom je však zjevné, že za posledních 40 let došlo v Austrálii a mnoha jiných zemích k více než šestinásobnému zvýšení podílu porodů císařským řezem (z 5 na 33 %), ale incidence mozkové obrny zůstává stejná (2–2,5 na 1000 porodů). Budeme se muset soustředit na hledání antenatálních příčin mozkové obrny a jejich prevenci. Možná půjde o genetickou vulnerabilitu a vliv prostředí, například infekci,“ uvedl jeden z autorů studie Alastair MacLennan z Adelaideské univerzity.

(Zdroj: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Obstetrics & Gynecology*) (mls)



ilustrační foto: Shutterstock

Zdravá strava u žen středního věku – zdravé stáří

V listopadovém vydání *Annals of Internal Medicine* byly otištěny výsledky analýzy informací získaných z *Nurses Health Study* od participujících 11 tisíc žen středního věku (průměrný věk 59 let), jejichž zdravá strava zahrnovala hodně ovoce, zeleniny, luštěnin, ořechů a nenasycených mastných kyselin a naopak málo červeného nebo zpracovaného masa, slazených nápojů a mírné požívání alkoholu. Studie také zaznamenávala, do jaké míry ženy tuto tzv. středozezemní di-

etu dodržovaly a jestli obsahovala ryby. Přibližně po 15 letech měly ženy v nejvyšší pětině dietního skóre o 34 % lepší šanci, že se dožijí věku 70 let ve zdraví, bez podstatného úbytku kognitivních schopností a bez závažných fyzických onemocnění. U žen na vrcholu tohoto skóre byla šance přežití v plném zdraví o 46 % vyšší ve srovnání s ženami na jeho dolní hranici.

(Zdroj: *Ann Int Med*)

(mls)

Kouření a stres v těhotenství ovlivňují nikotinovou závislost u dcer

Kouření během těhotenství je spojeno s řadou negativních vlivů na dítě, včetně nižší porodní hmotnosti, vyššího rizika syndromu náhlého úmrtí dítěte, poruchy pozornosti a dalších, ale také vyšší pravděpodobnosti vzniku závislosti na nikotinu u dítěte.

Studie amerických vědců, publikovaná v časopise *Biological Psychiatry*, dokazuje nejen, že děti matek kouřících v těhotenství jsou v pozdějším věku náchylnější k závislosti na nikotinu, ale také, že riziko této závislosti významně zvyšuje, je-li plod vystaven i vyšší hladině stresových hormonů matky. Platí to však pouze pro dcery. „Naše studie ukazuje, že kombinace stresových hormonů a kouření, jimž je dítě během těhoten-

ství matky vystaveno, představuje v souvislosti s vyšší pravděpodobností vzniku nikotinové závislosti v dospělém věku jakýsi ‚dvojitý zásah‘. Navíc matky, jež kouří i v období gravidity, většinou žijí v horších podmínkách a jsou více vystaveny stresu než těhotné nekuřačky,“ podotýká vedoucí studie dr. Laura Stroudová z Centra pro behaviorální a preventivní medicínu při Miriam Hospital v Providence.

Se svými kolegy využila data získaná během dlouhodobého výzkumného programu započatého v roce 1959, jehož se zúčastnilo na 50 tisíc gravidních žen. Autoři projektu pak po dobu 40 let sbírali informace o dětech těchto žen.

Nebezpečný cyklus

Laura Stroudová se zaměřila na 1086 žen, kterým byla během těhotenství měřena hladina kortisolu a testosteronu v krvi

a u nichž bylo zaznamenáno, zda v době gravidity kouřily. Jejich děti (649 dcer a 437 synů) pak v dospělosti prošly sérií rozhovorů, během nichž bylo zjišťováno mimo jiné právě i to, zda kouří. Z analýzy údajů vyplynulo, že u dcer, které byly v těle matky vystaveny vyšším hladinám kortisolu v kombinaci s kouřením matky, se v dospělosti mnohem častěji vyvinula závislost na nikotinu. Souvislost s vyššími hladinami testosteronu nebyla prokázána. Zajímavé je, že pro mužské potomky výše popsané zvýšené riziko závislosti kvůli životnímu stylu matky zjištěno nebylo.

„Zatím nevíme, proč jsou dcery v důsledku kouření matek a stresových hormonů, kterým jsou před narozením vystaveny, náchylnější k závislosti na nikotinu více než synové. K možným vysvětlením patří, že kortisol a nikotin ovlivňují mužský a ženský mozek odlišně. Pokud jsou však dcery kouřících matek skutečně náchylnější k pozdější závislosti na nikotinu, hrozí vznik



ilustraci foto: Shutterstock

nebezpečného a těžko prolomitelného cyklu, který může postihnout několik generací,“ varuje dr. Stroudová.

(Zdroj: Medical News Today)

(kha)

FaF UK získala nový špičkový chromatograf

Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové (FaF UK) otevřela novou Laboratoř hmotnostní spektrometrie.

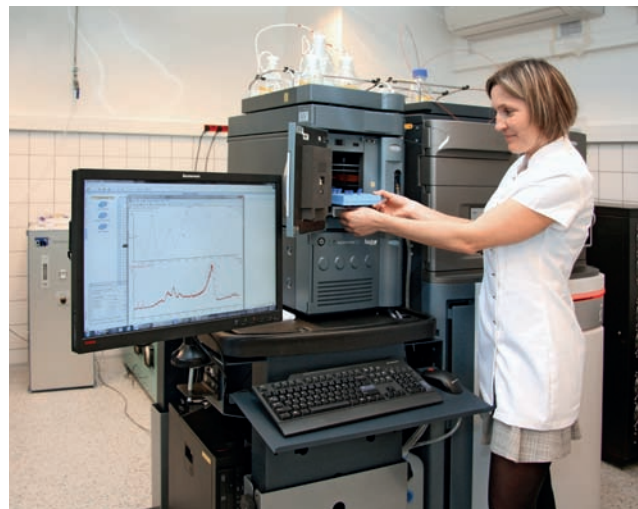


Foto: archiv FaF UK

Laboratoř je vybavena novým špičkovým analytickým přístrojem, který umožňuje jednoduše určit strukturu obsahových látek rostlin, metabolitů studovaných léčiv nebo zjistit stopové látky obsažené v biologických vzorcích, odpadních vodách či obecně v životním prostředí. Jedná se o ultra-vysokoučinný kapalinový chromatograf (UHPLC) s nejmodernějším hmotnostním detektorem Synapt G2-Si od americké firmy Waters. Na přístroj přispěl částkou téměř 10,5 milionu

Kč projekt určený k revitalizaci infrastruktury na FaF UK (REVIFAF), který fakulta získala z prioritní osy 4. operačního programu Výzkum a vývoj pro inovaci.

Špičkové, důstojné a motivující podmínky

Smyslem projektu REVIFAF je zlepšení kvality vzdělávání s vazbou na vědu a výzkum na Farmaceutické fakultě UK v Hradci Králové. „Projekt má za cíl zajistit odpovídající infrastrukturní podmínky, které na naší fakultě udr-

ží kvalitní odborníky a umožní jim provozovat vědecko-výzkumnou činnost v důstojných, špičkových, motivujících a bezpečných podmínkách, a předávat prostřednictvím výuky své jedinečné znalosti nové generaci farmaceutů, jež dále zlepší perspektivy absolventů fakulty na trhu práce,“ uvedl vedoucí katedry analytické chemie FaF UK doc. RNDr. Petr Solich, CSc.

Synapt G2-Si je již druhá generace hybridního hmotnostního spektrometru typu kvadrupól – analyzátor doby letu (q-TOF) s vestavěnou iontovou mobilitou. Tento přístroj významně usnadňuje identifikaci a strukturní analýzu širokého spektra látek pomocí měření správné a přesné hmoty molekulových iontů (MS), určení sumárního vzorce sledované sloučeniny, izotopického složení (včetně chirálních látek) a interpretaci fragmentačních spekter (MS/MS). Díky vysokému rozlišení je docíleno vysoké selektivity a snížení rizika případných interferencí. Rychlost skenování analyzátoru q-TOF je klíčová pro spojení s rychlými separačními technikami, jako je právě UHPLC.

(Zdroj: FaF UK)

(red)

Informovanost o ca prostaty je nízká, pomocí má on-line klinika

Rakovina prostaty je nejčastější formou nádorového onemocnění u mužů, počet nemocných každoročně stoupá. Pouze polovina pacientů má však dostatečné povědomí o tom, kde mohou nalézt potřebné informace. I proto vznikla Online klinika pro onkologii prostaty.

Internetové stránky mají sloužit jako webový průvodce pacientů trpících tímto onemocněním. „V současné populaci nad 50 let je u 11 mužů z 11 pravděpodobnost, že právě jemu bude diagnostikována rakovina prostaty,“ uvádí přednosta Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc., jenž je jedním z odborníků, kteří stojí za vznikem Online kliniky pro onkologii prostaty.

Nedostatek informací

Jak vyplývá z průzkumu agentury NMS Research, informovanost mužů v problematice karcinomu prostaty je poměrně nízká. „Celkem 42 procent mužů s rakovinou prostaty nemá o onemocnění dostatečné informace. Vzhledem k tomu, že muži před stanovením diagnó-

zy o chorobě prakticky nic nevědí, po zjištění onemocnění je jejich informační potřeba velká,“ říká další z odborných garantů on-line kliniky, přednosta Onkologické a radioterapeutické kliniky LF UK a FN Plzeň prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D. Online klinika pro onkologii prostaty je určena všem pacientům, kteří trpí rakovinou prostaty, ať už v jakémkoli stadiu. Informace zde naleznou také rodiny a blízcí nemocných. Portál komunikuje s pacientem především pomocí videí, takže je srozumitelný obsahově i slovníkem. V případě dotazů je možnost se ptát v komentářích na konci každé lekce.

Online kliniku pro onkologii prostaty lze nalézt na webové adrese: www.rakovinaprostaty.org

(red)

SÚKL INFORMUJE / FARMABYZNYS

Stroncium-ranelát – pozastavení používání

Farmakovigilanční výbor pro posuzování rizik (PRAC) Evropské lékové agentury (EMA) zvážil poměr přínosů a rizik přípravků s účinnou látkou stroncium-ranelát (Protelos/Osseor) a doporučil pozastavení jejich registrace a používání.

PRAC na dubnovém jednání v roce 2013 doporučil omezení používání těchto přípravků s cílem snížit riziko rozvoje srdečních potíží (včetně infarktu myokardu). Tato doporučení byla výsledkem pravidelného hodnocení poměru přínosů a rizik přípravku. Současně bylo přijato rozhodnutí o dalším podrobném přehodnocení, do něhož byly zahrnuty všechny dostupné údaje o přínosech a rizicích léčby stroncium-ranelátem. Na lednovém jednání výbor své přehodnocení uzavřel a konstatoval, že na každých 1000 pacientů léčených po dobu 1 roku, se vyskytly navíc 4 případy závažných srdečních onemocnění (z toho 2 případy infarktu myokardu) a 4 případy výskytu krevních sra-

ženin a ucpaní cév v porovnání s placebem. Přípravky Protelos/Osseor jsou spojovány také s výskytem závažných kožních reakcí, poruch vědomí, křečí, hepatitidy (zánětu jater) a snížení počtu krevních buněk. Výbor rovněž hodnotil, nakolik omezení doporučená v dubnu 2013 přispěla ke snížení kardiovaskulárního rizika a jak byla dodržována v klinické praxi, zejména u dlouhodobě léčených starších pacientů. Pokud jde o přínosy v léčbě osteoporózy, bylo prokázáno, že jsou jen mírné. Léčba přípravky Protelos/Osseor zabránila přibližně 5 případům nevertebrálních fraktur na 1000 pacientů za rok, u vertebrálních fraktur 15/1000 pacientů za rok.

Nejmenší účinnost byla zjištěna u fraktur pánve (0,4/1000).

Doporučení PRAC

Na základě těchto závěrů PRAC doporučil pozastavení registrace a používání přípravků s obsahem stroncium-ranelátu, dokud nebudou k dispozici nové údaje, které by prokázaly přínos pro určitou skupinu pacientů. Doporučení PRAC nyní bude zasláno Výboru pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékové agentury; ta by měla vydat konečné stanovisko na svém zasedání ve dnech 20.–23. ledna 2014. Stanovisko poté bude zasláno Evropské komisi, jež vydá konečné rozhodnutí, závazné pro všechny státy EU.

pravky zvážit alternativní léčbu při příští kontrole pacienta.

• I když rozhodnutí o pozastavení registrace zatím není pro státy EU právně závazné, není vhodné zahajovat novou léčbu tímto přípravkem.

Další informace a doporučení najdete na www.sukl.cz.

(Zdroj: SÚKL)

Doporučení pro lékaře:

• Poměr přínosů a rizik léčivých přípravků s obsahem stroncium-ranelátu byl posouzen jako nepříznivý, lékaři by proto měli u pacientů léčených těmito pří-

Krátce z (farma)byznysu

• Stoprocentní podíl soukromé zdravotnické sítě **Santé** převzala počátkem tohoto roku německá společnost **B·A·D GmbH**. Ta se díky tomu spolu se svou dceřinou firmou **TeamPrevent** stala vedoucím soukromým subjektem na českém a slovenském trhu v oblasti pracovnělékařské péče, bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, požární ochrany, služeb nadstandardní zdravotní péče a poradenství v oblasti prevence.

• Izraelská farmaceutická společnost **Teva Pharmaceutical Industries** jmenovala svým novým generálním ředitelem 54letého Ezeze Vigodmana. Ten je v současnosti šéfem izraelské agrochemické společnosti **MA Industries**. Přibližně měsíc tuto funkci opustí a postaví se do čela Tevy. Její předchůzci ředitel Jeremy Levin odstoupil loni v říjnu. Jeho povinnosti nyní dočasně zastává finanční ředitel Ejal Dešeh.

• Americká farmaceutická společnost **Forest Laboratories** se dohodla na převzetí výrobce specializovaných farmaceutik **Aptalis**. Koupí jej od společnosti soukromého kapitálu **TPG Capital** a zaplatí za něj 2,9 miliardy dolarů (asi 58,5 miliardy Kč). Firma **Forest** uvedla, že si tím rozšíří aktivity v době, kdy jí vyprší platnost patentů na některé léky. **Aptalis** má ve svém portfoliu léky na cystickou fibrózu a gastrointestinální poruchy a zaměřuje se na Severní Ameriku a Evropu. Aktivizaci si kupující firma podle agentury **Reuters** zvýší tržby zhruba o 700 milionů dolarů, což je o více než 15 %, a posílí i svou ziskovost.

• Internetové lékárny **Pilulka.cz** a **Pilulka.sk** vede od 1. ledna letošního roku Michal Hanáček. V řízení nahradil Martina Kasu, s nímž stál loni u zrodu projektu. Michal Hanáček byl dosud ve společnosti Dr. Pilulka manažerem pro ČR, v minulosti působil v několika internetových projektech. Společnost Dr. Pilulka letos plánuje růst, ačkoli farmaceutický trh celkově klesá. „Obratem se chceme pohybovat ve vysokých desítkách milionů korun, obsloužit přes 70 tisíc zákazníků a začlenit do projektů přes sto nových lékáren,“ uvedl Michal Hanáček.

(Zdroje: ČTK, Santé)

(kha)

Oznámení a upozornění SÚKL

Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje o:

• Uvolnění distribuce, výdeje a léčebného použití léčivého přípravku **Vreya**, por. tbl. flm. Léčivý přípravek se stahoval z důvodu schválené změny v registraci (změna v souhrnu údajů o přípravku,

ve značení na obalu a v příbalové informaci v souladu s prováděcím rozhodnutím Evropské komise ze dne 25. 7. 2013 týkajícím se registrací humánních léčivých přípravků, které obsahují účinnou látku *cyproteroni acetat/ethinylestradiolum* (2 mg/0,035 mg), vydaným v rámci článku 107i směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES). Část stahované šarže č. 3236H se po výměně příbalové informace a změně jména držitele uvolňuje k distribuci, výdeji a léčebné-

mu použití pod novým označením 3236H/1.

• Opatření držitele povolení k souběžnému dovozu, Chemark, s. r. o., Praha, ČR, týkajícím se léčivého přípravku **Diane-35**, por. tbl. obd. (registrační číslo: 17/154/84-C/PI/001/11; číslo šarže: 14880A/CH, 12072C/CH). Uvedené šarže léčivého přípravku se stahují z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu schválené změny v povolení souběžného dovozu (změna v souhrnu údajů o přípravku, v označení na obalu nebo v příbalové informaci v souladu s prováděcím rozhodnutím Evropské komise ze dne 25. 7. 2013 týkajícím se registrací humánních léčivých přípravků, které obsahují účinnou látku *cyproteroni acetat/ethinylestradiolum* (2 mg/0,035 mg), vydaným v rámci článku 107i směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES).

• Zavadě v jakosti léčivého přípravku **Iburion 400 mg**, por. tbl. flm. (číslo šarže: 1442227). Držitel rozhodnutí o registraci, společnost **Orion Corporation**, Finsko, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: stažení výše uvedené šarže léčivého přípravku z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu závady v jakosti – výsledky mimo limit specifikace v obsahu neznámé nečistoty. (Zdroj: SÚKL)

VZP bude hradit pertuzumab

Od února letošního roku začne Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) hradit svým klientkám, vybraným pacientkám komplexních onkologických center, přípravek pertuzumab určený k léčbě rakoviny prsu.

V české populaci je pertuzumab (Perjeta) využitelný přibližně pro 12 % nemocných s rakovinou prsu. Náklady na uvedený přípravek VZP nebude centrum započítávat do limitu na léky. Lékaři tak budou mít možnost předepsat jej více klientkám VZP.

Rozhodnutí pojišťovny přivítala i Česká onkologická společnost ČLS JEP. „Je to jediná správná cesta, která respektuje svobodnou volbu lékaře, respektive komplexního onkologického centra, a financování provedené léčby v centru,

které si pacientka vybere,“ uvedl její předseda profesor Jiří Vorlíček. Studie u pacientek léčených novým přípravkem prokazují jak prodloužení doby celkového přežití, tak zlepšení kvality života.

Státní ústav pro kontrolu léčiv zařadil pertuzumab do režimu tzv. dočasné úhrady. Tento režim potrvá tři roky, po které se budou dále sbírat data. Poté bude posouzen přínos terapie a rozhodnuto, jak to bude s úhradou léku nadále.

(Zdroj: VZP)

(red)

Remedia má nového vlastníka

Farmaceutický dvoměsíčník **Remedia** má od nového ročníku nového vlastníka. Stala se jím společnost **CZ Pharma**.

„Chystáme řadu novinek,“ uvedl nový šéf vydavatelství Jan Šimon. „Mezi prvními změnami budou vylepšené interaktivní webové stránky, optimalizované i pro mobilní zařízení, a v plánech máme také mobilní aplikaci. Pustíme se do organizování odborných akcí, působil bychom i v oblasti postgraduálního vzdělávání,“ upřesnil. Samotný časopis podle něho v roce 2014 nečeká žádná zásadní změna kromě redesignu.

Aktivnější na webu

Remedia letos vstupuje do 24. ročníku vydávání. Časopis je zařazen v *Bibliographia Medica Českoslova* a v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice. Časopis vychází v nákladu 5 tisíc výtisků. „Tištěný náklad neplánujeme zvyšovat, ale na internetu bychom rádi byli aktivnější,“ dodává šéf vydavatelství.

(Zdroj: Remedia)

(red)

Šance i pro naše „Kelty“

V minulosti se pacienti s cystickou fibrózou (CF) dožívali jen několika let života, dnes jejich věkový průměr přesahuje 35 let. Nově zaváděná terapie výrazně zkvalitní – a věrme, že i prodlouží – život pacientům s keltskou mutací CF.

O možnosti kauzální léčby cystické fibrózy u nás jsme hovořili s přednostou Ústavu lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol a vedoucím Centra cystické fibrózy FN Motol **doc. MUDr. Pavlem Dřevínkem, Ph.D.**

Jedním z nejčastějších autozomálně recesivních dědičných onemocnění u naší, čili „kavkazské“ populace je právě CF. Co je její podstatou a které orgánové systémy postihuje nejvážněji?

Příčinou jsou mutace v obou alelách genu, který kóduje protein označovaný jako transmembránový regulátor vodivosti iontů při CF, zkráceně CFTR. Tento protein normálně vytvoří kanál na apikální straně epitelálních buněk, ale u CF je funkce kanálu narušena nebo ani není vytvořen. Následně se chloridové ionty nedostanou přes apikální buněčnou membránu.

Základními postiženými orgány jsou plic a slinivka břišní. Dokud nebyly k dispozici trávicí enzymy, děti umíraly – insuficience zevní sekrece pankreatu býval kdysi limitující faktor přežití. Odtud pochází i název choroby, je to vlastně popis nálezů na slinivce břišní při pitvě. Problém byl vcelku úspěšně zvládnut enzymatickou substituční terapií, kdy se pacientům před každým jídlem podávají trávicí enzymy. Oproti tomu respirační obtíže, jako jsou chronické infekce a obstrukce plic, dosud zůstávají významným léčebným problémem. Pacienti s CF nyní nejčastěji umírají na dýchací problémy a respirační selhání.

Při Centru cystické fibrózy na motolské dětské klinice funguje český registr pacientů, zachycuje stav od konce roku 2004. Jaký je u nás vývoj incidence CF? Incidence podle velké epidemiologické studie v 60. letech, kterou tehdy provedla docentka Věra Vávrová, vyšla 1 : 2700 živě narozených dětí. Do zavedení celoplošného novorozeneckého screeningu v roce 2009 jsme tedy předpokládali, že zachytíme asi 20 dětí ročně, pokud vycházíme z roční natality okolo 100 tisíc. Roční záchyt však máme 10–13 pacientů ročně. Incidence je tedy nižší, pohybuje se kolem 1 : 5500, což je významný posun. Toto číslo se nyní drží setrvale.

Do snížení incidence se promítla prenatalní diagnostika a následně ukončení gravidity při pozitivních nálezech. V rizikových rodinách se plod testuje při amniocenteze. Ideální postup je pak při *in vitro* fertilizaci – ta umožňuje testování na CF ještě před implantací oplodněného vajíčka a následně jeho vyloučení při pozitivitě. Tato situace není tak hypotetická, jak by se zdálo; děje se to a incidenci CF uvedený postup snižuje.

Co se týče prevalence, podle národního registru CF nyní máme asi 560 živých nemocných, z toho 60 procent tvoří děti a 40 procent dospělí. Trochu se tím lišíme od západní Evropy, kde tento poměr dosahuje 50 : 50. CF je typicky nemoc bílé rasy, respektive „kavkazské“ populace, proto se srovnáváme se státy západní Evropy a Severní Ameriky. Se zlepšováním péče se nemocní dožívají vyššího věku a náš podíl dospělých pacientů s CF není špatný výsledek, považujeme jej za úspěšný.

Opravdu u nás vyšší výskyt CF souvisí s keltskými předky, jak se traduje?

Keltská mutace je jedna specifická mutace z asi 2 tisíc popsanych. V České republice je jednoznačně nejčastější mutací deltaF508, která se nachází alespoň na jedné kopii genu u 70 % všech CF pacientů. Ale keltská mutace se nám rozhodně nevyhnula, je totiž typická pro země, kudy se kdysi Keltové stěhovali a kde zanechali své geny. Tuto mutaci výborně zmapoval a její výzkum nadále provádí profesor Milan Macek se svým týmem.

Hodně zastoupena je v Česku, ve Francii (zejména v Bretani), ve Velké Británii (zejména ve Walesu) a v Irsku, kam byli Keltové vytlačeni. Na Slovensku se keltská mutace CF prakticky nevyskytuje. U nás je zastoupena asi v 5 procentech případů a většinou u těchto pacientů nacházíme jednu kopii genu s touto mutací a druhou kopii s mutací jiného typu. V Irsku je asi deseti-procentní zastoupení, v ostatních „keltských“ zemích je naopak nižší než u nás. Obecně je v Evropě stejně jako u nás nejčastější zastoupení mutace deltaF508, bez ohledu na národnost.

Kdo dodává údaje do našeho národního registru CF a jak

vlastně funguje novorozenecký screening?

Data nám předávají centra CF, jichž je celkem pět. Novorozenecký screening CF zachycuje metabolit uvolňovaný pankreatem, čili zachycujeme už poškození slinivky, k němuž došlo v prenatalním období, a dále je doplněn genetickým vyšetřením na mutace CFTR. Odběry provádějí všechny porodnice, vzorky krve na celkem 13 vrozených onemocnění, která jsou sledována novorozeneckým screeningem, pak odesílají do biochemických laboratoří. Pozitivní výsledek screeningu na CF se hlásí lékaři centra cystické fibrózy v Brně nebo v Motole, který kontaktuje rodinu prostřednictvím praktického dětského lékaře. Následně zve rodiče s dítětem do centra k potvrzení či vyloučení CF, neboť výsledek screeningu ještě neznamená diagnózu, ale jen podezření na ni. Dítě zůstává v péči jednoho z pěti center, které případ hlásí do registru. Praktický dětský lékař se tedy dozví velmi rychle o diagnóze CF u novorozence, ale děti jsou převážně léčeny v centrech.

Novorozenecký screening CF takto v drtivé většině případů umožní časné odhalení nemoci, než se objeví první klinické symptomy. I pokud je dítě ve stabilizovaném stavu, chodí každé 3 měsíce na prohlídku do centra. Praktický pediatr do samotné léčby CF zpravidla příliš nezasahuje. Je samozřejmě dále v kontaktu s rodinou dítěte, ošetřuje běžné nemoci včetně běžných nachlazení, ale CF jako taková je léčena v centrech. Často ovšem rodiny v případě nějakého akutního onemocnění kontaktují spíš přímo centrum.

Stále hovoříme o symptomatické léčbě. Jak je to s možností kauzální léčby?

Kauzální léčba CF je zatím možná pouze pro pacienty s keltskou mutací. Ti mají, alespoň teoreticky, nárok na léčbu ivacaftorem (Kalydeco). Do klinického užívání v Evropě byl přípravek s touto účinnou látkou předán poměrně nedávno, Evropská léková agentura (EMA) ho zaregistrovala v roce 2012, lék je tedy registrován již i u nás. Nyní čekáme na rozhodnutí lékové komise SÚKL o určení ceny a schválení jeho úhrady. Jiná záležitost je, kde na jeho podávání najít fi-

nanční prostředky, protože náklady na roční léčbu činí 6 až 6,5 milionu korun pro jednoho pacienta a jde zároveň o léčbu celoživotní. Ivacaftor je nová molekula, jejíž registraci předcházelo 10 let preklinických a klinických studií. Tato malá molekula ovlivňuje už zmíněný chloridový kanál na membránách buněk; navrácí mu jeho funkci. U pacientů s mutací deltaF508 chloridový kanál není přítomen je a tento lék jeho funkci navrácí. Indikací podání ivacaftoru je proto pouze keltská mutace CF.

První velký úspěch byl, že dobře dopadly klinické zkoušky. Ukázaly značnou účinnost léku a vyloučily jakékoli významné nežádoucí účinky, kvůli nimž by podávání muselo být zastaveno. Zároveň ale pokračuje léčba symptomatická, protože přípravek se nasazuje nejdříve až v 6 letech života, kdy už mohou být některé orgány nemocí postiženy, a mohou tudíž být i náchylné ke vzniku komplikací. Ivacaftor se podává perorálně, 2x denně, zatím tedy od 6 let věku dítěte, ale pro podávání mladším dětem už probíhají klinické testy, nyní pro děti starší 2 let.

Existují na ivacaftor už i studie, které by dokazovaly prodloužení života pacientů?

Vzhledem k tomu, že se pacientům podává teprve krátkou dobu, nemohou ještě takové studie o prodloužení délky života být k dispozici. Ale klinické studie běžely dva roky a prokázaly zlepšení klinického stavu, čili okamžitý benefit. Objevitivně vidíme zlepšení například na spirometrii jakožto na jednom ze základních markerů funkce plic. Hodnota FEV₁ (jednovteřinová kapacita plic) se jen během 14 dnů podávání zlepšuje v průměru o 10 procent a tu si pacienti drží. To je zcela objektivní výsledek účinnosti léku, nejen tedy fakt, že se pacient subjektivně cítí lépe.

Nyní máte v registru celkem 26 pacientů s CF s keltskou mutací, děti i dospělé. Můžete alespoň většině z nich nabídnout už i tuto léčbu?

To je zatím problém. My jsme byli jako jeden z 8 států na celém světě zařazení do klinického testování,



Foto: Jana Jilková

měli jsme na ivacaftoru 4 pacienty. Testování bylo u nás v centru zahájeno na konci roku 2009 a pacienti ještě stále máme v klinické studii. Po registraci léku studie v ostatních zemích skončila, protože přípravek už je k dispozici. Výrobce doslova kvůli Praze udělal výjimku a studie pokračuje, aby jej mohli naši 4 pacienti dál dostávat. Žádnou studii ale nelze prodloužovat do nekonečna a výrobce, firma Vertex, se vyjádřil v tom smyslu, že lék může poskytovat v tomto režimu už jen řádově měsíce. Doufáme, že problém vyřešíme systémově. Zatím jsme v nejistotě, jak zajistíme kontinuitu nové léčby u těchto 4 pacientů po skončení studie, nemluví o těch zhruba dvaceti dalších, také s keltskou mutací, kterým by se vši pravděpodobností také pomohla.

Ivacaftor u nás ještě nemá stanovenou cenu, ale určitě bude velmi drahý. Nebudete muset počkat až na genovou léčbu?

Tento lék stěží může být levný. Vertex, což je relativně malá americká farmaceutická firma, vynaložil společně s americkou patientskou organizací obrovské prostředky na výzkum a vývoj vysoce inovativního přípravku pro velmi omezený počet nemocných. Je pravda, že v 90. letech se značné naděje vkládaly do genové léčby, a zejména ve Velké Británii šly obrovské prostředky na vývoj právě tímto směrem. Paradoxem je, že genová léčba CF je ještě stále v počátcích výzkumu, kdežto preparát ivacaftor už je v klinickém používání a je v něm velmi úspěšný.

Jakou šanci na kauzální lék má ona větší část pacientů s delta mutací?

Velkou naději pro pacienty s mutací deltaF508 je další přípravek lumacaftor, který vyvíjí také firma Vertex a už je v klinickém zkoušení. Vývoj probíhá nadějně. Druhý nový lék by nás však určitě znovu postavil před problém jeho úhrady – budeme mít další kauzální léčbu, tentokrát pro mnohem větší skupinu pacientů, ale znovu se bude nepochybně jednat o velmi drahou záležitost.

Vitamin C – odborníci z různých kontinentů se shodují v jeho onkologickém potenciálu

Infuzní terapie vysokodávkovaným vitaminem C (IVC) dokáže vést nádorové buňky k apoptóze a zároveň chránit ty zdravé. Díky pokroku, jež vnáší do léčby onkologických onemocnění, vyvolává rostoucí zájem ve světě i u nás. Na otázky související s touto terapií odpovídají odborníci, kteří s ní mají dlouhodobé zkušenosti: **prof. MUDr. Joseph J. Cullen (JC)** z University of Iowa Cancer Center (USA), **MUDr. Jeanne A. Drisko (JD)** z University of Kansas Cancer Research Institute (USA), **MUDr. Marta Holíková (MH)** ze Safe Treatment Medical Center – Inpharm Clinic (ČR) a **PharmDr. Zdeněk Procházka (ZP)** ze společnosti Edukafarm (ČR).

Jakým mechanismem působí IVC na nádorové buňky?

JC: Podstatou terapie IVC je duální farmakodynamika vitaminu C. Zatímco v prostředí zdravých buněk askorbát funguje jako „zametáč“ reaktivních sloučenin kyslíku, tedy antioxidant, kdy s nimi reaguje za vzniku neškodných produktů, ocitne-li se v prostředí se zvýšenou koncentrací iontů železa a acidózy, typickém právě a jen pro nádorovou buňku, působí opačně, prooxidačně, kdy vzniklý peroxid vodíku pronikne do buňky a zničí ji. V této souvis-

losti lze askorbát chápat jako *pro-drug* peroxidu vodíku.

Nicméně protinádorový mechanismus zahrnuje celý komplex účinků, kterými je askorbát schopen inhibovat růst a proliferaci nádorových buněk. Jde hlavně o jeho vliv na angiogenezi a vaskularizaci nádoru prostřednictvím VEGF. Další mechanismy jsou z oblasti imunologie, a to konkrétně vliv na hladinu cytokinu IL-6, na zvýšení exprese MHC *class I* a rovněž zvýšení exprese Fas receptorů. Také na úrovni molekulární biologie

proběhl výzkum zabývající se mechanismy apoptózy způsobené askorbátem. Zde je literárně doloženo působení askorbátu na p38 MAP kináze dependentní *up* regulace transferinových receptorů a *down* regulace 14-3-3 σ , přičemž obě tyto cesty vedou k buněčné smrti nádoru působením na aktivitu pro-kaspáz a kaspáz.

Proč vitamin C aplikovat infuzní cestou, nestačí tableta „čička“ denně?

ZP: Transportní kapacita lidského střeva je striktně omezená, takže při perorálním podání lze dosáhnout jen nízké koncentrace vitaminu C v krvi. Ta postačuje k zajištění běžných, ne však preventivních a léčivých účinků askorbátu – protinfekčních, protizánětlivých a protinádorových. Pro jejich dosažení je nutné vytvořit v krvi několikanásobně vyšší koncentraci, což je možné pouze při intravenózním podání. K tomu je určen registrovaný léčivý přípravek obsahující koncentrát vitaminu C vyrobený speciální technologií, jež zaručuje, že přípravek je pH neutrální a bez obsahu konzervantů. Tyto podmínky nesplňují injekce vitaminu C, protože konzervanty obsahují a nejsou pH neutrální. Nesmíme tudíž zaměňovat léky obsahující vitamin C pro infuzní a injekční formu.

Má smysl jít na infuzi vitaminu C z preventivních důvodů?

ZP: Ano, dávka 0,1 g/kg tělesné hmotnosti, reprezentovaná zhruba jednou 7,5gramovou infuzí, je podávána pro své antioxidantní účinky, kdy vitamin C funguje jako zmíněný zametáč reaktivních sloučenin kyslíku, které způsobují oxidativní stres. Ten oslabuje imunitní systém, vytváří příznivé podmínky pro vznik chronického zánětlivého procesu, respektive způsobuje především recidivující infekce, alergie, artritidy, aterosklerózu a nádorová onemocnění. Například na podzim a na jaře je ideální aplikovat jednu infuzi

týdně po dobu jednoho měsíce. Zlepší se tak nejen antioxidantní kapacita, ale také kondice imunity i kondice psychická, protože vitamin C v první řadě absorbují buňky imunitního a nervového systému.

Vysokodávkovaný vitamin C doporučuje mimo jiné americký Národní onkologický ústav (National Cancer Institute, NCI) – můžete zmínit jeho aktuální prohlášení?

JC: Říká se v něm, že vitamin C je základní nutriční, jehož antioxidantní podstatu známe. Dále uvádí, že studie prokázaly, že vysoká dávka vitaminu C má prooxidační vlastnosti a snižuje proliferaci buněčných linií karcinomu prostaty, slinivky, tlustého střeva, hepatocytů, mezoteliomu a neuroblastomu, a v neposlední řadě konstatuje, že studie s terapií IVC u onkologických pacientů prokazují zlepšení kvality života a snížení nežádoucích účinků protinádorové léčby a že IVC byl v klinických studiích všeobecně velmi dobře snášen.

Zmíněné skutečnosti vynikají ve světle závěrů Světového onkologického fóra 2012, jež konstatují, že výsledky standardní protinádorové léčby jsou zvláště u nových chemoterapeutik a cílené biologické terapie velmi neuspokojivé, neboť nejsou dost bezpečné a přinášejí vyšší riziko toxické smrti.

Proč tedy někteří čeští onkologové odmítají IVC doporučovat?

JC: V USA byla situace obdobná, ale čím dál víc onkologů mění názor, protože z výsledků posledních studií lze vyvodit průkaz vysoké bezpečnosti IVC a jeho silný protinádorový potenciál. Například nemocní s karcinomem pankreatu, u nichž se udává medián přežití 6 měsíců, jsou v jedné z aktuálních studií s IVC ve velmi dobré kondici a přežívají již 25. měsíc. S ohledem na tyto výsledky onkologové na univerzitních klinikách v USA zařadili in-

fuzní vitamin C do protinádorové terapie, i když ještě před několika lety byl jejich postoj velmi skeptický až odmítavý.

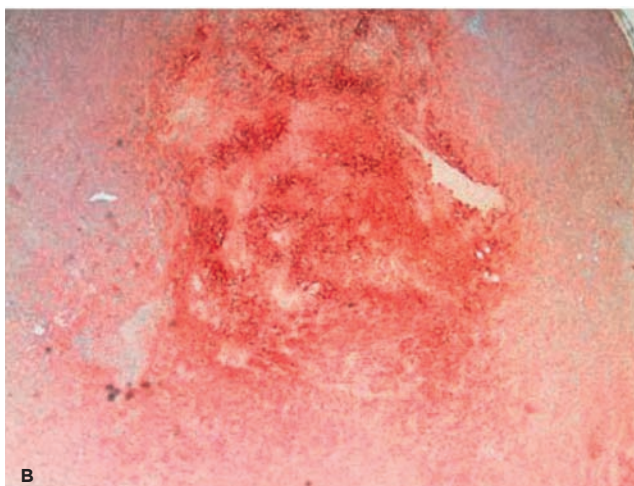
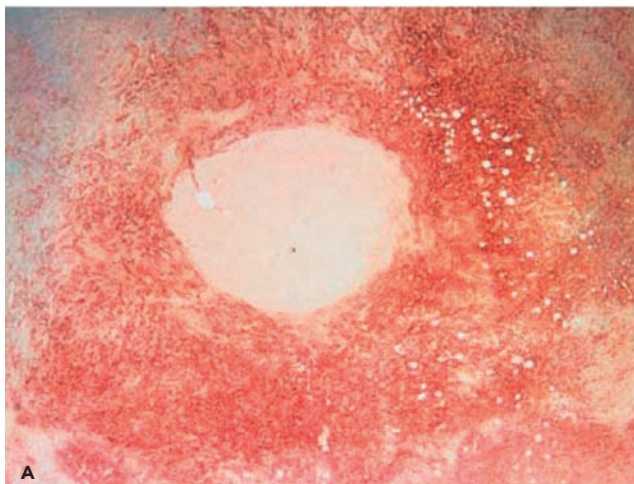
Jsou k dispozici zkušenosti některého klinického pracoviště s velkým souborem onkologických pacientů léčených vysokodávkovaným vitaminem C?

JC: Ano, například v červnu 2013 publikovala své zkušenosti americká Riordan Clinic. Šlo o 1000 pacientů s karcinomem prsu, prostaty, plic, ledvin, slinivky, kůže, krve, močového měchýře a kostí. Podle závěrů této práce byly u těchto nemocných dosaženy výsledky odpovídající schopnosti vitaminu C vést nádorové buňky k zániku, potlačit jejich množení, působit proti metastázám a redukovat zánětlivé parametry.

Jak si vysvětlujete současný zájem o IVC?

ZP: Zlom přinesla léta 2004 až 2008, kdy se při zkoumání farmakokinetiky vitaminu C ukázalo, že selektivně tumor-cytotoxicky působí, pouze je-li podáván intravenózně ve vysokých dávkách. Tím se vysvětlila „malá historická záhada“. Cameron a Pauling totiž zkusili podávat vitamin C onkologicky nemocným v terminálním stadiu, kteří přežívali déle a s lepší kvalitou života, již před nějakými 40 lety, což podnítilo dr. Moertela z americké Mayo Clinic k zorganizování studií, jež však předchozí slibné výsledky nepotvrdily. Nikoho tenkrát nenapadlo, že rozdíl zapříčinil způsob podání, kdy Cameron s Paulingem vpravovali lék do těla pacientů intravenózně, zatímco na Mayo Clinic pouze perorálně. Vysvětlením oné „záhady“ začala renesance zájmu o IVC, jež vyústila v zorganizování četných klinických studií.

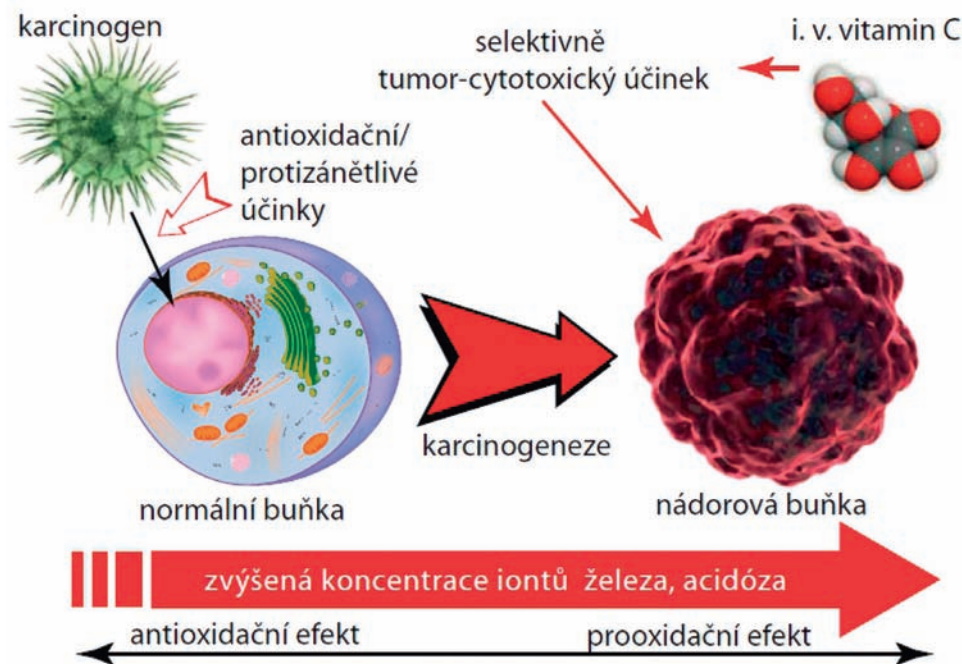
Před krátkou dobou byla, pane profesore, publikována vaše studie prokazující vzájemnou synergií IVC a radioterapie...



Askorbát zvyšuje enkapsulaci tumoru zvýšením syntézy kolagenu typu IV; (A) skorbitická nádorová tkáň, (B) askorbátem suplementovaná nádorová tkáň.

NOVINKY Z FARMAKOTERAPIE

Dualita účinku i. v. askorbátu



Cílené prooxidační působení vitaminu C je založeno na specifických podmínkách, které se vytvářejí pouze v oblasti nádorové buňky (acidóza + zvýšená koncentrace iontů železa). V takovém prostředí probíhá za účasti vitaminu C biochemická reakce, která ústí do vzniku peroxidu vodíku, což vede nádorovou buňku k apoptóze. Díky uvedené selektivitě je vitamin C v cytotoxické dávce označován jako netoxické chemoterapeutikum. Vzhledem k tomu, že popsané specifické podmínky se v okolí fyziologické/normální buňky nevytvářejí, působí zde vitamin C antioxidačně.

JC: V našem výzkumu se prokázala synergie mezi podáváním farmakologického vitaminu C a radioterapií. Výzkum stále probíhá, stejně tak klinické studie, ale již nyní můžeme říci, že vitamin C zvyšuje citlivost nádorové tkáně k záření. Praktickým výsledkem tohoto faktu je možné snížení radiační dávky pro dosažení stejného účinku na nádorovou tkáň. Dr. Moser popsal velmi detailně danou problematiku ve své odborné práci publikované tento rok (Moser CJ, Rawal M, Wagner BA et al.: Pharmacological ascorbate and ionizing radiation (IR) increase labile iron in pancreatic cancer. *Redox Biology* 2014; 2: 22-27).

Kdy je vhodné nasadit IVC?

JD: Infuzní vitamin C působí nejlépe v časných stádiích rakoviny při použití v kombinaci s chemoterapií nebo radioterapií. U onkologických pacientů v pokročilém stadiu onemocnění aplikace infuzního vitaminu C zlepšuje prognózu přežití a kvalitu života. Jak experti z Kansas University Medical Center, tak další spolupracující onkologové doporučují podávat infuzní vitamin C v týž den jako chemoterapii a/nebo radioterapii.

S jakou chemoterapií by se IVC kombinovat neměl?

JD: Onkologové z Kansaské a lowské univerzity nezjistili žádné nežádoucí interakce podávání IVC s jakoukoli chemoterapií, s výjimkou methotrexátu, kde se kombinace nedoporučuje. Infuzní vitamin C snižuje nežádoucí účinky chemoterapie a zvyšuje kvalitu života onkologických pacientů. Plyne to z výše uvedeného mechanismu účinku a našich zkušeností. Ke stejnému závěru dospěl náš NCI.

Může IVC překyselit organismus a narušit chemoterapii?

ZP: Jak už zaznělo, použitím infuzního vitaminu C současně s chemoterapií nebo radioterapií se nesníží účinnost této léčby, ovšem sníží se její nežádoucí účinky! Překyselení není možné, protože roztok infuze je nastaven titrací bikarbonátem sodným na pH 6-7, takže je neutrální a neobsahuje konzervanty.

Jak vypadá terapeutický protokol IVC, podle kterého postupujete?

JD: Začínáme dávkou 15 g 2x týdně. Při dobré toleranci léčby dávku zvyšujeme tak, že se v týdne na týden navyšuje vždy o 15 g až na 1,0 g/kg tělesné hmotnosti.

Dávka 1,0 g/kg se aplikuje 2x týdně po dobu 3 měsíců, následně se provede revize zdravotního stavu. V době remise se pokračuje v dávkovacím schématu 1x týdně 0,1-1,0 g/kg tělesné hmotnosti. Přibližně po roce léčby lze snížit frekvenci podávání na 1 dávku za 14 dní či za měsíc, dle posouzení lékaře. V podávání IVC pokračujeme i během podávání chemoterapie. Ve dnech v týdnu, kdy infuze není aplikována, podáváme i perorální vitamin C v nízké denní dávce 3x 250 mg. Podmínkou pro nasazení takového terapeutického protokolu je zachovaná funkce ledvin.

Jak poznat, že terapie IVC je vhodná pro daný typ nádoru?

JD: Každý jedinec reaguje individuálně a není možné stoprocentně předpovědět, jak budou různé typy nádorů reagovat, což platí pro jakoukoli léčbu. Nicméně rozhodujícím mezníkem je obvykle pozitronová emisní tomografie (PET scan). V případě, kdy je PET scan pozitivní, nádor takzvaně svítí, potom reaguje na infuzní vitamin C velmi dobře. Pokud je PET scan negativní, ale v organismu je prokázán aktivní nádor, vitamin C bývá méně účinný.

Kam lze terapii IVC v péči o onkologického pacienta začlenit? Jaký má dle vašeho názoru celkový význam?

MH: Infuzní vysoká dávka vitaminu C se kromě široce zmíněného terapeutického nasazení používá v onkologii také jako součást nutriční léčby (parenterální výživy), protože nádorové bujení a onkologická terapie prokazatelně vedou k deficitním koncentracím vitaminu C v organismu. Ve studiích se uvádí, že tento deficit se mnohdy blíží úrovni skorbutu. V takovém případě jsou ohroženy imunitní funkce, organismus je zahlcen oxidativním stresem, který je živnou půdou pro chronicky zánetlivé reakce.

Kvůli deficitu vitaminu C může také špatně fungovat metabolismus, cévní a nervový systém, což se v rámci chemoterapie a radioterapie projevuje nežádoucími účinky. Patří sem zejména nevolnost, zvracení, žaludeční a střevní obtíže, únava, slabost, vyčerpání, anemie, deprese, dyslipidemie, snížená odolnost vůči infekcím, špatné hojení ran, snížená pevnost cév a další.

Nicméně vysoká dávka vitaminu C promptně koriguje deficitní hladinu vitaminu C v krevní plasmě a udržuje jeho zmíněné funkce na potřebné úrovni, což

vede ke snížení výskytu nežádoucích účinků a zvýšení kvality života.

Nedávno jste na tiskové konferenci se svými kolegy prezentovala své zkušenosti. Můžete uvést jeden reprezentativní příklad?

MH: Zmínila bych pacienta s inoperabilním nádorem plic, u něhož po zařazení infuze vitaminem C bylo na kontrolním zobrazovacím vyšetření konstatováno, že nejsou viditelné metastázy, které popsal hrudní chirurg při operaci. Tento nálezní objektivně dokládá protinádorový účinek vitaminu C, neboť jiná terapie nemohla být nemocnému podávána. Nutno dodat, že tento případ dokládá běžnou praxi řady dalších kolegů.

Zaujala vás v poslední době nějaká aktuální studie? Můžeme se v Česku těšit na realizaci velké studie s IVC?

ZP: Studií s vitaminem C vychází stále velké množství, proto nemusíme bojovat s nedostatkem informací. V podstatě se dělí na dvě kategorie. Jeden typ studií publikovaných v poslední době proka-

zuje stále se prohlubující deficit vitaminu C u chronicky nemocných pacientů, v USA se začíná objevovat i u dětí. Nutno dodat, že tento typ studií ukazuje, že subklinický deficit askorbátu, respektive snížený oxidačně-redukční potenciál hraje rozhodující roli při vzniku a průběhu malignit, kardiovaskulárních chorob, diabetu mellitu, revmatoidní artritidy, *asthma bronchiale* a chronických střevních zánětů.

Druhý typ se zaměřuje na farmakologické využití vitaminu C u těchto nozologických jednotek. S ohledem na onkologické zaměření tohoto rozhovoru je zde zajímavý vliv vitaminu C na karcinom pankreatu, prsu, neuroblastom a další. Nejnovější studie publikovaná před dvěma týdny je zaměřená na kombinaci radioterapie a vitaminu C, kdy vitamin C zvyšuje množství labilního železa, které přispívá ke zvýšené citlivosti nádorové tkáně vůči záření.

A na co se můžeme těšit? Jsme rádi, že česko-americká spolupráce je na vysoké úrovni, a proto v současné době probíhá finalizace realizace druhé fáze klinic-

kého hodnocení využívajícího kombinaci vysoké dávky vitaminu C s gemcitabinem u pacientů s karcinomem pankreatu.

Ovšem skutečnost, že se realizují četné studie, vůbec nebrání komplementárnímu nasazení IVC v rámci protinádorové terapie, což dokládá praxe na univerzitních onkologických klinikách v USA. Informací, z nichž vyplývá jasný průkaz její bezpečnosti, máme na bázi medicíny založené na důkazech v podobě znalostí farmakokinetiky a farmakodynamiky, kazuistických studií a studií fáze I dostatek. Nadto se lze při aplikaci IVC opírat o terapeutický protokol Kansas University Medical Center, jež má společenost Edukafarm k dispozici a který je dostupný na jejich webových stránkách (www.edukafarm.cz). Zde je také možno nalézt SPC přípravku, jenž obsahuje 7,5gramový koncentrát vitaminu C a je určen pro infuzi. Přihlédneme-li ke všemu, co terapie IVC onkologickému pacientovi přináší a co zde bylo i řečeno, není důvod s jejím širokým používáním vyčkávat.

PharmDr. Lucie Kotlířová
Edukafarm

Jáchymovské revmatologické dny 2013

Z programu již tradičního revmatologického sympozia jsme vybrali několik příspěvků týkajících se problematiky únavy a bolesti v kontextu revmatických onemocnění.

Sympozium Jáchymovské revmatologické dny 2013 proběhlo ve dnech 4.-6. prosince. Jeho pořadatelem byl výbor České revmatologické společnosti ČLS JEP a spoluorganizátorem Léčebné lázně Jáchymov, a. s. Koordinátorem vědeckého programu sympozia byl **prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.**

V sekci určené lékařům byly příspěvky hlavního programu rozděleny do šesti přednáškových bloků: Únava a revmatická onemocnění; Velmi časná spondylartrózie; Osteoartróza – shrnutí relevantních dat v chondroprotektivní léčbě; Bolest v kontextu revmatických onemocnění; Ultrazvuk při hodnocení aktivity zánětlivých onemocnění – fakta svědčící pro a proti; Nové laboratorní testy v revmatologii.

Bolest a revmatická onemocnění

Bolest je podle obecně přijímané definice Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) „nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání“. Podle délky trvání rozlišujeme mezi bolestí akutní a chronickou. Možnostmi léčby akutní bolesti v revmatologii se ve svém příspěvku zabývala **MUDr. Olga Šlégllová** z Revmatologického ústavu v Praze. Akutní bolest charakterizovala jako bolest dobře lokalizovanou, která trvá po limitovanou dobu, vyznačuje se převážně periferní etiologií a doprovázejí ji některé vegetativní symptomy.

Léčení primární příčiny akutní bolesti je vždy zásadním a logickým krokem. Vyvolávající příčinu se však často nepodaří odstranit okamžitě, proto je téměř vždy zároveň nutné bolest tlumit. Pokud se tak nestane rychle a efektivně, dojde k rozvoji nepříznivých patofyziologických změn a prohloubení stresu. Efektivně vedená léčba akutní bolesti má preventivní význam jako zábrana jejího přechodu do bolesti chronické, která je farmakologicky obtížněji ovlivnitelná. Běžné akutní bolesti v revmatologii mívají převážně mírnou až střední intenzitu. Metaanalýzy naznačují, že u těchto bolestí mají velmi dobrý analgetický efekt nester-



Prof. Karel Pavelka. | Foto: Jana Jilková

oidní antirevmatika (například ibuprofen, diklofenak, koxiby), kombinace paracetamolu s opioidy a metamizol. Takto dosažený analgetický efekt by mohl být srovnatelný i se silnými opioidy.

Bolest u pacientů s RA léčených anti-TNF terapií

Se zajímavými daty z národního registru biologické léčby ATTRA týkajícími se i tělesné bolesti a kvality života u zánětlivých revmatických onemocnění účastníci konference seznámil příspěvek **MUDr. Jakuba Závady** z Revmatologického ústavu v Praze a **Bc. Michala Uhra** z Institutu biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity v Brně. Ve své práci zkoumali vztah tělesné bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou (RA) k věku, pohlaví, aktivitě onemocnění a ročnímu období. Analyzovali data celkem 823 nemocných při zahájení a po 12 měsících léčby anti-TNF léky, 82% z nich tvořily ženy a průměrný věk činil 50 let. Ve skóre 0-100, kde vyšší skóre reprezentuje lepší zdraví a funkci, bylo u bolesti na začátku dosaženo průměru 26 ± 15 a po roce léčby stoupl na 56 ± 23. Ženy ve věku 40-49 let hodnotily tělesnou bolest jako méně závažnou než stejně staří muži, jinak ale nebyl pozorován žádný systematický trend k rozdílnému hodnocení tělesné bolesti mezi pohlavími či jednotlivými věkovými skupinami. Zjištěna nebyla ani žádná závislost mezi skóre bolesti a ročním obdobím či průměrnou teplotou.

Únava a revmatická onemocnění

Úvod do problematiky únavy a její souvislosti s revmatickými onemocněními si pro účastníky Revmatologických dnů připravila **MUDr. Olga Kryštůfková** z Revmatologického ústavu v Praze. Obecně je únava fyziologická reakce organismu, která funguje jako obranný mechanismus vůči možnému poškození z přetížení. Energeticky proces únavy souvisí s náročnými fyziologickými ději, jako je imunitní odpověď na infekci a hojení. Ze zánětlivých cytokinů se klade do souvislosti s interleukinem 1, TNF-α a interleukinem 6, které známe velmi dobře ze systémových revmatických onemocnění.

Únava je subjektivním pocitem jednotlivce, proto se obtížně hodnotí objektivně. Existuje pro ni řada fyziologických příčin, vyvolat ji může fyzické či psychické přetížení, nedostatek odpočinku, vzniká i v důsledku dietní změny a režimových návyků včetně absence pravidelných tréninků u sportovců, častým důvodem únavy bývá nedostatek spánku. Přítomná je i u fyziologických stavů, jako je gravidita. Samozřejmě je též projevem některých akutních onemocnění, jako jsou virové infekce, úrazy či operační výkony. Takto vzniklá únava zpravidla odezní po zhojení stavu, kvůli kterému vznikla. Chronickou únavu definujeme jako významné snížení výkonnosti po dobu delší než 6 měsíců. Jedinec má pocit celkové únavy a je pro něj obtížné začít aktivitu či v ní pokračovat, snadno se vy-

Ilustrační foto: Shutterstock



čerpá. Zhruba ve dvou třetinách chronické únavy tato vzniká na základě celkového nebo psychiatrického onemocnění, z nichž dominuje deprese. Zhruba v jedné třetině nelze prokázat primární onemocnění. Chronický únavový syndrom se však projevuje u necelých 9 procent z pacientů trpících chronickou únavou. Jednou z primárních příčin únavy jsou i systémová revmatická onemocnění.

Po čem pátrat a co léčit

Anamnesticky je při únavě vždy třeba cíleně pátrat po příznacích primárního onemocnění, které by mohlo být spojené s únavou, či dokonce být její příčinou. Sekundární únava je obvykle vázaná na aktivitu tohoto onemocnění a jeho závažnost. S kompenzací základního onemocnění ustupuje i únava. V objektivním vyšetření se soustředíme na hledání základního onemocnění, jež by mohlo být příčinou úna-

vy. Laboratorní vyšetření by nemělo být extenzivní, ale cílené podle anamnézy. Při léčbě únavy především léčíme základní onemocnění, pokud je známo. S pacientem je také třeba probrat jeho denní aktivitu, upravit jeho denní a dietní režim, zhodnotit jeho spánkovou hygienu. Upoznornit je třeba na negativa časového chronického užívání stimulantů, doporučuje se zvážit jejich náhradu krátkým spánkem během dne.

Odlížit od únavy je potřeba poruchy spánku, deprese, dušnost a slabost. Pacienti totiž používají termín únava i pro pocity, které vnímají v souvislosti s nimi, typicky například při myopatii nebo neuropatii. Současně anamnézy musí být podrobná farmakologická anamnéza, protože s únavou je spojená léčba hypnotiky, myorelaxancií, hypotenziv, antidepresiv, antihistaminiky a opioidy.

U systémových revmatických onemocnění je únava často opomíjeným subjektivním pocitem. Souvisí se zhoršenou kvalitou života a ztíženým společenským uplatněním. Vnímání a interpretace je individuální a byla studována vazba únavy na různé projevy systémových zánětlivých onemocnění. Bylo zjištěno, že u pacientů s revmatoidní artritidou spíše souvisela s bolestí, neschopností či poruchami spánku a depresí než s klinickou a zánětlivou aktivitou základního onemocnění a laboratorními biomarkery. Co se týče deprese, může být příčinou i následkem chronické únavy. Specifickým druhem je únava mentální.



MUDr. Liliana Šedová a MUDr. Olga Kryštůfková. | Foto: Jana Jilková

ODBORNÉ AKCE

Diskrepance v pohledu lékaře a pacienta

Otázky související s hodnocením únavy rozvinula **MUDr. Liliana Šedová** z Revmatologického ústavu v Praze. Nejprve na výsledcích studie ukázala, že v praxi mají lékaři a pacienti úplně jiný pohled na nemoc a názorové diskrepance mezi nimi se týkají především hodnocení celkové aktivity choroby a spokojenosti s léčbou. Lékaři totiž hodnotí především objektivní ukazatele, mimo jiné počty bolestivých či oteklých kloubů. Pacienti naopak kladou důraz na komponenty zdraví, které je bezprostředně limitují, jako je především únava, bolest, omezení v práci, denních aktivitách a soběstačnosti. Zajímavé je, že lékaři vždy hodnotí stav lepším skóre než pacienti, a to i tehdy, když se pohybují ve stejných škálách. Rozdíly se vyskytují až ve 42 % případů. Především se to týká hodnocení celkové aktivity choroby, celkového zdraví a hlavně ochoty riskovat změnu terapie v zájmu zlepšení. Přitom chronická únava je velmi pravděpodobně jedním z faktorů, které za tuto diskrepanci

mezi názorem lékaře a pacienta na jeho chorobu mohou.

Chronická únava u RA

Chronická únava bez organické příčiny bývá bez souvislosti s námahou, bez ústupu po odpočinku, čili je trvalá. Pokud nastala z organických příčin, spíše se jedná o neschopnost začít nebo dokončit aktivitu. Příčiny chronické únavy u revmatoidní artritidy tkví především v samotném onemocnění. Je to jednak bolest nedopřívající odpočinek, jednak samotný zánět – prostřednictvím cytokinů a anemie omezuje schopnost pacienta odpočívat a pracovat. Dále se jedná o pokles funkční schopnosti, který vede k tomu, že je třeba vynakládat větší úsilí na vykonávání běžných činností, vadí mu i poruchy spánku. Častým negativním faktorem jsou nežádoucí účinky léčby, například v případě methotrexátu je relativně častý trvalý diskomfort GIT, což vede k prohloubení únavy. Další příčiny jsou pochopitelně sociálního rázu a s tím souvisí následné stresy z omezení, které nemoc přináší. Hodnocení únavy má dle MUDr.

Šedové nezastupitelné místo po *patient reported outcome*, jenž je zdrojem informací o subjektivním stavu pacienta. Tyto informace se zjišťují pomocí dotazníku, existuje i zajímavý dotazník vzniklý ve spolupráci s pacienty, kteří si sami našli několik nejdůležitějších faktorů ovlivňujících jejich zdraví v rámci jejich onemocnění (šlo o revmatoidní artritidu) a po diskusi s lékaři stanovili i koeficient důležitosti těchto faktorů. Únava se mezi nimi dostala na třetí nejdůležitější místo.

Hodnocení únavy u pacientů s revmatoidní artritidou podle tohoto dotazníku popisuje celkový dopad choroby na nemocné. Je nutné poskytnout účinné prostředky ke zvládnutí únavy, tedy jak adekvátní kontrolu zánětlivé aktivity, tak psychologickou podporu a poradenství, úpravu spánku a denního režimu, je třeba i bojovat s depresí. Nutná bývá také sociální a finanční pomoc.

Terapie „lupusové“ únavy

Souvislostmi mezi únavou a systémem *lupus erythematoses* (SLE), jehož je velmi častým projevem,

se ve své přednášce zabývala **MUDr. Dana Tegzová** z Revmatologického ústavu v Praze. Nejprve doložila multifaktoriální etiologii únavy doprovázející SLE. Její příčinou tu nejsou jen vlastní důsledky SLE, ale je asociována i s řadou nespecifických parametrů, například fyzickou aktivitou, respektive sníženou fyzickou zdatností, jejímž důvodem je i snížená aerobní zdatnost. Aerobní kapacita pacientů se SLE je bohužel srovnatelná s hodnotami u pacientů s vážným kardiopulmonálním nebo metabolickým onemocněním. Dalšími faktory jsou obezita, častější poruchy spánku (ty mají u SLE prevalenci až 90 %) a deprese, nižší hladiny vitamínu D. Nedostatek vitamínu D bývá u pacientů se SLE značný a jeho suplementace u nich vede i ke snížení únavy. Dalším negativním faktorem vzniku únavy bývají někdy i souběžně se SLE se vyskytující fibromyalgie, onemocnění štítné žlázy a anemie.

U nemocných se SLE nebyly nalezeny žádné významné asociace mezi terapií glukokortikoidy a závažností únavy, podle studií

netrpí únavou více či méně než skupiny léčené jiným způsobem, bez glukokortikoidů. Naopak taková asociace je prokázána u pacientů léčených nesteroidními antirevmatiky (NSA), ale u těch patrně hraje hlavní roli důvod, proč NSA vůbec užívali – tím byla v naprosté většině případů bolest a ta se zvýšenou únavou asociována samozřejmě je. V každém případě složitou otázkou je nejen posuzování únavy, ale nesporně bývá i odlišení „lupusové“ únavy od takzvané běžné, kterou trpí i naprostá většina zdravé populace.

Co se týká léčby únavy při SLE, jestliže pomíneme vlastní terapii základní nemoci, jednoznačný vliv na samotnou únavu mají prokázány dva léky, konkrétně dehydroepiandrosteron a belimumab, což je první biologický lék registrovaný pro léčbu SLE. Z nefarmakologického působení se při terapii únavy při SLE již osvědčily psychologické intervence, fyzické cvičení (tříkrát týdně, vždy 30 minut) a studovaný byl i vliv akupunktury, který se také zdá být slibný.

Jana Jilková

Inzerce M131000871

Rozhodněte to právě Vy!

roku
Sestra 13

20. BŘEZNA 2014
PRAHA, PALÁC ŽOFÍN



Záštita nad oceněním tradičně převzala Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97

14. ročník soutěže vyhlášené redakcí a redakční radou odborného časopisu Sestra z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

Hlasujte pro finalistu soutěže Sestra roku 2013 a vyznamenejte jej oceněním v kategorii Sestra mého srdce

Každý padesátý hlasující získá vstupenku na 14. ročník prestižní soutěže Sestra roku, který se uskuteční 20. března 2014 v Paláci Žofín na Slovanském ostrově. Vítěze budete moci vybírat z 10 finalistů soutěže Sestra roku 2013, které nominovala odborná porota. Hlasovat můžete prostřednictvím internetu na www.sestramehosrdce.cz. Jednotlivé finalisty Vám představujeme nejen na fotografiích, ale i pomocí jejich medailonku.

Generální partner



Hlavní partneři



Science For A Better Life



Záštita



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Garant



Hlasování probíhá od 17. února do 17. března 2014. Hlasujte na:
www.sestramehosrdce.cz

MEDICAL SERVICES



SERIÁL

eHealth a telemedicína: Teleradiologie – 18. díl

Teleradiologie je přenos radiologických obrazů pacientů, jako jsou rentgenové (rtg) snímky, obrazové záznamy počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MRI), digitálních (DR) a počítačových (CR) radiografických nálezů. Bývají k ní přiřazovány transfery záznamů z oboru nukleární medicíny, tj. pozitronové emisní tomografie (PET), a také přenosy záznamů ultrazvuku (UZ).

Transfer informací mezi radiology navzájem a s ostatními lékaři slouží zejména k interpretaci a konzultacím. K archivaci telemedicínských obrazových informací (statických i dynamických) se používá systém PACS (Picture Archiving and Communication System, tj. systém pro archivaci obrázků a komunikaci), který pracuje na datovém standardu DICOM.

Teleradiologie zlepšuje zdravotní péči o pacienty tím, že radiologové mohou poskytovat své služby, aniž by museli být na stejném místě jako pacient. To je důležité především v případech, kdy je nutné vyhledat specialistu z oboru magnetické rezonance, neuro-radiologa či dětského radiologa. Tito odborníci většinou působí ve velkých metropolích a bývají k zastížení pouze v pracovních dnech. Teleradiologie umožňuje jejich vzdálenou dostupnost a díky možnosti využití specialisty například z jiného časového pásma i dostupnost služby 24 hodin denně.

Ulož a pošl dál

K přenosu telemedicínských informací, včetně obrazové dokumentace, není nutná komunikace s příjemcem v reálném čase. Pro sdílení dat se používá princip *store and forward* („ulož a pošl dál“). Jak jsem se již zmínil v úvodu, archivační systém PACS pracuje na datovém standardu DICOM. Ten slouží k zobrazování, distribuci, skladování a tisku medicínských dat pořízených pomocí zobrazovacích metod. DICOM popisuje, jak mají být informace uloženy a přenášeny, jaká má být obrazová komprimace apod. Technologie PACS umožňuje skladování obrazové dokumentace a řídí přístup k těmto informacím. Důležitým pojmem je ještě RIS, tedy radiologický informační systém. Je to počítačová databáze, která bývá součástí nemocničních in-



doc. MUDr. Leoš Středa, Ph.D.
Centrum pro eHealth a telemedicínu 1. LF UK

formačních systémů (HIS, *hospital information systems*). Výkonná databáze má rozhodující význam pro efektivní workflow teleradiologických postupů.

Technické principy transferu telemedicínských informací včetně obrazové dokumentace i co jsou to datové standardy, jsme probírali v 8. díle tohoto seriálu. Chcete-li si téma oživit, podívejte článek na internetu (<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/profesi-aktuality/ehealth-a-telemedicina-klinicka-telemedicina-8-cast-471952>).

Pro správné fungování teleradiologie jsou zapotřebí tři základní komponenty: vysílací stanice, přenosová síť (vysokorychlostní internet) a přijímací stanice. Rtg snímky se před odesláním snímají, snímky z CT či MRI jsou již v digitálním formátu. Zpětná odezva od radiologa a vyhodnocení přijde např. e-mailem.

K čemu všemu slouží

Mezi nejčastější důvody sdílení radiologických snímků patří potřeba vyšetření z modality, kterou lékař nemá, či potřeba aktuálních snímků pořízených v jiném zdravotnickém zařízení. Dále také porovnání předchozích snímků pacienta pro zhodnocení vývoje jeho stavu a možnost konzultace diagnózy v akutních případech nebo při výrazné změně pacientova zdravotního stavu. Lékaři se rovněž snaží vytvořit si pro sebe komplexní a ucelený obrazový záznam pacienta.

Teleradiologie se samozřejmě používá i ke konzultaci se specialisty na daný nebo obtížný případ. To se týká nejen zmiňovaných neuroradiologů či dětských radiologů, ale například též mamografů. Stejně tak specialistů z oboru nukleární medicíny například pro radionuklidové vyšetření srdce je málo.

Až do pozdních 90. let minulého století byla teleradiologie používána primárně jednotlivými radiology k interpretaci ojedinělých případů. Spojení s ostatní-

mi odborníky probíhalo skrze klasické analogové telefonní linky. Moderní teleradiologie se začala rychle vyvíjet s neustále se rozšiřujícím volným přístupem k internetu. Důležitým momentem byl také nástup počítačové tomografie, která se stala častým a důležitým nástrojem při vyšetřování. Původní běžná pracovní doba radiologa, kdy bohatě dostávalo 8–10 hodin pětkrát v týdnu, stačit přestala; potřebnou se stala dostupnost 24/7. Taková situace byla neúnosná především v menších městech, kde působil pouze jeden radiolog na celé zdravotnické zařízení.

Náskok USA

Teleradiologie se tak stala nejen historicky nejstarším odvětvím telemedicíny, ale současně jedním z nejrychleji se rozvíjejících v masové měřítku. Zejména v USA byl zaznamenán velký nárůst společností zabývajících se dálkovou radiologií. Teleradiologické konzultace napříč jednotlivými státy byly počátkem, který se rozvinul do spolupráce s medicínskými zařízeními z Austrálie a Indie. Vznikly společnosti jako USARAD, které poskytují

denní i noční radiologické konzultace. Nabízejí své služby malým a středně velkým nemocnicím, specializovaným klinikám a pohotovostem.

Evropská teleradiologie svým rozvojem za americkou trochu pokulhá. Možným důvodem byl počáteční skepticizmus a předsudky vůči tomuto oboru. Podle průzkumů mezi odborníky mnoho evropských radiologů stále považuje teleradiologii za cosi, co jim umožňuje studovat případy na cestách z notebooků, ale nepřipadá jim jako profesionální služba, která může zlepšit péči o pacienty. Pomalu se však takový pohled přeci jen mění, jak ukázaly průzkumy Evropské radiologické společnosti (ESR).

Mezi evropské teleradiologické firmy patří například Teleconsult Europe, Teleradiology Europe či Telemed Providers, ale většina teleradiologických transferů je stále prováděna v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení bez externího dodavatele. Teleradiologie je rozšířená hlavně v těch zemích, kde je snadno dostupný PACS. Například v Řecku a Francii je to jen asi ve čtvrtině zdravotnických zařízení. Nej-

větší poptávka po teleradiologii je naopak ve Velké Británii a v Německu, což koresponduje s relativním nedostatkem radiologů v těchto zemích. Británie je zaměřena na národní i mezinárodní teleradiologickou konektivitu, Německo využívá obor zejména pro noční a víkendové služby v nemocnicích a slouží k tomu výhradně národní sítí.

V Asii je jednou z nejznámějších teleradiologických společností Clarity sídlící v Singapuru. Byla založena s vizí poskytování celosvětových kvalitních a cenově dostupných diagnostických služeb v tomto oboru. Jednou z největších společností v Austrálii zabývajících se tímto oborem je Imaging I-TeleRAD, další je například Imaging Partners Online.

Jedinečné české řešení

Práce radiologů v telemedicině v České republice se vyvíjí a nemá zatím žádná jasně daná kritéria a pravidla. Samozřejmě je vyžadováno vzdělání v daném oboru a praxe. Stejně jako ve světě i u nás je důležité mít pro provoz teleradiologie certifikované pracovní prostředky. Těmi jsou diagnostické monitory, prohlížeče a úložiště snímků. Pro sdílení radiologické dokumentace je velmi důležité zajištění bezpečnosti poskytnutých dat.

V České republice existují dva konkurenční nezávislé výměnné systémy. Jsou jimi Redimed a ePACS (pozn.: pozor na záměnu slov: ePACS je projekt zaměřený na komunikační infrastrukturu pro výměnu dat mezi zdravotnickými zařízeními, zatímco pod termínem PACS se skrývá skladování obrazové dokumentace). Redimed i ePACS jsou velmi dobře zabezpečené a snadno ovladatelné systémy a rutinně se užívají v mnoha zdravotnických zařízeních. Výhodou je, že neřeší autorská práva – nezajímají se o to, co se se snímkem stane po jejich přenosu, odpovědnost je čistě na odesílateli a příjemci snímků. Tyto systémy jsou schopné propojit kohokoli a kdekoli, a to nezávisle na poskytovateli či příjemci dat, výrobci PACS řešení nebo modality. ePACS a Redimed jsou jedinečné i z mezinárodního pohledu, a to zejména díky tomu, nakolik jsou otevřené. V tomto ohledu nám mohou závidět i mnohé vyspělé státy. Vznik takových systémů u nás umožnila především legislativa, která konkrétně neřešila, co a jak by mělo fungovat. Jedinou nevýhodou systémů ePACS a Redimed je, že ač k práci používají stejnou technologii (DICOM), nemožnou mezi sebou navzájem komunikovat.



Ilustrační foto: Shutterstock

JAK NA TO

Jak přednášet, psát články a uspět u atestace: Jak (ne)má vypadat přednáška II

Zatímco v předchozí části našeho seriálu v minulém čísle jsme se pokusili demonstrovat základní pravidla výstavby a technického zpracování odborné prezentace, v tomto pokračování se zaměříme na osobnost přednášejícího – od závazného kodexu oblékání až po formu přednesu a způsobu komunikace s posluchači. Vycházíme z workshopu v rámci loňského a slovenského neurologického kongresu.

to uvědomí (nebo ho na to někdo upozorní) i používání „vypávkových slov“ („jasně“, „prosť“, „jak jsem již uvedl“, „jakoby“...), která výrazně snižují (někdy až karikuji) celkovou úroveň projevu.

Dotazy

V rámci přípravy je také nezbytné pamatovat na prostor pro dotazy, promyslet si, jaké mohou přijít a jak na ně budu odpovídat, připrav si určitou strategii (odkazy na odbornou literaturu, vlastní zkušenosti aj.). Stává se, že odborné sdělení je velmi dobře podáno, ale v diskusi přijde dotaz, na který přednášející neumí odpovědět a zkazí si tím celkový dojem ze své prezentace i její dopad.

Podstata úspěchu

Podle docentky Štětkařové je tedy základem úspěchu pečlivá příprava, důležité je zejména zamyslet se nad úvodem a závěrem přednášky a rozhodně si ji projít v domácím prostředí (tj. nahrát, změřit čas, případně požádat někoho o komentář a zpětnou vazbu).

Před samotnou přednáškou je pak dobré podívat se, jak je místnost velká, kde a jak bude řečník stát, představ si, jak bude mluvit s auditoriem, prohlédnout si vizuální pomůcky, zkontrolovat, zda funguje mikrofon a jestli je opravdu nahraná aktuální prezentace.

Zabíjáci kvalitní přednášky

Při samotném vystoupení je pak třeba používat přirozená gesta a nepůsobit prkenně, zklidnit se, nemluvit příliš rychle, a když je třeba na něco položit důraz, udělat pauzu. Mluvit jasně, volně, zřetelně, v krátkých větách, správně přítom dýchat, přesně formulovat, dodržovat logickou stavbu a snažit se vystříhat vyplňkových slov. Výhodou je mít v auditoriu přátele, s nimiž lze případně navázat oční kontakt poskytující určité zázemí.

V závěrečném shrnutí pak přednášející znovu zopakovala hlavní nešvary a za největší „zabíjáky“ kvalitní přednášky označila tři přístupy: „mluvím, jak dlouho chci“, „není nad improvizaci“ a „nejlepší je ignorovat posluchače“.

Jaroslava Sladká



Docentka Ivana Štětkařová. | Foto: Eduard Karkan

Doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., ve svém vystoupení upozornila na chyby, kterých by se měl v průběhu prezentace odborné přednášky její autor vyvarovat, především z psychologického pohledu. Pokud chce přednášející získat a udržet pozornost auditoria, musí zaujmout nejen svým verbálním, ale i neméně důležitým neverbálním projevem.

Osobnost řečníka

Spojení mezi osobností řečníka a celkovým vyzněním jeho prezentace je zcela zásadní. Máme totiž k dispozici jen jeden nevratný prvotní dojem, který je určující. Jak docentka Štětkařová uvedla, mnozí z nás si neuvědomují, že řada zásadních sdělení probíhá také v neverbální podobě.

Již v úvodu přednášky by měl být stručně naznačen cíl odborného sdělení, a to tak, aby vzbudil pozornost a zájem o výsledné zhodnocení výzkumu, studie či projektu. Samozřejmostí by měl být i určitý *dress code* přednášejícího, tedy přiměřený oděv, odpovídající společenským normám odborné akce. Vyslechnoutou přednášku si do budoucna posluchači zafixují (nebo naopak velmi rychle zapomenou) mnohdy nikoli na základě toho, zda obsah je užitečné informace, ale prostě

proto, že byla prezentována natolik nezajímavě a nudně, že tím vlastně „pohřbila“ třeba i nové zajímavé poznatky z daného oboru.

Přednášející by tedy měl vždy působit nejen zasvěceně a spolehlivě, ale měl by také umět navázat kontakt s posluchači. Důležitý je už správný postoj – například nebyť nalepený na přednáškovém pultíku a něco si pro sebe číst... Eliminována by měla být i nevhodná gesta (časté sahání do obličeje, posouvání brýlí, ruce v kapse, strnulý pohled do jednoho místa, šermování rukama atd.). Ideální ovšem není ani naprosté vyloučení mimiky a gestikulace, navozující pocit „bezkrévné prezentace“.

Je také velký rozdíl v tom, zda se řečník postaví vzhledem k posluchačům nevhodně, nebo zda zaujme uvolněný postoj a bude s auditoriem komunikovat. Jeho projev musí být celkově kultivovaný, fundovaný, ale i sdělný (tj. nezakódovaný do úzké specializace).

Základní pravidla a nejčastější prohřešky

Pravidlo bábovky

Uplatňuje se zde známé pravidlo „bábovky“, jinými slovy – vyvá-

ženost obsahu a formy. Podstatné je také, aby forma byla přesně dána, a to i v čase – pokud přednášející například bude ignorovat časové omezení své přednášky, může se stát, že se mu podaří posluchače uspat.

Rovněž nekonečné pasáže, zpočátku třeba i s jistou dávkou humoru, mohou dovést přednášejícího až k nepřiměřené improvizaci, která se postupně změní v trýzeň posluchačů. Pak může dojít až ke značně dehonostující situaci, kdy předseda/moderátor sekce vypne řečníkovi mikrofon.

Délka a přednes

Není ani tak důležité, zda autor svou prezentací čte, nebo přednáší z paměti, podstatné je, že v obou případech musí jít o skutečný přednes, nikoli o uspěchané a bezvýrazné drmolání, v podstatě suplující čtení skript.

Doba kratší než 10 minut je opravdu „šibeniční“ a v takovém případě je čtení textu zárukou, že přednášející na nic nezapomeneme a maximálně se soustředí na předávané informace. Doba 10-15 minut umožňuje stručné

sdělení na úzce vymezené téma, 20 minut až půl hodiny již nabízí prostor pro dobře zrežirovanou přednášku, která může objasnit i širší problém.

Slyšet, vidět, zapamatovat

Prezentace by měla být pochopitelná, praktická, zábavná i napínavá. Posluchači chtějí nejen slyšet, ale i vidět, což přispívá k utváření faktických souvislostí (prezentace dobrého schématu navíc přednášejícímu umožní omezit počet slov).

Je také známo, že při pouhém naslouchání si zapamatujeme zhruba 10 % sděleného obsahu; pokud však současně vidíme prezentované údaje, stoupne retence na 20 %. Na každý snímek je třeba dát posluchačům alespoň 2 minuty, na 20minutovou prezentaci je adekvátní připravit si 10 snímků.

Vypávkvy

Při sestavování přednášek je velmi užitečné nahrát si vlastní projev nebo požádat někoho, aby ho vyslechl. Vedle potřebné časové stopáže si pak přednášející čas-



Ilustrační foto: Shutterstock

Papír snese všechno

Motto: „To je mi nějaká loudavá země!“ řekla Královna. „Jak vidíš, tady musíš běžet ze všech sil, abys setrvala na jednom místě. Chceš-li se dostat jinam, musíš běžet dvakrát tak rychle!“

(Lewis Carroll: *Za zrcadlem a s čím se tam Alenka setkala*)

Balík výbušniny s krátkou zápalnou šňůrou

Co nás čeká a nemáme aneb proroctví slepého mládence. Čtete koaliční smlouvu, tam to všechno je. Nebo není? Jak co. V tom podstatném převládají mlhy na blatech. Načem se láme chleba, to je ponecháno dalšímu vyjednávání v blíže neurčené budoucnosti. Jako minové pole. Toto prazvláštní uskupení bylo možné sestavit jen tak, že kontroverzní témata byla *pro tuto chvíli* (jak frázují politici) vyloučena. Až na ně koalice narazí, bude to pecka. Čímž se celý ten kozomotejl rozpadne. Nová příležitost pro zemského škůdce na Hradě. Balík výbušniny s velmi krátkou zápalnou šňůrou je zatím zahrabán ve sklepě a poprava se odkládá. Proto *carpe diem*. Zatím dobrý, jak cestou vyřikoval chlápek, co padal ze stodesátého patra. Nicméně na příští rok si moc neplánujte, protože *neznáte den ani hodinu* (Matouš, 25, 13).

Co nám nešika Nečas zavařil a co jsme si u vobě chytře vykoledovali, to si teď sníme. Nebo pěkně vypijeme. Pořád je to ale přijatelnější než petrifikace nelegitimní prezidentovy vlády na věčné časy. Blbě, ale aspoň ústavně. Lepší než drátem do oka. Takto minimalisticky pojatý výběr je ovšem dost málo ambiciózní. Ne dost dobrý pro tuto zemi, pokud ji máme alespoň trochu rádi, jiné žel bohu nemáme. Pro zemi, která potřebuje nejen zpomalit svůj sešup. Musí se naopak rozvíjet rychleji než vyspělé země. Jinak je nedohoní. Dalo by se to znázornit i graficky či animací, ale všichni to asi chápeme i bez toho. A jaké k tomu máme lidské a materiální zdroje? Jaké jsou naše strategické rezervy? Zde se radí realismus, na zázrak z Blaníku určitě nespolehat.

Zavři oči, všechno bude fajn

Koaliční smlouva líčí až příliš rozjásaný obraz. Budeme se za chvíli mít jako pánbůh ve Frankrajchu: *Občan a jeho rodina by se měli v zemi cítit svobodně, spokojeně a být na ni hrdí. Živnostníci, podnikatelé a firmy by*



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

v ní měli bezpečně a svobodně podnikat, platit daně a nabízet zaměstnání. A kúry andělské housti k tomu budou na šalmaje. Ano, taková byla *gan eden*, rajská zahrada (teď nemyslím tu stanicí metra), odkud jsme byli vyhnáni, nedovoleně ochutnavše ze stromu poznání. Tím aktem jsme za sebe převzali odpovědnost, čemuž mnoho našich občanů pořád nerozumí. Nadšení až frenetické ve mně vzbudilo, že všechno bude *ucelené, dlouhodobě udržitelné, optimalizované a zefektivněné*. Chybí už jen *uřinancovatelné*, tady vidím ještě maličkou rezervu onoho génia, který koaliční hymnus otextoval. Leč nehledejme mouchy, jásejme: Postavíme silnice a dálnice, snížíme nehodovost, podpoříme dopravní výchovu dětí, no prostě všechno. Zkrátka jak se zpívá: *Zavři oči, všechno bude fajn*. Zní mi to jako zadýchané hledání mytického bodu G, jenž jak známo neexistuje.

Většinu věcí ovšem pouze *podpoříme* nebo *chceme podpořit* či o ně *budeme usilovat*. To se dá splnit vždycky – vždyť jsme přece tolik chtěli a usilovali! A výsledek? Tak pozor, k ničemu takovému jsme se nezavázali. Ano, smlouva je zatím jen vyjádření politické vůle. Doufejme tedy, že ve vládním prohlášení (bude-li kdy jaké) se text přetaví do terminologie *uděláme + termín*.

Ale abychom jen nekritizovali, spisek je současně i seznamem všech dosavadních špatných zkušeností, tedy nepřímým výčtem hovadin, jichž jsme se dopustili a vesele v tom pokračujeme, protože síly skupinových zájmů jsou dlouhodobě v hrubé nerovnováze se silami dobré vůle. Vadou je, že materiál některé blbiny ke stávajícím přidává a rozšiřuje tak spektrum našich možností na poli pošestilosti.

Vše pro firmu

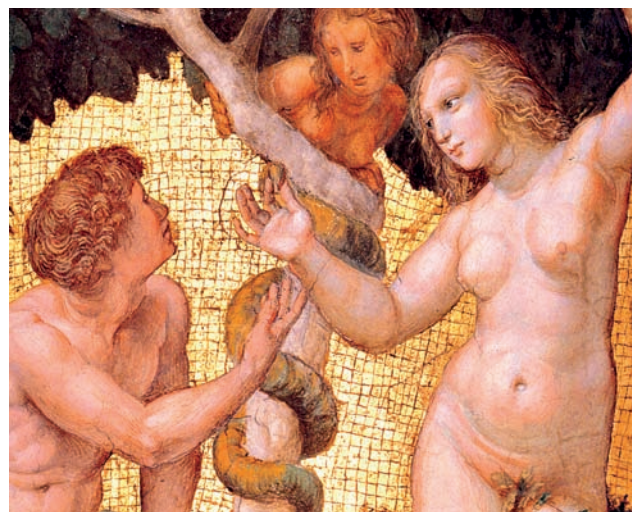
Pojďme se teď podrobněji podívat na některé zvláště vydařené pasáže. Nejprve legislativní perlení: *Předložíme zákon o centrálním registru všech smluv uzavřených veřejnou správou nad určitý minimální finanční limit,*

zveřejnění se nebude týkat citlivých dat (osobní údaje, obchodní tajemství apod.). Tento registr bude dostupný na internetu. Jinými slovy, věc bude vykastrována v té podstatné části. Obchodní tajemství, čili vlastní podstata švindlu, zůstane tajná. Zpřísňíme systém financování politických stran zavedením výdajového limitu pro volební kampaně a uzákoněním limitu pro dary od fyzických a právnických osob. Strany musejí být závislé na voličích, ne na komerčních sponzorech. Veškeré příjmy a výdaje volebních kampaní musí jít přes transparentní účty. Výborně. Jenže co když bude hlavním sponzorem sám majitel partaje? Temelín podpoříme, jenom pokud to bude ekonomicky výhodné. Jak tomu rozumět? Možná tak a možná onak. Takto podmíněně lze uvést celý text. Příklad: Zlepšíme zdravotnictví, jenom pokud na to budeme mít. V obou případech je odpověď negativní. Ne, nebude to výhodné. Ne, nebudeme na to mít.

A pojďme dál: Potravinová soběstačnost je *de facto* totalitní myšlenka. Severokorejská zásada *čučche*, regres na nižší a již překonanou formu dělby práce. Hovořit o ní v době evropské integrace, volného obchodu a globalizace je prostě úlet, řev troglodytů z dávné, avšak mentálně dosud nezvládnuté minulosti. Co je české, to je hezké, aneb co bychom neudělali pro Agrofert. *Vše pro firmu.*

Kdo se nepřiznal, činí tak dodnes

Nezapomnělo se ani na boj s extremismem. Naše demokracie musí být po vzoru Německa bojovná, to jest *streitbar*, jak se do slova praví. To mě pobavilo. *Ja, ja, richtig*. Jen aby byla i *salonfähig*. Nebo alespoň *user friendly*. Žádné školné ani zápisné. Vše zdarma, samozřejmě v nejvyšší kvalitě našich světově proslulých vzdělávacích ústavů. Stejně ná měsíční myšlenka jako v případě zdravotnictví. Volič to chce slyšet a věřit tomu. Naopak nechce ani slyšet o logických následcích takového blouznění. Kvůli této národní softwarové závadě významná část občanů (a do roku 1968 drtivá většina) podporovala reálný socialismus. Chtělo by se říci s Freudem: Kdo se nepřiznal, činí tak dodnes.



Byli jsme vyhnáni z rajské zahrady, nedovoleně ochutnavše ze stromu poznání. Tím aktem jsme za sebe převzali odpovědnost, čemuž mnoho našich občanů pořád nerozumí. | Malba: Rafael Santi (1511)

Kulturu definujeme zákonem jako veřejnou službu. A ve veřejných domech. Nejsem si jist. Je kultura služba? Třeba jako čistírna nebo cestovka? V širším slova smyslu je kultura kontextem naší civilizace, všudypřítomným mezi námi i nad námi, dávajícím smysl našemu bytí. Je to dědictví i odkaz. Definovala se už před tisícovkami let sama, české legislativě k tomu nepotřebujíc. Možná májí zkratkovitě na mysli provozovatelé a financování kulturních podniků či institucí. Což není totéž. Záměna nástroje za věc samu. Jako si pleteme ekologii a ochranu životního prostředí.

Ještě takovou maličkost

Nás z toho svěžího dílka ovšem zajímá hlavně jedna kapitola. Je rovněž naladěna v mollové tónině světlých zítřků: *kvalitní zdravotnictví dostupné všem*. Hip, hip, hurá! Učebnicová poučka však praví, že ze tří pilířů (kvalita, láce, dostupnost) lze v jakémkoli zdravotnickém systému postavit pořádně nejvýše dva. Třetí se drolí a pokulhává. Je nutné ho všelijak kompenzovat, podpírat a záplatovat. Asi jako *Windows*. V mizerných systémech se hroutí dva a v beznadějných všechny tři. Pokud koalice deklaruje preferenci (a hele, už jazykově blbnu stejně jako oni, bude to nakažlivé) kvality a dostupnosti, současně tím říká, že to bude stát mnohem víc peněz. Určitě to nebude za osm českých (myslím procent HDP). Podíváme-li se na vyspělé evropské země, pak takových 10 % by to snad spravilo. Kde to vezmou? Dál se opakuje, že za stejné výkony zdravotnickým zařízením náleží stejná úhrada. Výborně. My tu však pro sebe dodáváme: násobená koeficientem specializace jako vyšší formou spravedlnosti.

Má nastat též pravidelná valorizace plateb za státní pojištěnce. V době Singerovy deflace vlastně nebyla nutná. Nyní, když zasáhla ČNB, nám křdco podraží. Zdravotnictví je totiž čistě importní sféra. Takže díky za každou novou valorizaci. Pardon, ještě takovou maličkost, jak říkal poručík Columbo: Ty peníze se vezmou na úkor čeho? Chatrných důchodů, nebo předražených dálnic?

Sousto k vyplivnutí

Odstraníme administrativní překážky pro kofinancování sociální a zdravotní péče ze zdrojů sociálního a zdravotního pojištění. Pokud by se podařilo jen tohle, bylo by to velké dílo. Zdravotnictví vždycky suplovalo sociální péči. Je to tradice už z časů bolševika. Bylo by ovšem naivní se domnívat, že jde o překážky administrativní. Běží tu o peníze a o moc z nich plynoucí. MPSV se zdravotními pojišťovnami nikdy nesmíříte. Pořád budou úporně hledat neexistující hranici. Budou do krve bojovat o každou korunu, o každého člověka, který by jakkoli sporně přes onu ostrou hranici byl jen o vlas přistouoval. Ani muže ze závodu, ani halíř ze mzdy! Na vládě to nezávisí, to by byla naivita. Úředníci tu zparalyzují cokoli. Až do úplného rozkladu. Sir Humphrey to zařídí. Aktuální stav MPSV to dobře dokládá. Vytvoříme pravidla pro utváření sítě zdravotnických zařízení. Póóóó! Tvořením tvoř! Ale jak? Právě o metodu běží. Budou to řídit pojišťovny, nebo stát? To je základní politické rozhodnutí, zbytek jsou technické detaily. Čili to hlavní jsme se nedočetli. Ale bez obav – tato vláda tu nebude dost dlouho na tak velké sousto. Chvilí se jím bude dusit, pak ho vyplivne a odkráčí do dějin. Jako zatím každá. Už 25 let. Zlepšíme přístup pacientů k lázeňské péči

NEJSEM SI JIST

(úprava indikačního seznamu posilující RHB péči a zamezující hrazení wellness služeb z veřejných prostředků). To je dobré, tohle totiž zamíchal bolševik: pití minerálních vod versus RHB ústavy. Jen náhodou získala některá zařízení status rehabilitačního ústavu, kdežto jiná byla postižena statutem „lázní“. Víme to roky, ale pořád mluvíme o lázeňské péči jako jediné entitě. Budeme ji platit, nebudeme... Kruci, celou dobu běží o to jakou. *Zajistíme dostupnost lékárenských služeb v menších městech a obcích.* Uniká mi, jak to chtějí navléknout. Státními lékárnami? Nebo snad dotacemi soukromníkům po vzoru zvláštní ekonomické zóny zvané zemědělství? To by zhltyl řetězce. A ÚOHS ani Unii by se to určitě nelíbilo.

Brýle na nos, vtípnou kaši na talíř

Řešení poplatků ve zdravotnictví – už samo pojetí problému svědčí o politováníhodném nepochopení podstaty věci. K řešení tu není oněch prozhluklých třicet korun a spol. K řešení je tu sám princip spoluúčasti pacienta na zdravotní péči. Bez něj to jednak nepůjde, jednak je to normální věc. Je zbytečné mlátit čelem do zdi či pokoušet se chodit pozpátku. Třicetikoruna je vlnajková loď levice, její totemové znamení, smysl a způsob její existence, podobně jako je podle Friedricha Engelse život způsobem existence bílkovin. Postavit svá volební vítězství na třiceti korunách však bylo krátkozraké a pošetilé. Nyní bude třeba platit. Takže brýle zpátky na nos a notnou porci vtípné kaše k tomu.

Momentální výpadek příjmu z poplatků prý zatáhne stát z rozpočtu. I hledme. A ze kterépak kapitoly? Asi zase *jiné-různé-ostatní* (úředně se to jmenuje Všeobecná pokladní správa). Je to součást nezdravého trendu: Systém zdravotního pojištění se stále více marginalizuje. Stoupá význam platby státu a samospráv. Vždyť kolik měst a krajů zajišťuje jinak nevyřešenou investiční činnost ve zdravotnictví. Činí tak ovšem *ad hoc*, nesystémově a náhodně. Respektive nenáhodně, ale v tom nepěkném slova smyslu. Nyní krajské samosprávy pokrývají z daňových prostředků i dluhy nemocnic, čili vlastně hradí část jejich provozu. Některé navíc na hraně legality rozhazují desítky našich milionů na úhradu poplatků, ač jsou zadlužené až po uši. Tahle praxe je výmluvnější než jakákoli koaliční smlouva s účastí ČSSD. Činy hovoří silněji než slova. *Verba movent, exempla trahunt.* Nejsem si jist, jak dlouho ještě budeme oprávněni zjednodušeně říkat, že zdravotní péče je u nás financována na principu zdravotního pojištění.

Lex Agel vs. Lex Rath

Zřídíme dozorový orgán nad toky zdravotního pojištění. To je úlet roku. Další úřad, další náklady. Podle profesora Parkinsona je předem jasné, že náklady na činnost budou vyšší než zachráněné peníze. Úplně stačí povinně zveřejnit smlouvu se všemi poskytovateli. Ovšem bez fíkového listu „obchodního tajemství“, zakrývajícího tu nejzajímavější partii. Co je septem, to je čertem.

Důsledně oddělíme vlastnictví zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Jinými slovy cosi jako „Lex Agel“. Souhlasím. Incest je trestný ve všech civilizovaných společnostech. Problém může nastat v tom, že vláda není ani zdaleka nejsilnějším uskupením v této zemi. Spíš bude tahat za kratší konec.

Přijmeme zákon o veřejných neziskových (veřejnoprávních) ZZ pro páteřní síť nemocnic, u fakulturních nemocnic se spoluúčastí univerzit na jejich řízení. Oživení fosilizované mrtvolky zvané „Lex Rath“? Formulaci úplně nerozumím. Znamená to postátnění krajských akciových nemocnic a krajských holdingů? No, někde by to možná neuškodilo, ale zůstaňme ve střehu. Může to také být pěkná kulíšárna. Někde se například hodně kradlo. Máme teď vyměnit již relativně nasycené zloděje za dosud hladové? Anebo dát přednost poučce, že s jídlem roste chuť, a pojem nasycený zloděj je tudíž protimluvem? Nejsem si jist.

Bankomat na Palackého náměstí

Pojďme raději k definici páteřní sítě. Co to je? Zesnulé reformě jsem rozuměl tak, že ve sféře akutní péče ani jiné než páteřní nemocnice v systému zdravotního pojištění mít nebudeme. Ostatní ať jsou za přímou platbu nebo reprofilovány na kvalitní následnou péči, která tolik schází. Zkouším si teď představit, jak nějaký úřad, do morku kosti politický až k vrátnici včetně, rozhoduje o tom, která nemocnice je páteřní: všechny nemocnice ka-

maradů, pak všechny, které řekne hejman z naší partaje, a obávám se, že i nemocnice vlivných podnikatelských hráčů. Pracujete-li v některé z nich, můžete se hodit do klidu. Jste za vodou. V opačném případě se vracíte na výchozí pole a třikrát nehážete. V pauze se můžete učit němcky. Třeba budete mít *Glück*, český kluku.

V těchto zařízeních bude zachován jednotný systém odměňování zaměstnanců s tarifními a nadtarifními složkami. Nárokové platové zglajchšaltování (*Gleichschaltung*) je logickou součástí tendence k postátnění. ČLK a LOK tak dostanou svůj vysněný socialismus. Konečně bude jasné místo, kde demonstrovat, pískat a křepčit válečné tance. Nebudou se muset dohadovat se zaměstnavateli ani s pojišťovnami. Jednotné inkasní místo, kde se budou fasovat peníze bez vztahu k ekonomickým výsledkům a možnostem zaměstnavatele. Co udělají, až bude nucen uškrtnit provoz a péči (co taky jiného), případně zkrachuje? Tak daleko dopředu se však *v tuto chvíli* nikdo nedívá. Protože posloucháme-li pozorně politiky, jiné časové vymezení než *v tuto chvíli* již léta neznají. Odboráři by si měli na úřadě zamluvit Palackého náměstí na roky dopředu. Aby jim k jejich bankomatu nelezli jiní populisté.

Smutné šílenství

Legračně působí místy až absurdní detailnost, která má snad vážit vágnost klíčových témat. Text například řeší dostupnost včasné léčby Parkinsonovy cho-

roby, a to ještě k tomu v kapitole „Prevence“. Prevence zatím neexistuje a o včasnost tu přeci vůbec nejde. Naopak. Problémem bývá léčba zbrkle a předčasně nasazená už při náznaku prvních příznaků, někdy i myliých. U skutečných parkinsoniků pak nastanou zbytečně brzy problémy vázané na délku podávání. Věc má svou taktiku, která rozhodně není bojem s časem. Respektive je, ale v opačném gardu. Krom toho se tímto zbrklým stylem nezřídka nasadí specifická medikace i řadě neparkinsoniků. Nikdo jim ji už nikdy neodpáře, občas se zbytečnými psychiatrickými komplikacemi neadekvátní terapie. Kdo probíhá tohle dostal do koaliční smlouvy? Má snad někdo z vyjednaváčů babičku na Nakomu? Proč se politická dohoda nutí do takových podrobností a ještě k tomu špatně? *Provedeme revizi systému dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků.* Úžasné. Aspoň každý druhý rok jeden převrat ve specializačním vzdělávání. Už se v tom občas nevyznají ani ti, kteří se tomu profesně věnují.

Zajistíme důslednou státní kontrolu procesů specializačního vzdělávání zdravotníků. To už je vůbec nesmysl. Jazykově i věcně. Co vlastně budou kontrolovat: procesy, nebo vzdělávání? Ale hlavně: Specializační vzdělávání mají na starosti státní instituce – fakulty a jistým dílem stále IPVZ. A státem akreditovaná zařízení. Atestační glejt vydává samo ministerstvo. Jaká další státní kontrola *procesů*? Snad jen toho Kafkova. Pokaždé mi přijde tak smutné, když někdo zešílí...

Inzerce M141000105



Dovolujeme si Vás pozvat na

Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu

XIX. andrologické sympozium a II. feminologické sympozium

30.–31. 5. 2014 Městské divadlo Český Krumlov

Pořádá:
Česká společnost pro sexuální medicínu, člen European Society for Sexual Medicine,
Mladá fronta a. s., divize Medical Services,
ve spolupráci s Okresním sdružením ČLK Český Krumlov
a Sexuologickou společností ČLS JEP

Registrace on-line a přihláška abstrakt na www.kongres-medical.cz







Generální partner:



Hlavní partner:



Answers That Matter.



Raduji se z každého uzdraveného

Text: Markéta Mikšová
Foto: archiv ČNRDD a FN Plzeň

„Samozřejmě nejsme bozi, nemůžeme zachránit každého. Musíme se ale radovat z pacientů, u kterých se transplantace podařila. A neúspěchy nás musejí motivovat k dalšímu úsilí. Jinak to nejde,“ vysvětluje svůj „hnací motor“ primář hematologicko-onkologického oddělení FN Plzeň a vedoucí lékář Českého národního registru dárců dřeně **MUDr. Pavel Jindra, Ph.D.**

Z jaké rodiny pocházíte? Měl jste v rodině lékaře?

Dalo by se říci, že pro předchozí režimy bych měl výborný původ, pocházím totiž z dělnického prostředí. Tatínek dělal ve škodovce, maminka také a jsem z relativně početné rodiny – jsme tři sourozenci.

Mám dvojče, bratra Petra, který se narodil asi o deset minut dříve, a pak máme mladší sestru Lenku. Můj bratr je úplně jiný než já a věnuje se jiné profesi. Jeho oborem a koníčkem současně jsou dějiny umění, především výtvarného. Také sám maluje. Vystudoval dějiny umění a dnes pracuje jako zástupce vedoucího Západočeské galerie tady v Plzni.

Co vás tedy přivedlo k medicíně?

O tom, že jsem šel studovat medicínu, v podstatě rozhodla náhoda. Když jsem byl ve čtvrtém ročníku gymnázia, dostali jsme novou třídní profesorku. Byli jsme její první třída, kterou vedla. Měla čerstvě po absolutoriu pedagogické fakulty a její manžel Michal Michal právě dokončoval studium medicíny. Já chtěl studovat humanitní obory, nejraději literaturu na filozofické fakultě. Paní profesorka mě ale začala přesvědčovat, ať se na nic takového nehlásím, že tam budu nešťastný (to bylo v 80. letech) – že to je samá politika a že vlastně vůbec nebudu studovat to, co si představuju... Prostě velice mě zrazovala.

Vyprávěla, že její manžel dělá medicínu, že to je takový čistý obor, kde se politika nepěstuje, ale kde jde jen a jen o řemeslo, a toho komunismu a socialismu je tam poměrně málo. A že její manžel si i při studiu najde čas, aby se mohl věnovat čtení a literatuře. Byla to právě ona, kdo mě ve 4. ročníku v podstatě nasměroval na medicínu. Ona i její manžel pro mě byli velké osobnosti, kterých jsem si velice vážil, tak jsem se nakonec pro studium lékařské fakulty rozhodl. Jak vidíte, nebyl jsem ke studiu předurčen původem, ale šlo o relativně rychlé rozhodnutí v průběhu posledního ročníku gymnázia.

Jaký jste byl student?

Možná si to u mě neumíte představit. Gymnázium, dlouhé vlasy, kapela – ve čtvrtáku jsme na to balili holky. Tehdy nás ještě ani nenapadlo, že by to mohlo mít jisté důsledky. Najednou přišla maturita a podmínkou pro přípuštění k ní bylo nechat se ostříhat. Řekl jsem si, že to bych rodičům přece nemohl udělat,

abych neodmaturoval, tak jsem rezignoval.

Na medicíně v roce 1989 jsem si pohrával s myšlenkou, že bych podepsal prohlášení „Několik vět“, bratr jej tehdy podepsal. Dlouho jsem to zvažoval, uvědomoval jsem si, že by to znamenalo konec studií, byl jsem v šestém ročníku... Především kvůli rodičům jsem jej nakonec nepodepsal a dodnes nevím, jestli jsem byl prostě jen „rozumný“, nebo srab.

Studoval jste v 80. letech, zažil jste bouřivou dobu na podzim roku 1989...

S odstupem času si stále více uvědomuji, jak jsem šťastný, že jsem tu dobu mohl zažít. Období kolem listopadu 1989 patří k nejkrásnějším týdnům a měsícům mého života. Dočkal jsem se toho, v co jsem vůbec nedoufal. A událostí jsem se dokonce zúčastnil aktivně. Přiznám se, že jsem poslední roky před tím vážně uvažoval o tom, že tady nebudu žít, a jediné pomyslení na rodiče a fakt, že jsem právě založil rodinu, byly důvodem, proč jsem myšlenky na emigraci nakonec opustil.

Bylo pro mě čím dál těžší se studiem připravovat na budoucí povolání a – jiná cesta totiž nebyla – být relativně konformní s režimem, ovšem neztotožňovat se se vším, co člověk kolem sebe viděl. To, že listopad přišel a že mne zastihl právě v šestém ročníku, jsem považoval za obrovské štěstí. Samozřejmě jako jeden z nejstarších na fakultě jsem se okamžitě dostal do stávkového výboru. Byl jsem ve skupině studentů, kteří se velice aktivně účastnili dění, podíleli jsme se na organizaci veškerých studentských akcí a maximálně žili změnami ve společnosti.

Od promoce v roce 1990 jste působil po boku MUDr. Vladimíra Kozy na 1. interní klinice LF UK a FN Plzeň, z níž se postupně vyčlenilo samostatné hematologicko-onkologické oddělení. Předpokládám, že jste sem docházel již během studií...

Zase se vrátím k MUDr. Michalu Michalovi a své třídní z gymnázia. Celá moje studia jsme byli v kontaktu a dá se říci, že se přátelíme dodnes. Paní profesorka se mě také samozřejmě ptala, co budu dělat, až ukončím medicínu. Já vůbec netušil. Věděl jsem jen, že nechci dělat chirurgický obor; představoval jsem si něco, co je spojeno s přímou péčí o pacienty, ale zároveň je tam laboratoř. A doktor Michal mi řekl, že

PŘEDSTAVUJEME

zná mladého a šikovného lékaře na hematologicko-onkologickém oddělení FN Plzeň, Vladimíra Kozu – že zrovna hledá do týmu mladé lidi, kterým by nevadilo dělat v laboratoři i u lůžka, a abych za ním zašel.

Tak jsem za ním v létě roku 1988, to bylo v době mezi čtvrtým a pátým ročníkem medicíny, zašel do jeho tehdejšího lékařského pokoje, popovídali jsme si a domluvili se, že do konce studia sem budu chodit do laboratoře prohlížet si preparáty z nátěrů z kostní dřeně a uvidíme, jestli mi to půjde a bude mě to bavit. Pokud v tom najdu zalíbení a bude se zdát, že pro to nějaký talent a předpoklady mám, mohl bych tam po absolutoriu nastoupit jako lékař. Tak se i stalo, chodil jsem tam a natolik mě to chytlo, že jsem pak hned po promoci v srpnu 1990 nastoupil na hemato-onkologii, což tehdy nebylo samostatné oddělení, ale ještě součást interní kliniky.

Co vás na tomto oboru nejvíce zaujalo?

Roli hrálo více věcí. Především mě velice zaujala osobnost primáře Kozy, protože jsem měl pocit, že to je opravdový šéf. V té době mu bylo nějakých šestatřicet let, byl to mladý, otevřený člověk s naprosto jasnými postoji, což – jestli si tu dobu vybavujete – zdaleka neměl každý. Zkrátka jsme věděli, že jsme naladěni na stejnou vlnu, i na tehdejší režim jsme měli stejné názory. Měl tenkrát představu, vlastně to bylo jeho podmínkou, aby na toto místo nastoupil kluk, uměl trochu anglicky a nebyl ve straně. Přece jen to byla fakultní nemocnice, kam se režim snažil protlačit nejrůznější prominenty, svazáky a podobné lidi. Takový postoj mě zaujal ze všeho nejvíc – řekl jsem si „ano, je to fajn pracoviště, takový šéf by se mi líbil“.

A samozřejmě později, když jsem do té problematiky trochu pronikl, jsem získal pocit, že je to obor nesmírně dynamický, který se ohromně vyvíjí a má před sebou velkou perspektivu ve smyslu rozvoje, pokroku a celkových výsledků medicíny. Hlavně se mi na něm líbilo, že při práci nejste jen u lůžka, nečekáte jen na výsledky jiných vyšetření, ale že si sami do té dřeně píchnete, hned se běžíte do laboratoře podívat, o jakou nemoc jde, a je jen na vás stanovit diagnózu. Začnete léčit a opět nemusíte jen čekat na výsledky z rentgenů či laboratoří; sami si účinek léčby sledujete z morfologie kostní dřeně. Prostě je to taková živá medicína, za-

hrnující jak klinickou práci, tak i laboratoř, máte možnost sledovat, jak se nemoc vyvíjí a jak pacient reaguje na léčbu. Právě tohle se mi na našem oboru od začátku strašně líbilo.

Jaký byl primář Vladimír Kozu jako šéf?

Moc šéfu jsem nepoznal, toto bylo moje první místo po medicíně, nemohu tedy příliš srovnávat. Vlastně jsem měl zatím jen jednoho přímého vedoucího. Primář Kozu byl v mých očích nejlepším šéfem, jakého jsem si mohl přát. Nesmírně motivující, povzbuzující, přitom náročný. Příliš člověka nechválil, ale dokázal personál pro své vize a představy nadchnout, výborně pracoval s týmem, uměl každému nalézt jeho místo v něm, aby měl pocit, že je důležitý, a z každého dokázal dostat to nejlepší, co v něm bylo.

Přechod ze studia do praktického života je vždy velký skok až šok. Co pro vás v praxi bylo tím největším překvapením?

Největším překvapením pro mě bylo, že medicínu vůbec neumím. Studoval jsem opravdu lehce, studiu jsem se více věnoval prakticky jen ve zkušovém období a fakultu ukončil s červenným diplomem. Vždycky jsem měl pocit, jak tu medicínu umím a zvládám; že až někde nastoupím do praxe, budu tam za hvězdu. Samozřejmě trochu přeháním. Když jsem pak skutečně nastoupil do nemocnice, najednou se mě zmocnil pocit, že neumím vůbec nic, že je něco jiného naučit se na zkoušku text z knížek a zcela něco jiného je pak znalostí aplikovat v praxi, povídat si s pacientem, rozhodnout se, dávat věci do kontextu...

Nebylo to tedy nic příjemného. Upřímně řečeno, když si na to dneska vzpomenu, asi po týdně jsem měl pocit, že půjdu za primářem Kozou a řeknu mu, že se ve mně musel splést, že na to prostě nemám, že jsem zklamal a nechci, abych mu jen přidělal starosti, že to určitě taky tak cítí, ale možná neví, jak mi to má sdělit, takže raději odcházím sám. Lidem, kteří dnes nastupují po promoci, říkám, že 90 procent z medicíny, co dnes vím, jsem se naučil až po škole. Škola mi dala asi 10 procent základu a těch 90 jsem získal až praxí, učím se dnes a denně a budu se muset učit celý život. Ale protože se učím rád, tak mi fakt, že toho ještě mnoho neumím, a tudíž se musím učit neustále, vlastně docela vyhovuje...

V září 2012 jste se stal primářem hematologicko-onkologického oddělení FN Plzeň. Co to pro vás znamenalo?

Tehdejší mix pocitu nesmírné zodpovědnosti, nemístné troufalosti, ale současně i chuti se s tím co nejlépe poprat se těžko popisuje. Moc dobře si na tu chvíli pamatuji i z toho důvodu, že to pro mě mělo takovou zvláštní časovou souvztažnost. V témž roce mi náhle zemřel tatínek, asi čtyři měsíce před tím, než odešel primář Kozu.

Tato osobnost mě profesionálně i lidsky velice formovala, jeho ztrátu jsem pocítil velmi silně. A co pro člověka znamená ztráta táty, snad ani nemusím zvlášť povídat. V tu chvíli jsem si uvědomil, že teď už definitivně nejenom jsem, ale že už musím být doopravdy dospělý. Že už se nemůžu na nic vymlouvat, za nikoho se schovávat, už za mě nikdo nic nerozhodne. Teď už se musím sám poprat se životem a výsledek – ať již prohra či výhra – je jen na mně.

Po Vladimíru Kozovi, zakladateli Českého národního registru dárců dřeně (ČNRDD, v roce 1992), jste převzal štafetu i v tomto směru a stal jste se zde vedoucím lékařem. Bylo těžké navázat na jeho práci? Já v registru s primářem Kozou začínal, na jeho popud jsem zakládal laboratoře pro vyšetřování transplantačních znaků a pak je

měl na starosti, s jeho podporou jsem vybudoval jednu z největších a z nejdříve akreditovaných laboratoří v regionu střední Evropy. Od začátku své profesní dráhy jsem opravdu aktivně žil nejen životem hematologicko-onkologického oddělení.

V registru jsem doktora Kozu i tenkrát zastupoval, takže toto následovnictví bylo přirozené a vnímal jsem jej jako normální. Registr je tak trochu naše společné dítě; on jej sice – obrazně řečeno – zplodil i porodil, ale já se s ním pak podílel na jeho výchově. Určitě ne tolik jako on, ovšem dá se říci, že jsme spolu registr piplali, spolu podstupovali akreditace, třeba tu první jsme v podstatě připravili sami dva; takže bylo celkem přirozené, že jsem se stal také vedoucím lékařem registru.

Co pokládáte dosud za svůj největší úspěch v této roli? 44 269 registrovaných dárců k 31. 12. 2013 je velmi slušné číslo...

Registr svým způsobem patří mezi úplně největší v zemích tohoto regionu. Jsme naprosto srovnatelní s registry z Dánska, Belgie či třeba Rakouska. Vezměte si, že počátkem 90. let, po čtyřiceti letech komunismu, jsme s registrem začínali ve stejnou dobu nebo i malinko dřív jako registry, které vznikaly v relativně bohatších zemích. Ten náš přitom v současnosti svou kvalitou a kvantitou naprosto konkuru-

je, možná dokonce i převyšuje rakouský, belgický, dánský, švýcarský a další, což je obrovský úspěch. Když vezmu země, které jsou s námi vývojově nebo historicky srovnatelné, jako Chorvatsko, Maďarsko, Bulharsko či Slovensko, tak na Slovensku májí 1500 dárců, v Bulharsku 600, v Chorvatsku 20 tisíc a Slovinsko jich má také méně než my. Podíváme-li se, jak si vedeme ve srovnání s ostatními postkomunistickými zeměmi, o to více vynikne velkolepost toho, co tady primář Kozu dokázal vybudovat. Navzdory nepřízní státu a státních institucí.

Ono se to moc neví, ale musel si registr zpočátku velice tvrdě vybojovat. Byly tlaky, že jde o nezdavé aktivity, že se to všechno má nechat v Praze v Institutu klinické a experimentální medicíny, že budovat druhý registr je nesmysl, tříští se tím síly a prostředky... Opravdu to neměl jednoduché, ale tvrdě si stál za svým a registr tady dokázal etablovat, vybudovat, a to bez podpory státu, jen s dobrovolnými prostředky z Nadace pro transplantace kostní dřeně.

Český národní registr dárců dřeně se v roce 2005 stal po Francii, Walesu a USA čtvrtým na světě, který získal mezinárodní akreditaci Světové asociace dárců dřeně (WMDA). Obhájili jste ji v roce 2010, to znamená, že další obhajoba vás



Škola mi dala asi 10 procent základu a těch 90 jsem získal až praxí, učím se dnes a denně a budu se učit celý život.

PŘEDSTAVUJEME

čeká v roce 2015? Co taková akreditace obnáší?

Trochu se změnila pravidla, akreditace se teď obhájí po čtyřech letech, takže nás to čeká už nyní v roce 2014. A co obhajoba obnáší? Především to není otázka jednoho člověka, ale výborného a dlouhodobě budovaného týmu lidí. Systém se musí nastavit tak, aby splňoval všechny standardy a nejpřísnější požadavky příslušných světových organizací. Aby mohl věrohodně poskytovat buňky pacientům do Německa či Velké Británie. Samozřejmě centra spolupracující s tímto chtějí vědět, že dárci je dobře odebrán, správně vyšetřeni, že štěp je kvalitní, zkrátka že kostní dřeň od našeho dárců jejich pacienty nepoškodí.

V podstatě to představuje nesmírnou hromadu papírů, administrativy a všech možných dokladů, ovšem jde o to, aby ta administrativa nebyla jen nějakou kulisou, ale skutečně fungovala. Systém musí být zaběhnutý a perfektně šlapající. A v praxi to vypadá tak, že sem přijedou nezávislí inspektoři Světové asociace dárců dřene (WMDA), dva dny tu projíždějí veškerou dokumentaci a případy registru a při tom pečlivě sledují, zda splňujete požadavky akreditace ve všech daných ukazatelích. V podstatě doposud je náš registr jediný v celém středoevropském regionu, který tuto akreditaci má; nemá ji rakouský, nemají ji zatím žádné registry postkomunistických zemí. Hematologicko-onkologické oddělení a registr jsou tak unikátní v tom, že jako jediné nejen v republice, ale i v regionu postkomunistické a celé střední Evropy poskytují kompletně mezinárodně akreditovaný program.

Před dvaceti lety se věková hranice pro provedení transplantace pohybovala kolem 45 let. Dnes se běžně provádějí transplantace i u pacientů starších 60 let. Co všechno při tom hraje roli?

Ve hře je řada faktorů. V obecném povědomí lidí je, že leukemie je nemoc dětí. Pravdou ovšem je, že akutní leukemií poněkud nejvíce onemocní lidé kolem padesáti a více let věku. Když jsem na toto oddělení nastoupil, hranice pro transplantaci se skutečně pohybovala kolem 45 let věku. Od té doby se mnoho změnilo. Je kvalitnější takzvaná podpůrná péče, máme lepší přístroje i diagnostiku obecně, umíme se o pacienty lépe starat, dárci kostní dřene lépe vyšetříme, umíme i lépe stanovit shodu transplantacních znaků, takže transplantujeme obecně se shodnějšími dárci než před dvaceti lety.

Průměrný věk našich transplantovaných pacientů dnes přesahuje padesát let a určitě máme více transplantovaných padesátiletých než třicetiletých lidí. Běžně se již transplantují lidé po šedesátce, vzhdyt řada šedesátníků žije naprosto plně aktivně, jsou jinak zdraví, máme dokonce i sedmdesátileté transplantované pacienty. Samozřejmě je musíme pečlivě vybírat, ale není možné udělat nějakou čáru a říct „tak, 65 let a dost“. Je třeba přihlížet k biologickému věku člověka.

Nedeprimuje vás někdy fakt, že přes veškerou vaši snahu někteří pacienti stejně zemřou? Samozřejmě nejsme boží, nemůžeme zachránit každého. Na nemocného s akutní leukemií je třeba se dívat tak, že má diagnózu, která je stoprocentně smrtelná.

Podají-li se zachránit třeba tři z deseti, což je 30 procent, tak to je přece hodně. Jsou to tři lidé, kteří mají své rodiny, děti, přátele a ty všechny učiníte šťastnými, protože jim zachráníte život. A těch sedm, které nezachráníte, vás musí motivovat. Motivovat ke snaze dělat to stále lépe, aby byly lepší výsledky oddělení, lepší registr...

Musíte se zkrátka radovat z těch, kteří se povedli, a ti, kteří se nepovedli, vás musejí vést k dalšímu úsilí. Samozřejmě vás to štve, jinak to ale nejde. Musíte mít jistotu, že pracujete poctivě, nic nešídíte, a tak možná za rok budou z těch tří povedených čtyři, pak pět a třeba za deset dvacet let nebo na konci své kariéry si řeknete: „Když jsem začínal, byli to tři zachránění z deseti, dneska jich je sedm.“

Můžete tedy každým dnem sledovat, jak se medicína vyvíjí milovými kroky...

Ano a právě hematologie zrovna patří k nejrychleji se vyvíjejícím oborům. Musím s potěšením říci, že v naší zemi se hematologie vyvíjí nadprůměrně dobře. Veškerá transplantacní pracoviště v Česku jsou srovnatelná s německými, francouzskými či britskými centry. Víím to z vlastní zkušenosti i ze zkušenosti zahraničních kolegů. Transplantacní medicína obecně, ať už jde o kostní dřeň či jiné orgány, je u nás na úrovni naprosto srovnatelné se světem.

Na internetu kolují rozdílné informace, kdy a kde byla provedena vůbec první transplantace kostní dřene v České republice. Kdy a na kterém pracovišti se tedy uskutečnila?

MUDr. Pavel Jindra, Ph.D.

* 17. února 1966

Vystudoval LF UK v Plzni a od promoce v roce 1990 působil po boku MUDr. Vladimíra Kozy na 1. interní klinice LF UK a FN Plzeň, z níž se postupně vylčeno samostatné hematologicko-onkologické oddělení zabývající se léčbou



zhoubných poruch krve tvorby a transplantacemi kostní dřene. Od roku 2000 pracoval jako zástupce primáře oddělení, 17. září 2012 byl jmenován primářem hematologicko-onkologického oddělení FN Plzeň. Zároveň je vedoucím

lékařem Českého národního registru dárců dřene.

Podílí se na vědecké a výzkumné práci oddělení, je členem řady odborných společností v České republice i zahraničí, například European Group for Blood & Marrow Transplantation (EBMT), European Federation of Immunogenetics (EFI) a World Marrow Donors Association (WMDA), v posledních dvou pracuje jako mezinárodní auditující inspektor.

Je ženatý a má dvě dcery. Mezi jeho koníčky patří literatura a sport.

Je to častý omyl novinářů. První transplantace neproběhla na plzeňském pracovišti ani ji neprovedl primář Koza. První transplantace kostní dřene od jiného dárci, tedy alogenní, byla provedena v roce 1986 v Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze.

Již tehdy ovšem bylo znát, že kapacita jednoho pracoviště nestačí. Měli jsme pacienty, kteří transplantaci potřebovali, ale v podstatě vůbec neměli šanci se do Prahy dostat. I to byl jeden z důvodů, proč chtěl primář Koza transplantacní program otevřít také tady u nás, abychom všem našim pacientům mohli transplantaci nabídnout. Co se týče prvenství našeho pracoviště, byla tu provedena první transplantace od českého nepřibuzného dárci z registru, a to tuším v roce 1993.

Jaká je vize transplantací kostní dřene do budoucna? Může nastat doba, kdy věda a výzkum krve pokročí natolik, že se transplantace kostní dřene budou moci provádět častěji a pomohou každému? Nebo že by životy lidí při poruchách krve tvorby mohlo zachránit něco jiného než úspěšná transplantace kostní dřene?

Na to je těžké odpovědět několika větami. Možností vývoje je řada. Před 15 lety byla nejčastěji transplantovanou diagnózou chronická myeloidní leukemie. Dnes ji léčíme specifickými léky zaměřenými přímo na defekt, který ji vyvolává, a tito nemocní se dnes již prakticky ne transplantují. Lze očekávat, že u řady typů leukemií se specifické léky fungující na podobném cíleném principu objeví a u nich potřeba transplantovat klesne. Pořád si myslím, že nemalá část

leukemií nebude léčitelná jinak než transplantací. Ale budeme třeba transplantovat jen specifické podtypy krevetvorných buněk, budou to transplantace více „šité“ na míru konkrétnímu pacientovi a jeho nemoci.

Sklobit dvě takové významné funkce se soukromým životem určitě není snadné. Zbývá vám ještě čas na nějaké koníčky?

Musím vám upřímně říct, že oproti primáři Kozovi jsem úplně „lenoch“. Vladimír svou práci doslova žil a ničemu jinému se už v podstatě nevěnoval. V nemocnici pak dokonce i bydlel, takže ve srovnání s ním mám stále výčitky, že se své práci věnuji málo. Samozřejmě bez nějakých volnočasových aktivit bych se z toho zatížení asi zbláznil. Jak už jsem říkal, mám rád literaturu, takže hodně čtu. A pak sportuji – strašně rád jezdím na kole, často i do práce, je to úžasný způsob jak si vyčistit hlavu. A když pak v létě jedu večer z nemocnice a je více času, cestu si protáhnu, zastavím se na jedno pivo a uvolním se. Rád také běhám na běžkách, jednou za čas si jdu večer zahrát tenis, občas vyrazím do posilovny. Ale samozřejmě čas honím zoufale.

Jste ženatý, co dělá vaše paní Eva? Je také zdravotnice?

Kdepak, manželka je ze zcela jiného oboru, je inženýrka ekonomie.

Čemu se věnují vaše dcery Karolína a Michaela?

Starší Karolínu jsme si „pořídili“ ještě za mých studií na lékařské fakultě. Dnes je jí pětadvacet let a studuje na pedagogické fakultě sociologii a historické vědy, teď by měla končit. Mladší Michaela je dvanáct a studuje ve druhém ročníku osmiletého gymnázia.



ZE SPOLEČNOSTI

IKEM slavil 30 let **od první transplantace srdce**

V zimě roku 1984 provedli lékaři Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) první transplantaci srdce v tehdejší Československu; operace byla zároveň první svého druhu i ve všech zemích bývalého východního bloku. Tehdy výjimečný zákrok rozběhl transplantační program, ve kterém bylo doposud transplantováno 938 pacientů.

Srdce dosud funguje

„Operace proběhla velmi hladce a bez komplikací. Nejvíce mě překvapilo, že srdce skutečně fungovalo. Měl jsem radost zejména proto, že se kromě výjimečného výkonu spustil systematický program transplantací. Zároveň jsem posmutněl, protože mi došlo, že transplantace srdce byla špička mé odborné dráhy,“ uvedl na tiskové konferenci kardiochirurg prof. MUDr. Pavel Firt, DrSc., jenž tehdy operaci vedl. Nejstarším pacientem s transplantovaným srdcem v Česku a pátým

nejstarším takovým pacientem na světě je Rudolf Sekava, kterého v IKEM operovali jako třetího v pořadí. Trpěl nejčastější indikací k transplantaci – dilatační kardiomyopatií. „Lékaři mi dávali tři měsíce života,“ vzpomněl nyní sedmdesátiletý pacient.

Nešlo by to bez dárcovských nemocnic

Jak vypočetl přednosta Kardiocentra IKEM prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc., v současné době přežívá po transplantaci srdce 90 % pacientů, více než 10 let se dožívá až

60 % transplantovaných. „V počátku programu se ročně transplantovalo 10 až 12 pacientů, za loňský rok jich bylo 50. Více operujeme muže, věkový medián se pohybuje kolem 55 let. Nejmladší pacientce bylo 5 let,“ doplnil profesor Pirk a kromě práce svých předchůdců vyzdvihl také spolupráci s „dárcovskými“ nemocnicemi, bez jejichž péče o dárce orgánů by transplantační programy nemohly fungovat.



(klu) Prof. Pavel Firt s Rudolfem Sekavou. | Foto: IKEM

Dvojitý důvod k oslavě pro urologii na Karlově

Urologická klinika 1. LF UK a VFN slaví 20 let laparoskopie u dospělých i dětí a poprvé v Česku ji provádí s 3D systémem. Zakoupil jí ho Nadační fond Lucie.

Díky účasti kliniky v projektu „Materiálně technická základna pro výzkum v oblasti diagnostiky a léčby civilizačních a onkologických onemocnění a jejich závažných rizik ve VFN v Praze (Operační program Praha – Konkurenceschopnost)“ klinika získala nové technologické zázemí – sestavu laparoskopických přístrojů a nástrojů, což významně podpořilo zvýšení počtu laparoskopických operací i zlepšení jejich výsledků.

Kurz pro urology z celé republiky

Zcela novou technologií, kterou klinika vyzkoušela jako první v České republice, je HD3D systém pro laparoskopii. Použití technologie

umožňuje lepší prokreslení detailů zobrazovaných struktur. Již 14. a 15. října 2013 se na Urologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze uskutečnil kurz urologické laparoskopie s využitím 3D zobrazení pro primáře vybraných urologických oddělení z celé ČR. Během dvou dnů bylo provedeno 6 operací, všechny v zobrazení 3D: dvě endoskopické extraperitoneální radikální prostatektomie s pánevní lymfadenektomií, dvě resekce ledviny, adrenalectomie a pyeloplastika.

Urologická klinika také již několik let využívá pro výuku mediků a trenink urologů v této oblasti virtuální trenažér laparoskopických operací získaný z grantu 1. lékařské fakulty UK od ministerstva školství. (D)



Přednosta kliniky prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc., a emeritní přednosta prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., CFMA. | Foto: archiv 1. LF UK

V Plzni odebrali kostní dřeň již 500. dárci

500. nepřibuzný dárcce kostní dřeně z řad Českého národního registru dárců dřeně daroval své krvetvorné buňky hemato-onkologickému pacientovi.

7. ledna se pan Michal (28 let) podrobil odběru krvetvorných buněk na hematologicko-onkologickém oddělení Fakultní nemocnice Plzeň. Stal se tak jubilejním 500. dárcem tohoto pracoviště rekrutujícím se z registru dobrovolníků ochotných v případě potřeby darovat část svých krvetvorných buněk k záchraně hemato-onkologického pacienta, který je pro něj cizím člověkem.



500. dárcce pan Michal s MUDr. Janou Navrátilovou. | Foto: ČNRDD

Odběr buněk dárce na separátoru zajišťovali primář HOO FN Plzeň a vedoucí lékař ČNRDD MUDr. Pavel Jindra, Ph.D., a MUDr. Jana Navrátilová, lékařka HOO FN Plzeň a vedoucí koordinačního centra ČNRDD. K 31. 12. 2013 bylo v ČNRDD zaregistrováno 44 256 dobrovolných potenciálních dárců.

Více informací: www.kostnidren.cz (red)

Pacientům ve Vsetíně se budou věnovat dva nemocniční kaplani

Dvakrát týdně bude v odpoledních hodinách působit ve Vsetínské nemocnici dvojice nemocničních kaplanů. Slavnostní slib složili v nemocniční kapli v rámci ekumenické bohoslužby slova, kterou vedl biskupský delegát pro pastorační nemocných P. Bohumír Vitásek.

Nemocničním kaplanem může být kněz, jáhen, řeholník, řeholnice, jiná zasvěcená osoba, laik, muž i žena. Služba nemocničního kaplana je určena bez rozdílu všem, kteří o ni projeví zájem, ať jsou věřící či bez vyznání. Klinická pastorační péče spočívá v individuálním přístupu k pacientům, zahrnuje především naslouchání, rozhovory, zprostředkování návštěvy duchovního, rozhovory s příbuznými pacientů, doprovázení pozůstalých. Nemocniční kaplan s pacientem hovoří o jeho problémech, obtížích, sdílí s ním obavy a úzkosti. Pokud u člověka nalezne náboženskou potřebu, pomodlí se s ním.

Pevná součást týmu

Nemocniční kaplani budou působit v léčebně dlouhodobě nemocných,

na interním oddělení, ale mohou přijít i za pacienty na dalších odděleních. Kontakty najdou zájemci na všech nemocničních pracovištích. „Ačkoli již dříve byl umožňován kontakt na duchovní různých církví, jsme potěšeni, že nyní je spolupráce zastřešena smlouvou mezi Vsetín-

skou nemocnicí a Arcibiskupstvím olomouckým. Nemocniční kaplani se tak stávají pevnou součástí multidisciplinárního týmu pracovníků, kteří pomáhají nemocným s návratem ke zdraví,“ uvedl náměstek pro ošetřovatelskou péči Vsetínské nemocnice Mgr. Pavel Šupka. (red)



Ekumenickou bohoslužbu slova v nemocniční kapli vedl P. Bohumír Vitásek, biskupský delegát pro pastorační nemocných. | Foto: archiv nemocnice

Studenti a profesoři tančili na Žofíně

Ve Velkém, Malém a Rytířském sálu pražského paláce Žofín i v jeho zimní zahradě se 10. ledna konal již 126. reprezentační ples mediků, který upořádaly 1. lékařská fakulta UK, Spolek mediků českých a agentura NKL Žofín.

Gaudeamus igitur a slovo děkana

V čele slavnostního průvodu za zvuku „Gaudeamus igitur“ kráčel děkan 1. LFUK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., po boku s manželkou Lilianou a předsedkyní Spolku mediků českých Petrou Kňážekovou. Slavnostní zahájení svým předtančením ozdobila Taneční škola Krok z Hradce Krá-

lové pod vedením tanečních mistrů Jany a Jaroslava Krtičkových, která už léta patří ke světové špičce v tanečních formacích.

Děkan 1. LFUK z podia, kam v úvodu plesu vystoupil spolu s členkou představenstva Spolku mediků českých (SMČ) Monikou Hoškovou, připomněl 666 let existence lékařské fakulty, která byla založena zároveň se vznikem

Univerzity Karlovy. Jak dodala Monika Hošková, SMČ navazuje na tradici Spolku českých mediků založeného před 150 lety, v roce 1863, jako hrdá stavovská organizace studentů lékařské fakulty v Praze. Všechny přítomné pak vyzvala, aby se přišli podívat do klubovny spolku, pokud mají o jeho aktivity zájem.

Zahrál i fakultní dixieland

K tanci a poslechu ve Velkém sálu hrály Orchestr Karla Vlacha pod vedením Dalibora Kaprase a Orchestr Josefa Hlavsy. Zapívali Pavel Vítek, Daniela Šinkorová a Josef Laufer. Oživením bylo také vystoupení Dixielandu 1. LFUK, který funguje již 42 let a jehož spoluzakladatelem a uměleckým vedoucím je neurolog prof. MUDr. Jiří Tichý, DrSc. V Malém sálu si přítomní mohli poslechnout Blue Moon Band či Yo Yo Band, v Rytířském sálu pak hudební soubor Firmus či cimbalovou muziku Vonička. V Zim-



Foto: 1. LF UK

ní zahradě hosty bavili Roman Vojtek, skupina Skalená treska či diskžokej Jiří Linka s videopro-

jeckí. Večerem provázela Klára Doležalová.

(eta)



Profesor Aleksi Šedo, MUDr. Liliana Šedová (uprostřed) a Petra Kňážeková. | Foto: 1. LF UK

Zemřel docent Václav Bek

Dne 3. ledna 2014 zemřel ve věku 91 let emeritní přednosta Onkologické kliniky 1. LFUK a VFN v Praze doc. MUDr. Václav Bek, DrSc.

Patřil mezi spoluzakladatele klinické onkologie u nás. Oboru, ve kterém působil od roku 1950, zasvětil celou svou profesní dráhu. Po studiích nejprve pracoval na pražské radiologické klinice, která byla ustavena po druhé světové válce jako první svého druhu v tehdejší Československu. Její prioritou spočívala v tom, že byla prvním zařízením, které se zabývalo radioterapií na univerzitní půdě. Zde se Václav Bek pod vedením Vladimíra Staška stal členem týmu lékařů, kteří se věnovali onkologické problematice.

V roce 1973 přispěl ke vzniku první onkologické kliniky v tehdejší Československu; o rok později, po smrti profesora Staška, se stal jejím dlouholetým přednostou a vybudoval její stabilní tým.



Za svůj život vychoval řadu onkologů, kteří dnes úspěšně působí po celé republice, ale i v zahraničí. Pod jeho vedením se dnešní Onkologická klinika 1. LFUK a VFN v Praze stala kolébkou pregraduální i postgraduální výuky v oboru.

O vědecké aktivitě docenta Beka vypovídá řada monografií, skript, učebnic a 250 publikací v našem i zahraničním písemnictví, vedle výzkumných projektů a grantů i udělení několika prestižních cen

a uznání. Ani po odchodu do důchodu nepřestával být v aktivním kontaktu s onkologickou klinikou. Václav Bek o svém působení v oboru napsal rovněž vzpomínkovou knihu „Onkolog vzpomíná“ s podtitulem „Česká onkologie 1945–2003“. Připomíná v ní nejen osob-



Foto: Leoš Chodura

nosti, jež stály u zrodu onkologické kliniky, a postupně se formující pracovní skupiny i děje, které probíhaly v uplynulých desetiletích, ale líčí též veškeré okolnosti, za kterých se jak klinika, tak i celý obor rozvíjely. „Osobně si nejvíce cením jeho výchovné činnosti; dokázal mnohé z nás přesvědčit o správnosti volby děnovat se onkologii a řada z nás dnes může prohlásit, že jsme byli jeho žáky,“ uvedl na jeho adresu jeden z jeho žáků a současný zástupce přednosta Onkologické kliniky 1. LFUK a VFN v Praze doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc. (mč)

První „KnihoBudka“ čtenářům slouží v IKEM

Máte doma román, který už jste přečetli, ale je vám líto ho vyhodit? Přineste ho do KnihoBudky a potěšte někoho dalšího. Kničky si tu lze půjčit, vzít nebo vyměnit za jiné, to vše zdarma a bez dozoru. Bezvadný nápad se ujal i u nás, už funguje v IKEM.

Čtenáři sobě

S netradičním projektem u nás přišlo několik mladých dobrovolníků inspirovaných známými červenými telefonními budkami ve Velké Británii. Vysloužilé budky si tam lidé předešli na veřejná místa pro výměnu a půjčování knih. Čeští organizátoři tedy sehnali staré budky a poté, co ženská část týmu neprosadila svůj nápad nadělat z nich raději samoobslužné butiky, vlastními silami boudičky opravili, vybavili policemi na knihy, nalakovali a každou ze sedmi „knihooven“ vyzdobili. Sehnali i první „nálož“ knížek. Budky nabídli rovněž několika nemocnicím. Až k realizaci se projekt zatím podařilo dotáhnout v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM).

„Jsme velmi rádi, že tuto službu našim pacientům nabídneme jako první v České republice. Někteří jsou u nás hospitalizováni i několik týdnů nebo se do našich ambulancí vrací opakovaně, právě ti by mohli nabídku půjčení knihy zdarma využít. Záměrně jsme knihobudku umístili do druhého patra, blízko hlavního vchodu, aby naši pacienti nemuseli pro knihu chodit daleko, ale vzali si ji při cestě za svým lékařem,“ podotkl ředitel IKEM MUDr. Aleš Herman, Ph.D., při slavnostním zahájení provozu budky. Symbolickou pásku přestříhl 9. ledna, a přestože se stříhalo už po ránu, během několika minut k sobě budka plná knížek přeměrovala i frontu zájemců o kávu z automatu za rohem.

Budky skladem, přihlaste se!

Dobrovolníci, kteří celý projekt vymysleli, čerpali finance k jeho usku-

tečnění v rámci programu „Think Big“ Nadace Telefonica a Nadace rozvoje občanské společnosti, který podporuje nápady mladých lidí jak změnit nebo zlepšit své okolí. „Jsme rádi, že můžeme využít telefonní budky, které by jinak byly zlikvidovány. Poličky v interiéru jsou vyrobeny ze starých palet a knihy jsou darem od lidí, kteří již pro ně doma neměli místo. Snažíme se na maximum využít to, co už zdánlivě došlo. Sloužilo,“ říká spoluorganizátorka projektu Monika Serbusová. „Věříme, že i v našich podmínkách bude systém fungovat, lidé si projekt oblíbí a budou se o knihy dobře starat. Čas ukáže, jak často se setkáme s jejich poničením nebo ztrátou. To hlavní, co podle našeho názoru vede lidi k zodpovědnosti, je důvěra,“ domnívá se.

Nadšení ani energii dobrovolníků projekt dosud nevyčerpal a nabízejí výrobu a dodání knihobudek i dalším zájemcům, kteří se jim přihlásí. Na knížky sice nebude v budkách nikdo dozírat, ale všude se musí najít garant, který s dobrovolníky dohodne instalaci. Více informací:

www.knihoBudka.cz Jana Jilková



Foto: IKEM

ZE SPOLEČNOSTI

Dobrovolníci jsou k nezaplacení

Dobrovolníci a dobrovolnické programy významně přispívají ke stále kvalitnější komplexní léčebné péči o pacienty, a to především u dlouhodobě nebo těžce nemocných pacientů. U nás se už dobrovolnictví věnuje asi 12 tisíc lidí.

Nejvíce dobrovolníků sdružuje ADRA

Centrum pro výzkum neziskového sektoru Ekonomicko-správní fakulty Masarykovy univerzity v jedné ze svých studií vyčísluje ekonomickou hodnotu práce dobrovolníků z organizace ADRA, jednoho z největších poskytovatelů

dobrovolnických služeb v ČR. Její autoři Ing. Jakub Dostál a Ing. Marek Vyskočil zjistili, že 1470 dobrovolníků v rámci ADRA odvedlo za rok 2013 práci v hodnotě 5,5 milionu korun. Pracovali především v sociálních službách pro seniory. Většina dobrovolníků patří mezi ekonomicky neaktivní občany.



Foto: ADRA

Čtou, povídají si, chodí na procházky

ADRA má v České republice 11 poboček s 10 dobrovolnickými centry. Dobrovolníci docházejí do vybraného zařízení minimálně jednou týdně. „Nejčastěji navštívujeme domovy důchodců, hospice, dětské domovy, kojenecké ústavy, ústavy pro postižené. Ve velké míře je pozornost zaměřená na seniory, které obzvláště trápí samota. Dobrovolníci jim čtou, chodí s nimi na procházky, povídají si s nimi a rozptylují je. Tím, že jim zlepšují náladu, napomáhají jejich uzdravení, nebo je dokonce motivují k dalšímu ži-

votu,“ vysvětluje ředitel organizace ADRA Michal Čančík.

Dobrovolnická centra spolupracují také s nemocnicemi, dobrovolníci vysílají nejčastěji na dětská oddělení. Za zmínku rozhodně stojí rovněž charitativní občůdky, což je další oblast dobrovolnických aktivit. Na severní Moravě je občůdků už pět a dobře se jim daří.

Pejsek dobrovolník na geriatrii

V současné léčebné péči především o dlouhodobě hospitalizované dětské i dospělé pacienty mají dobrovolníci své nezastupitelné

místo. Do většinou smutného prostoru nemocnic totiž přicházejí s nadějí a vírou, že nezištná pomoc a lidský kontakt překlenou i ty nejtěžší chvíle v lidském životě.

V roce 2013 bylo v projektu dobrovolnictví zapojeno celkem 11 klinik VFN. Tato nemocnice spolupracuje nejen s organizací ADRA, ale také s o. s. Amelie a projektem „Celé Česko čte dětem“. Nejvíce dobrovolníků v rámci VFN dochází na geriatrickou či neurologickou kliniku a kliniku dětského a dorostového lékařství. Aktuálně spolupracují s 53 dobrovolnických aktivit. Na severní Moravě je občůdků už pět a dobře se jim daří. V říjnu navštívil VFN poprvé canisterapeut, aby společně se svou fenkou Olivíí zpříjemnil čas strávený v nemocnici pacientům z geriatrické kliniky. VFN teď nově navázala spolupráci s organizací ILCO (dobrovolným sdružením stomiků), jež zprostředkuje dobrovolníky pro pacienty se stomií na I. chirurgické klinice. (red)

Nadace OKD vyhlásila grantové výzvy pro rok 2014

Jedna z největších firemních nadací v České republice i letos podpoří veřejně prospěšné aktivity neziskových organizací, měst a obcí. V okresech Karviná, Frýdek-Místek a Ostrava-město rozdělí prostřednictvím svých čtyř grantových programů 12 milionů korun.

Nadační podpora se tak soustředí pouze na projekty, které najdou cílovou skupinu v okresech Karviná, Frýdek-Místek a Ostrava-město. Stejně jako v předchozích letech bude podpořena především zdravotní a sociální oblast, zejména pak chráněné dílny, dále rozvoj kultury a regionálních tradic, volnočasové aktivity nebo obnova životního prostředí. Žádosti budou přijímány do 14. února a podávají se elektronicky pomocí systému Grantys (www.grantys.cz).



Foto: Nadace OKD

Společný víkend hendikepované mládeže a jejich opatrovníků z organizace Help klub, sdružení rodičů a přátel dětí s postižením.

O podpoře jednotlivých projektů rozhodne na doporučení odborné komise správní rada nadace, výsledky budou známy 22. dubna. Minimální výše podpory není omezena, maximální částky se odvíjejí podle typu grantového programu. Do programu „Pro zdraví“ a „Pro budoucnost“ nabízí až 500 000 Kč, „Pro radost“ 250 000 Kč a v programu „Pro Evropu“ je maximální možná výše příspěvku 100 000 Kč. Podrobnosti grantových výzev nadace zveřejnila na svém webu: www.nadaceokd.cz. (red)

Výstava obrázků a příběhů „nedoklubátek“

Po celý leden můžete v pražském OC Šestka navštívit výstavu „Dítě nedonošené nerovná se postižené“ a dopřát si tak pohazení pocitem sdílené lásky a naděje. Právě ta je tady takřka hmatatelná.

Pořadatelem výstavy je Nedoklubko, celorepublikově působící občanské sdružení, jehož cílem je pomoc předčasně narozeným dětem a jejich rodinám. Činnost sdružení je založena na dobrovolnictví a není financována z žádných státních zdrojů. Členy Nedoklubka jsou většinou maminky, ale i tatínkové takto narozených dětí. Společně se snaží ostatním rodičům takových dětí zajistit dostatek informací, předávat jim své dobré i špatné zkušenosti, podpořit ostatní psychicky i emočně. Protože maminky „nedoklubá-

kům“ také rády čtou, vydaly (nejen pro ně) už druhou knížku „Pohádek pro kulíšky“. Nová knížka pohádek vyšla v prosinci, její křest a setkání rodičů „nedoklubátek“ se pak konal 18. ledna v rámci výstavy v OC Šestka. Nyní sdružení spouští projekt „Nejste v tom sami“. O něm organizátorky říkají, že zapojit se může každý rodič se svým dítětkem a dodat tak sílu a naději všem rodičům, kterým se miminko narodilo mnohem dříve, než se správně mělo vyklubat. Více informací:

www.nedoklubko.cz



Vládík a Kristýnka. | Foto: Lucie Žáčková

Finanční pomoc pro hendikepované atlety

Nadace Komerční banky Jistota věnovala 215 000 korun občanskému sdružení Atletika vozíčkářů na podporu rozvoje sportovních aktivit tělesně postižených sportovců.

Dar 17. ledna slavnostně převzala předsedkyně sdružení Eva Kacanů z rukou členky správní rady Nadace KB Jistota Kateřiny Šušákové. „Podporujeme tělesně postižené sportovce již několik let, protože obdivujeme jejich sílu a nasazení, s jakým se snaží překonat životní překážky. Myslím, že jsou vzorem nám všem,“ uvedla Kateřina Šušáková. Sdružení Atletika vozíčkářů bylo založeno v roce 2005. Pořádá domácí soutěže pro vozíčkáře a také zajišťuje přípravu a činnost reprezentačního týmu. (red)



Předání symbolického šeku: manažerka Nadace KB Jistota Ilona Toufarová, Eva Kacanů, Kateřina Šušáková. | Foto: Nadace KB Jistota

Počátky univerzitní medicíny v Čechách II: Nejvýznamnější čeští lékaři 14. století (1. část)

První mistři (od 13. století nazývaní doktoři) medicíny patřili ve své době mezi skutečné učence a jejich věhlas mnohdy přesáhl i hranice země. Byli zpravidla současně teology, dobrými astronomy, matematiky, spisovateli či jazykovědci (zejména lexikografy). Většina z nich také zastávala funkci osobních lékařů na královském dvoře.



Výsledek pouštění žilou podle středověkých lékařů závisel na postavení nebeských těles

Studium na nově založené Karlově univerzitě rozvíjelo široké vzdělání jejích absolventů už tím, že museli projít několika fakultami. Především to byla v předchozím dílu zmíněná fakulta svobodných umění (artistická), považovaná za jakousi přípravku ke studiu na dalších oborech. Vznikla ze zanedbané školy při týnské faře (důstojnějších prostor se artistům dostalo teprve po založení koleje v domě Žida Lazara). Karel IV. ji svěřil do péče lékaři svého otce Mistru Waltrovi, „aby zde netoliko čtli a vyučovali lékařství, fyziku a jakékoli umění, ale i vykonával všechny akty spjaté s výcvikem k mistrovskému titulu“.

Asi po roce a půl se posluchač této fakulty stal bakalářem a jeho povinností bylo studovat dál, k mistrovskému gradu, a současně konat přednášky v určených lehčích

disciplínách, tedy diktovat studentům základní učební texty (cosi jako pomocná vědecká síla). Po dalších přibližně třech letech mohl bakalář dosáhnout hodnosti magistra a získal právo „číst“ (tj. přednášet) bez jakéhokoli omezení. Nebyla to tedy studia nijak snadná, navíc na tehdejší dobu poměrně nákladná. Uvádí se, že čtyřleté studium na fakultě přišlo na 24 kop grošů (tehdejší nádeník si tolik vydělal za 5 až 6 let usilovné práce). Vzhledem k tomu, jak byli tehdejší studenti staří, také nebyl ničím výjimečným medik ve funkci rektora. Stávalo se, že mistři regenti artistické fakulty na univerzitě učili, aby si zajistili plat a ubytování, a zároveň studovali například lékařskou fakultu.

Přes všechny uvedené obtíže už krátce po založení Karlovy univerzity zazářilo v praxi několik jejích absolventů, kteří prokázali mimořádný talent a zanechali po sobě nejen zajímavá poselství o své době, ale někteří i přispěli k utváření vědeckého poznávání, samozřejmě limitovaného středověkým pohledem na svět.

Postavení přírodních věd na univerzitách ve 14. století

Přírodní vědy byly ve 14. století přednášeny omezeně na všech univerzitách – u nás na fakultě artistické (především astro-



Stránka z oblíbeného regiminis – alegorické zobrazení základních elementů (vzduch, voda, oheň a země)

nomie a matematika – spíše jako její pomocná věda) a lékařské. Jednalo se víceméně o přejímání a komentování výsledků antické, respektive arabské vědy, experiment jako pracovní metoda prakticky neexistoval. Pozemský život určovaly boží zákony, téměř všichni studovaní lékaři byli zároveň kněžími. Medicína byla těsně propojena také s astronomií, astrologií a alchymií. Věřilo se tedy například, že postavení planet má vliv na úspěšnost lékařských zákroků (zejména pouštění žilou), výskyt mimořádných astronomických úkazů (například komet či zatmění) byl vykládán jako významné znamení pro život celé společnosti.

Mistr Klaret de Solencia – svérázný didaktik a lexikograf

O životě Klareta (vlastním jménem Bartoloměj z Chlumce, asi 1320–1370), který patrně patřil

i staročeské kuchyně a všeho, co souviselo s úpravou jídel a nápojů. Zachoval tedy první soustavně upravený popis tehdejšího života, doklad o kuchyni 14. století: *kaltún* (kaldoun, husí drůbky), *svačně* (svačina), *uspěna* (huspenina, rosol), *střieda* (střídka u chleba), *skvarek* (škvarek) aj.

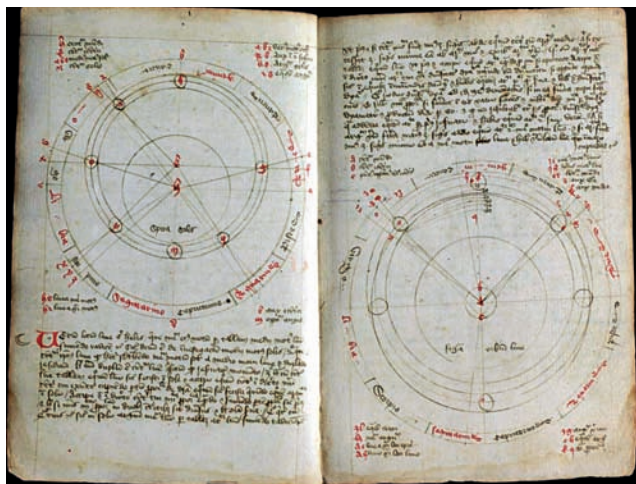
Za jeho hlavní odkaz je dnes považováno především to, že se jako první pokusil o vytvoření české vědecké terminologie a významně se přičinil o vznik spisovné češtiny. Zhruba v téže době vznikl první úplný český překlad Bible a na tyto základy navázali Jan z Břevnova a Mistr Jan Hus reformou českého pravopisu. Klaret vytvořil dva slovníky: *Bohemarius* (Bohemář) a *Glossarium* (Glosář). Z vědeckých spisů se pak dochovaly: *Medicaminarius* (veršovaná výklad obsahu knihy *Regimen scholae Salernitanae*), *Complexionarius* (popis čtyř povah a jednání), *Astronomicus* (knihna o astronomii a vlivu hvězd na lidské osudy), *Secundus liber de naturalibus* a *Exemplarius austorum* (nedokončený seznam mytických i historických postav, dále zvířat a jiných věcí). Vytvořil rovněž „hádkářskou knihu“ (*Enigmatikus*, 153 veršovaných hádanek) a encyklopedii středověkých přírodopisných znalostí *Ortulus phizologie* (Zahrádka fyziologie).

K zajímavostem patří, že v jeho díle je zachována také nejstarší zmínka o české pohádce – „O dvánácti měsíčkách“. Klaret ji zmiňuje jako příklad kazatelského „exempla“.

Havel ze Strahova – osobní lékař a hvězdář Karla IV.

Havel ze Strahova (naposledy připomínán v roce 1388) byl ve své době považován za vynikajícího lékaře, a proto byl také pověřen sestavit zvláštní životosprávu, kterou se měl „Otec vlasti“ řídit, aby nestonal a byl dlouho živ. Havel se věnoval nejen stravě, ale i pohybu, spánku a různým „duševním příhodám“. Součástí jeho spisů byly též rady jak se chránit proti moru. Formuloval však i některé další hygienické zásady, například důležitost zakládání zahrad a prostorných přímých ulic nutných pro řádné provětrávání města.

Podle historiků měl mistr Havel na Karla IV. dokonce takový



Astronomie a astrologie – nedílná součást středověké medicíny

Z HISTORIE



Scéna z taverny - 14. století

vliv, že údajně prosadil svůj názor na to, kde má být vybudováno Nové Město pražské. Císař původně zvažoval území dnešní Letné, ale Havel mu vysvětlil význam strategické polohy mezi Starým Městem a Vyšehradem, kde je snadnější přístup k vodě – jak k Vltavě, tak k Botiči. Karel IV. pak přihlédl k těmto (vlastně zdravotně-hygienickým) argumentům a změnil své původní rozhodnutí.

Z prací Havla ze Strahova se dochovaly například spisy: *Missum imperatori* (Poselství k císaři), *Regimen ad Carolum* (Doporučená životospráva pro císaře) a *Tractatus*

urinarum (spis o tehdy v medicíně převládající diagnostické metodě – uroskopii). Rovněž pomáhal mistru Klaretovi, který se zasloužil o tehdejší českou lékařskou terminologii, vydáním *Vokabuláře gramatického*.

Co mistr Havel svému králi radil

Profesor Čeněk Zíbrt uvádí ve své práci z roku 1927 úryvky ze dvou Havlových skladeb s názvem: *Vitae vivendae ratio in gratiam Caroli IV. a Magistro Gallo medico et mathematico conscripta*. Vybíráme z nich krátkou ukázkou, která – vedle došné obecně přijímaných hy-

gienických a stravovacích norem – současně demonstuje i řadu nesmyslných zdravotních názorů či zakomponování tehdy populárního všeprostupujícího astronomického pohledu na život člověka. Za připomenutí také stojí, že panovníky často trápila dna, která byla léčena pouze formou nejrůznějších diet, i proto bylo stravě věnováno tolik pozornosti:

„Pouze teby pokrm, jenž dává dosti posily, přísluší tělu lidskému: jehněčina, kozlečina, maso telete ssoucího, slepičí, kapouni, koroptve, tetřivci, bažanti, ryby s ploutvemi z čistých vod, čerstvá vejce k vysednutí, borák, volový jazyk, čerstvý chléb, dobře upečený, dobře uhnětený a s náležitou dávkou soli, víno ostré, vonné, ne nové čili mest, aby bylo hodně jasné a s odměřenou dávkou čisté vody z pramene, jenž prýští na východ a kde slunce probíhá otvorem pramene...“

Když kdo ráno vstane ze spánku, hled' vypuďiti, co zbytečného, ze sebe, z prvního, druhého i třetího trávení, pak češ se silně a tři hlavu a také celé tělo. Budou-li čas a místo příhodné, pak myj ruce, tvář a oči studenou vodou v letě, teplou v zimě, tři zuby korou citronovou... Pak se cvič na místech vysokých, čistých a dobrého vzduchu. Šat buď drahý a vonný. Pak buď jídlo hotovo a hned, jak začneš od přírody mít chuť, přijímej jídlo, ne předtím, ani nezdržuj... Libové ať jde před tlustým, sy-

rové nebuď kladeno na polovařené, ne- jez ryb a mléka v téměř chodu, ani mléka a vína, ježto by vedly k malomocenství...“ K Havlovým pokrokovým názorům jistě patřilo také přesvědčení, že „zdrženlivost je lepší než všichni lékaři“ a „hostiny zabíjejí častěji než meče“. Byl si zřejmě vědom i další z dobových neřestí, kterou byl alkoholismus, postihující některé významné osobnosti středověku, o nichž už byly záznamy ve starších kronikách. Český historik Václav Novotný shrnul zápisy kronikáře Dětmara o době pražského biskupa Thidaga a knížete Vladivoje do věty: „Čechy byly tehdy v dobrých rukách: kníže neustále opilý a biskup málokdy střizlivý.“

Protimorové spisy

Vedle *regiminis* vytvořil Havel ze Strahova pro krále také zmíněné *Missum imperatori*, ve kterém nabádá jak se chránit proti tehdejší morové epidemii. Historické literatury věnující se morové nákaze nalezneme nepřeberné množství a protimorové spisy v nich hrají podstatnou část. Jde vlastně o jakási lékařská doporučení, která dle různých dobových názorů a znalostí podávají rady jak se před onemocněním uchránit či jak se spolehlivě léčit. Za první podobný spis bývá považována zpráva *Compendium de epidemia*, která předznamenala podobu takových děl na několik staletí dopředu. Byla zpracována na žádost francouzského krále Filipa VI. pařížskou univerzitou. Zřejmě po vzoru pařížského compendia vzniká v roce 1371 i u nás na popud císaře Karla IV. uvedený spis Mistra Havla ze Strahova. Před rokem 1409 už v našich zemích existovalo pět protimorových spisů: od Zikmunda Albíka z Uničova, dílo *Remedium reportatum* Mistra Křišťana z Prachatic (ten morové nákaze nakonec sám podlehl) a dalších.

Je známo, že Čechy zůstaly prvního náporu moru (tedy ve 14.



Typický oděv a maska středověkého lékaře bojujícího s „černou smrtí“

století) celkem ušetřeny. Nákaza u nás probíhala značně nestejnoměrně a nebyly zaznamenány hromadné útoky, jak tomu bylo v ostatních zemích. Zřejmě i proto zde nebylo ani tolik svatyní zasvěcených svatému Rufu. V Praze například nebyl zjištěn pokles studentů zapsaných na univerzitu. Zato ve Vídni musela univerzita výuku přerušit.

Podobně jako mor byla neřešitelným problémem středověku lepra, před kterou Havel rovněž panovníka opakovaně varuje. V Praze ji dodnes připomíná název ulice Lazarská, kde stávala už před založením Nového Města kaple sv. Lazara se špitálem používaným jako leprosárium (v roce 1901 byl objekt zbourán a ustoupil nové budově trestního soudu).

Jaroslava Sladká



Mnich plíží se pro další pohár – pozdní 13. století

Inzerce M14100094

Vitamin C-Injektapas 7,5 g
Infuzní terapie vitamínem C

inPHARM, tel.: 241 432 133, inpharm@inpharm.cz, www.inpharm.cz

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: Vitamin C-Injektapas 7,5 g. **Složení:** 1 ml koncentrátu pro infuzní roztok obsahuje 150 mg acidum ascorbicum. **Lahvička:** 50 ml koncentrátu pro infuzní roztok obsahuje 7,5 g acidum ascorbicum. **Pomocné látky:** Hydrogenuhlíčan sodný, voda na injekci. **Léková forma:** Koncentrát pro infuzní roztok. **Indikace:** Prevence a terapie stavů klinického nedostatku vitamínu C, který nemůže být odstraněn výživou ani perorálním podáváním. Methemoglobinémie v dětském věku. **Dávkování a způsob podání:** Pokud není stanoveno jinak, podává se denně 5–50 ml naředěného koncentrátu pro přípravu infuze. 50 ml koncentrátu pro přípravu infuzního roztoku je třeba zředit 100 ml izotonického roztoku chloridu sodného a infuzi pomalu podávat. Infuze se aplikuje nitrožilně do periferní žíly. **Kontraindikace:** Přípravek by neměl být aplikován u pacientů s oxalátovou urolitiázou a nemocemi spojenými s patologií metabolismu železa a jeho ukládáním v organismu (talasémie, hemochromatóza, sideroblastická anémie). **Interakce:** Přípravek Vitamin C-Injektapas 7,5 g může chemicky změnit jiné léky (na základě vysokého redoxního potenciálu). Kompatibilita při kombinaci s jinými léky musí být proto při každém podání vždy kontrolována. Kyselina askorbová může ovlivňovat účinek antikoagulantů. Současné podání kyseliny askorbové a flufenazinu vede ke snížení koncentrace flufenazinu v plazmě, současná aplikace kyseliny askorbové a kyseliny acetylsalicylové vede ke snížení vylučování kyseliny acetylsalicylové a ke zvýšení vylučování kyseliny askorbové v moči. Další informace viz SPC. **Těhotenství a kojení:** Během těhotenství a kojení nemá být překročeno množství 100–500 mg kyseliny askorbové denně. Kyselina askorbová je vylučována do mateřského mléka a prochází placentou. **Nežádoucí účinky:** Velmi vzácné jsou pozorovány respirační a kožní projevy přecitlivělosti. V jednotlivých případech může krátkodobě dojít k projevům poruchy krevního oběhu (např. závratě, nauzea, poruchy vidění). Při akutních infekcích byly ojediněle pozorovány reakce jako zimnice nebo zvýšená teplota. **Předávkování:** viz „Zvláštní upozornění a bezpečnostní opatření pro aplikaci“. **Inkompatibility:** Kyselina askorbová má silný redoxní potenciál. Chemická kompatibilita při současném podávání jiných léčiv musí být proto v každém jednotlivém případě kontrolována. Doba použitelnosti: 2 roky. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C, uchovávejte lahve v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Tento přípravek je určen pouze pro jednorázové použití. Aplikace se musí uskutečnit bezprostředně po otevření lahvičky s koncentrátem pro infuzní roztok. Nepoužité zbytky je třeba zlikvidovat. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Pascoe, Německo. Registrační číslo: 86/107/13-C. **Datum první registrace:** 27. 2. 2013. **Datum revize textu:** 27. 2. 2013. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Podrobnější informace viz SPC přípravku.

Podrobnější informace o dávkovacích režimech (včetně onkologických) lze nalézt na www.edukafarm.cz

Kalendář akcí odborných lékařských společností – únor 2014

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail: miksova@mf.cz

19. sympozium Onkologie v praxi

Onkologie v mammologii, gynekologii a urologii; karcinom prsu a gynekologické malignity u premenopauzálních žen, současné trendy v diagnostice a léčbě karcinomu prostaty a ledviny, ošetřování poradiačních reakcí, nové ozařovací techniky – výhody a možná rizika, sexuální život nemocných po onkologické léčbě, psychologická podpora nemocných ze strany zdravotnického personálu...

27.–28. 2. 2014/Černá Hora u Brna

Místo konání: hotel Sladovna

Pořadatel: oddělení radiační a klinické onkologie Nemocnice Znojmo ve spolupráci s OS ČLK Brno-venkov, občanským sdružením Sova, SEKCAMA SOS SLS
Kontakt: www.linkos.cz

16. sympozium Chlopenní a srdeční vady

27.–28. 2. 2014/Litomyšl

Místo konání:

Evropské školicí centrum
Pořadatel: pracovní skupina chlopenní a vrožené srdeční vady v dospělosti České kardiologické společnosti

Kontakt: www.kardio-cz.cz

39. angiologické dny 2014

Akutní tepenné uzávěry, aortální a tepenné aneuryzma, bércové vředy a jejich léčba, diabetes a cévní komplikace, intermitentní klaudikace, lymfedém, plicní hypertenze, syndromy cévní komprese, trombofilie, vaskulitidy, vazoneurózy, léčba kmenovými buňkami, kompresní léčba...

27. 2. – 1. 3. 2014/Praha

Místo konání: hotel Diplomat

Pořadatel: Česká angiologická společnost ČLS JEP

Kontakt:

www.angiology.cz/tad14

Seminář kliniky pracovního lékařství

Zákonná opatření při nakládání s látkami uvedenými v Úmluvě o zákazu chemických zbraní, vytvoření standardních postupů CERM (chemical emergency risk management sheets), zvýšené markery oxidačního stresu při práci v expozici aerosolu s vysokým podílem nanočástic TiO₂

28. 2. 2014/Praha

Místo konání:

Na Bojišti 1, posluchárna

Pořadatel: Kliniky pracovního lékařství 1. LF UK a VFN Praha

Kontakt:

www.pracovni-lekarstvi.cz

20th annual NOCR meeting

The premier annual event for community oncologists

28. 2. – 1. 3. 2014/Las Vegas, Nevada, USA

Kontakt: <http://imedex.com/annual-nocr-meeting/index.asp>

3rd European winter school for young neurologists

28. 2. – 2. 3. 2014/Bělehrad, Srbsko

Kontakt:

www.movementdisorders.org



(sta)

Pozvánka na konferenci se spinální tematikou

Česká asociace paraplegiků – CZEPA, ve spolupráci se Spinální jednotkou FN Brno a KZS Fyzioterapie míšních lézí při UNIFY ČR vás zvou na odbornou konferenci nazvanou „Pomocné prostředky usnadňující život spinálních pacientů“.

Termín jednodenní konference je 11. duben 2014, místem konání Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, konferenční sál (2. patro výškové budovy). Výtěžek z konference bude použit na nákup nových mechanických vozíků pro Spinální jednotku FN Brno.

Podrobnější informace, registrace a program: www.czepa.cz (red)

Přihlášky k aktivní účasti na X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP

Vědecký výbor v rámci přípravy sjezdu vybízí všechny autory k přihlášení k aktivní účasti s příspěvky (ústní sdělení, workshop či poster), jež by mohly být zahrnuty do vědeckého programu X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP, který se bude konat ve dnech 12.–15.

června 2014 ve Špindlerově Mlýně. Uzávěrka pro zaslání návrhů je 16. února 2014.

Podrobnosti naleznete na webu: www.cpssjezd.cz – sekce Aktivní účast.

(red)

Inzerce M141000106



Představujeme publikaci

Očkování v speciálních situacích

Komplexní pohled na problematiku očkování specifických skupin populace (při definovaných zdravotních problémech, rizikových faktorech apod.). Autoři se zabývají očkováním ve vztahu ke vzniku určitých onemocnění, dále

ve specifických klinických či fyziologických situacích, při celkové anestezii i imunomodulační léčbě. Věnují se též přítomnosti adjuvancií ve vakcínách, lidským embryonálním buňkám a výrobě vakcín.

Autor: Miloš Jeseňák, Ingrid Urbančíková a kolektiv **Doporučená cena 350 Kč**

**MEDICAL
SERVICES**

Při objednání na
sleva 25% **knihka.cz**

Největší vydavatelství
zdravotnických titulů v ČR



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihyms@mf.cz

NOVÉ KNIHY

Jan Lebl, Eva Al Tajj,
Stanislava Koloušková,
Renata Pomahačová, Marta
Šnajderová, Zdeněk Šumník,
Jiřina Zapletalová
**Malý atlas dětské
endokrinologie**



Rozsah:
109 stran
Cena: 200 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-065-3
Vydavatel:
Galén

Seďm dětských endokrinologů shromáždilo ve formě obrázků svoji klinickou zkušenost v dětské endokrinologii a hraničních oblastech. Malý atlas naučí lékaře pozorovat tvář pacienta, vnímat nepoměr jednotlivých částí jeho těla, abnormity kostí nebo měkkých tkání, kožní změny či drobné dysmorfické příznaky, ale také lépe rozumět laboratorním výsledkům, růstovým grafům, snímkům z klasického rentgenu, ultrazvuku a magnetické rezonance, v některých případech i rodkmenům či křivkám z EKG a EEG.

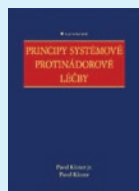
Jindřiška Perušičová
**Perorální léčba
diabetu 2013**



Rozsah:
152 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-367-1
Vydavatel:
Maxdorf

Vyskyt *diabetes mellitus*, zejména 2. typu, v současné době stoupá prakticky ve všech vyspělých zemích světa, a proto také neustále probíhá celosvětová diskuse, jak k nemocným s DM2 léčebně přistupovat. Zásadním faktorem ovlivňujícím dlouhodobý výskyt komplikací u diabetiků je včasná diagnostika diabetu a jeho intenzivní léčba bezprostředně po diagnóze. Bez důsledné, trvalé a stále se opakující edukace nemocného, která se přizpůsobuje jeho novým a konkrétním situacím (zdravotním, osobním, pracovním apod.), nelze docílit trvalejší uspokojivé kompenzace diabetu, která je předpokladem oddálení dalších zdravotních komplikací. Autorka se dále podrobně věnuje jednotlivým skupinám perorálních diabetik, seznamuje čtenáře s jejich výhodami i riziky a představuje i nové léky.

Pavel Klener, jr., Pavel Klener
**Principy systémové
protinádorové léčby**



Rozsah:
200 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4171-0
Vydavatel:
Grada

Monografie shrnuje nejnovější poznatky o systémové léčbě nádorových onemocnění, především o metodách cílené („biologické“) léčby. Autoři vysvětlují mechanismy účinku cílených terapeutik, popisují signální dráhy vedoucí k maligní transformaci buňky a přináší nové pohledy na léčebné strategie v kontextu s konvenční chemoterapií. Zvláštní pozornost je věnována možnostem ovlivnění nádorového mikroprostředí – ekosystému (např. ovlivnění angiogeneze a metastazování).

Jiří Vorlíček (ed.)
Onkologie



Rozsah:
152 stran
Cena: 279 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-603-6
Vydavatel: Triton,
edice Lékařská
repetitorium

Kniha je určená odborníkům v onkologii, ale i zájemcům z dalších lékařských odvětví. Cílem je zprostředkovat základní orientaci v oboru. Jednotlivé kapitoly se zabývají konkrétními druhy nádorů. V samostatné části jsou uvedena hematologická onemocnění a nádory vyskytující se u dětí. V každé kapitole týkající se konkrétního druhu nádoru je definice onemocnění, jeho epidemiologie, symptomatologie a etiopatogeneze. Jsou popsány možnosti diagnostiky a diferenciální diagnostiky onemocnění a obvyklé doporučené způsoby terapie.

Ondřej Šimetka, Radovan Vlček,
Martin Procházka
HELLP syndrom

Rozsah: 148 stran
Cena: 395 Kč
ISBN: 978-80-7345-361-9
Vydavatel: Maxdorf,
edice Porodnictví krok za krokem



Syndrom HELLP (hemolýza, elevace jaterních enzymů, trombocytopenie) je vzácnou, ale jednou z nejzávažnějších komplikací těhotenství. Projevuje se buď v kombinaci s klasickými příznaky preeklampsie (hypertenze, proteinurie, otoky, retence tekutin), nebo bez těchto známek jako zcela odlišný klinický stav manifestující se nejčastěji bolestí hlavy, poruchou vizu, epigastrickou bolestí, otoky a/nebo nauzeou, s typickým laboratorním nálezem. Syndrom HELLP je spojen se signifikantně horšími perinatologickými výsledky – mateřskou a novorozeneckou morbiditou a mortalitou. Přes intenzivní výzkum je jeho predikce zatím nemožná a diagnóza bývá stanovena až na základě klinických příznaků. Kausální terapie je ukončení gravidity a podpůrná a symptomatická terapie ženy před a po porodu.

Vzhledem k závažnosti syndromu i jeho velmi rozmanitému klinickému obrazu je nezbytná co nejpreciznější znalost tohoto stavu ze strany lékařů. Kniha zkušených gynekologů se v jednotlivých kapitolách věnuje všem oblastem problematiky HELLP syndromu, je doplněna schémata, ilustracemi a přehledným souhrnem. Je určena zejména do rukou gynekologů a porodníků, anesteziologů, intenzivistů a hematologů.

Alois Martan a kol.
**Nové operační přístupy
v urogynéologii
2., rozšířené a přepracované vydání**



Rozsah:
254 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-348-0
Vydavatel:
Maxdorf

Urogynéologie se během posledních let stala jednou z nejprogresivnějších oblastí gynekologie. Zásluhu na tom nepochybně mají zcela nové operační postupy využívající nové *hi-tech* materiály a pomůcky. Dlouhodobý efekt pro pacientky je však vždy závislý především na precizně a bezchybně provedeném operačním výkonu...

Druhé vydání publikace je aktualizované z hlediska stále přicházejících nových metod a obohacené o rostoucí zkušenosti s postupy,

jež byly novinkou před několika lety. Bylo rovněž doplněno celé spektrum medikamentózní léčby používané v urogynéologii.

Petr Ošťádal, Jan Bělohlávek
**ECMO
– extrakorporální
membránová
oxygenace
Manuál pro použití u dospělých**



Rozsah:
88 stran
Cena: 245 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-365-7
Vydavatel:
Maxdorf

Extrakorporální membránová oxygenace (ECMO) je jednou z nejprogresivnějších metod současné kardiologie i celé medicíny. Nyní již jde o uznávanou záchrannou (*rescue*) metodu v léčbě těžkého respiračního nebo kardiálního selhání. Podpora systémem ECMO může být zahájena velmi rychle, v urgentních situacích jak perkutánním, tak chirurgickým přístupem, a poskytuje čas k rozhodnutí o dalším postupu. Na rozdíl od jiných „mimotělních“ metod lze ECMO aplikovat bez dlouhé přípravy, včetně náhlé srdeční zástavy rezistentní ke standardní resuscitaci. Indikace ECMO rychle přibývají, tak jak se metoda rozšiřuje, a již nyní zahrnují široké spektrum situací elektivních i urgentních. Díky ECMO přežívají pacienti jak např. s kardiogenním šokem způsobeným akutním koronárním syndromem na jedné straně, tak např. s poraněním srdce na straně druhé. ECMO postupně mění pohled na stavy, které byly tradičně považovány za neslučitelné se životem. Kniha dvou předních českých kardiologů je napsána právě s cílem rozšířit metodu tak, aby se v Česku postupně stala jedním ze standardních přístupů v řadě situací, které zatím končí fatálně.

Eva Janíková,
Renata Zeleníková
**Ošetrovatelská péče
v chirurgii
pro bakalářské
a magisterské studium**

Rozsah: 256 stran
Cena: 329 Kč
ISBN: 978-80-247-4412-4
Vydavatel: Grada



Kniha je rozdělena na obecnou a speciální část. Obecná část obsahuje úvod do chirurgického ošetrovatelství, pojednává o perioperační péči, péči o rány a zmíněna je také problematika psychické podpory chirurgických pacientů. Speciální část se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientů s vybranými chirurgickými onemocněními. V jednotlivých kapitolách je podán komplexní přehled o dané problematice. Na základní charakteristiku vybraného onemocnění navazuje management péče o pacienta v době před operací a zejména po ní, s přihlédnutím ke specifickým ošetrovatelským péčím u vybraných onemocnění.

Publikace vznikla z potřeby sjednotit postupy psychologického vyšetření před bariátrickou operací. Bariatrie neboli metabolická chirurgie přináší nesporný pozitivní efekt v léčbě obezity ve smyslu zlepšení stavu při somatických onemocněních a psychických poruchách a zlepšení psychosociálního fungování. Zároveň vnáší do života jedince velké změny, kterým se dotýčený musí přizpůsobit. Léčba obezity chirurgickou cestou totiž vyžaduje zásadní změnu životní správy a celoživotní spolupráci pacienta s terapeutickým týmem.

Jitka Herlesová,
Dana Knappová a kol.
**Doporučení
k psychologickému
vyšetření před
bariátrickou operací**



Rozsah:
24 stran
Cena: 69 Kč
ISBN: 978-80-
-904899-6-7
Vydavatel:
Axonite

Psychologická péče je standardní součástí léčebného procesu. Role psychologa není výhradně diagnostická, v indikovaných případech nabízí předoperační i pooperační psychologickou intervenci, edukaci a spolupráci při tvorbě individuálního léčebného plánu. Cílem je prohloubit motivaci pacienta k dodržování jídelních a režimových doporučení a poskytnout psychologickou podporu v případě zhoršení psychických obtíží.

Mediace náhrady škody na zdraví (5. část): Pan Novák vs. zdravotnické zařízení

Předchozí čtyři díly našeho seriálu hovořily o úpravě náhradě škody na zdraví v občanském zákoníku platném a účinném do 31. 12. 2013, v novém občanském zákoníku účinném od 1. 1. 2014, dále o možnostech uplatnění mediace a o jejich principech a v neposlední řadě o roli mediátora při mediaci. V posledním z této série článků se na hypotetickém příkladu pokusíme skloubit všechna předchozí pojednání do závěrečného vyústění o vhodnosti mediace pro řešení sporů z titulu náhrady škody na zdraví.

Úvod

Představme si hypotetickou situaci poškozené osoby, které vznikla v důsledku lékařského zákroku provedeného ve zdravotnickém zařízení škoda na zdraví, a to po 1. lednu 2014. Újma tohoto poškozeného má povahu majetkovou i nemajetkovou a náš hypotetický poškozený věc rozhodně nemínil ponechat bez odezvy. Pokusme se nyní rozebrat jeho motivaci pro případné vedení soudního sporu, eventuálně pro případné absolvování mediace. Pojednání se však nevyhne jistě míře abstrakce, bez které by složité právní konstrukce mohly čtenáře odradit.

Újma na zdraví

Náš poškozený, říkejme mu pan Novák, se obrací na advokáta se skutkovým popisem děje a následků, které mu vznikly. Dostane se mu informace, že jeho újma (škoda) již nebude hodnocena paušálně a tabulkově podle vyhlášek o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění. Dále se dozví, že jeho majetková a nemajetková újma již nebudou předmětem dvou odlišných soudních řízení. A v neposlední řadě bude potěšen zjištěním, že již nebude muset obíhat lékaře-specialisty s kulatými razítky, aby tito nebohému poškozenému a advokátovi pomohli se subsumováním složitých latinských výrazů pod bodové hodnocení vyhlášky a tím vytvořili jistý náramec pro úspěšné uplatnění nároku formou žaloby.

Na první pohled se zdá, že pan Novák může být rád, že k jeho újme došlo až v lednu letošního roku. Nezastírejme si ale, že mu jde hlavně o peníze, a byť se bodové hodnocení mohlo jevit nega-



JUDr. Pavel Pechanec, Ph.D.
Institut řešení sporů
MEDIATICUS, s. r. o.



Mgr. Andreyka Voglová
Institut řešení sporů
MEDIATICUS, s. r. o.

tivně, skýtalo poměrně značnou jistotu, že po jeho řádném sečtení bude žaloba zcela úspěšná. Zde by mohl pan Novák prvně znejistět. Jak totiž určit přiměřenost požadované náhrady? Civilní proces totiž stále stojí na principu úspěchu a neúspěchu ve sporu. Pokud pacient bude požadovat například 1 milion Kč a soud mu přizná „jen“ 300 000 Kč, pak byl úspěšný pouze na 30 % (a ze 70 % byl tedy neúspěšný). Úspěch se odečítá od neúspěchu a pan Novák bude

ještě žalované nemocnici platit 40 % nákladů řízení, které jí vznikly. Získává tak první motivaci ke zvážení mediace namísto soudního sporu. Motivaci finanční.

Motivace poškozeného

Další motivace pro mediaci na straně pana Nováka pramení ze základních principů mediace. Pan Novák nemusí platit soudní poplatky, náklady na znalce a svědky a v případě prohry či neúspěchu ve sporu neriskuje nutnost proplacení nákladů řízení protistraně. Jeho nárok může být mediací vyřešen nepochybně rychleji než v soudním řízení (ostatně jen doba pro vyhotovení znaleckých posudků se počítá v řádu měsíců) a zahájením mediace neriskuje ani jeho promlčení. Pan Novák také nechodí k soudu každý den a ocení i neformálnost mediace, kde si procesní pravidla nevynucuje soudní autorita, ale kde si je určují účastníci sami.

Motivace škůdce

Zdravotnické zařízení, o kterém pan Novák tvrdí, že mu újmu způsobilo, si je vědomo odhodlání poškozeného nenechat věc

zapadnout. Na rozdíl od pana Nováka disponuje právním oddělením, které již několik měsíců varuje management nemocnice před velkými změnami ve vztahu k náhradám za škody na zdraví. Právní nejistota na tomto poli způsobená absencí relevantní rozhodovací praxe soudů musí vést k závěru, že rigidní pojetí náhrady škody na zdraví jakožto ryze majetkové újmy odzvonilo. Byť pan Novák podepsal informovaný souhlas, neznamená to, že by se vzdal práva na náhradu škody. Nároky uplatněné panem Novákem tak představují značnou hrozbu, neboť vytrpěl bolest a vznikla mu i překážka lepší budoucnosti. Zdravotnické zařízení může být nakonec rádo, že pan Novák přežil a nemusí tak tak odčítat duševní útrapy jeho blízkých.

Nejistota co do výše možné náhrady, kterou by přiznal soud (tedy motivace finanční), tak paradoxně bude stát i na straně škůdce, byť je pojištěn. Bude to možná právě pojišťovna, která bude v zájmu minimalizace pojistného plnění trvat na mediaci. Ale finanční motivace nebude motivací jedinou. Zdravotnické zařízení bude chtít, aby byla zachována jeho dobrá pověst, o zbytečnou publicitu nestojí a veřejný soudní proces nebude preferovat. Mediace – na rozdíl od soudního procesu – není veřejná, ale důvěrná. Mediátor je vázán mlčenlivostí ze zákona a strany sporu se k ní zavazují zpravidla smlouvou. Mediace se účastní mediátor, strany konfliktu a dále osoby, na kterých se shodnou. Věc lze tudíž vyřešit za zavřenými dveřmi.

Motivace společné

Společnou motivací obou pak může být skutečnost, že výsledek mediace není rozhodnutím autority, ale konsenzem stran. Jedná se o stěžejní princip mediace jako takové, princip sebeurčení a princip převzetí odpo-

vědnosti. Mediátor není soudce ani rozhodce, ale jakýsi průvodce či pomocník na cestě k dosažení dohody. Strany obřadně nepovstanou, chtějí-li na mediátora promluvit (tedy pokud si to neujednají), nemusejí ke každému tvrzení dokládat důkaz a nejsou vyzývány formou usnesení ve striktních lhůtách k doplňování tvrzení a označování důkazů k nim. Naopak pod vedením mediátora směřují k dohodě v procesu, kterému samy dávají pravidla. Dohoda pak znamená konsenzus obou. Není zde ani vítěz, ani poražený. V řízení před soudem je tomu přesně naopak.

Mediátor

Výše uvedené vede k závěru, že mediátor je významnou postavou a průběh mediace může zásadně ovlivnit. Výhodou je, že si jej volí strany sporu samy a není určen rozvrhem práce konkrétního soudu. Měly by jej však volit obezřetně, a to s ohledem na jeho erudici v dané oblasti. Neodborné vedení mediace může vést nejenom k jejímu neúspěchu, ale dokonce není vyloučeno ani způsobení škody. Byť je možno požadovat náhradu škody po osobě, která nesprávnou informací či škodlivou radou danou za odměnu v záležitosti své dovednosti tuto způsobila, je lepší se této situace vyvarovat. Ostatně pan Novák již škodu utrpěl a netřeba mít další.

Proto je dobré volit z mediátorů, kteří jsou zapsaní a jejichž profesní kvalita je garantována. Mediátor pak musí být nestranným a odborně zdatným průvodcem stran konfliktem. Pomáhá hledat smírné urovnání a prostor pro dohodu. Nerozhoduje, nesoudí, nevydává stanoviska a právní rady (pokud si to strany nepřejí).

Mediace

Mediátor a strany sepíší smlouvu o provedení mediace, ve které se dohodnou mimo jiné na odměně mediátora. Mediace pak může

začít, a to na vhodném a neutrálním místě. Cílem mediace je uzavření mediační dohody, bude-li nalezen konsenzus. Pokud se jej nelézt nepodaří, což se nepochybně může a bude stávat, nezbuďte jedné ze stran než věc přenechat na rozhodnutí autority – soudu.

Nevázanost dohody a vázanost žaloby

Vraťme se nyní k mediačnímu stolu, za kterým sedí pan Novák a zástupci zdravotnického zařízení. Byť motivace obou byla finanční, ani jedna ze stran není ničím vázána a padají různé návrhy. Nemocnice například nabízí, že u ní pan Novák může rehabilitovat za zvýhodněných podmínek a podstoupit další vyšetření u známých lékařských kapacit, která by jeho další léčbě byla ku pomoci.

Pan Novák si je vědom, že toto plnění potřebuje a že tato nabídka má jistou finanční hodnotu. Ví také, že pokud by spor vyhroutil a striktně trval na vysokém finančním plnění, možná by jej dostal, ale musel by pak patrně za dalšími vyšetřeními dojíždět daleko mimo své bydliště. Slevuje tedy ze svých finančních nároků, a to k velké spokojenosti pojišťovny, u které je nemocnice pojištěna.

Ostatně ani pojišťovna za mediačním stolem nemusí chybět a mediace se může účastnit, obdobně jako vedlejší účastník v soudním sporu. Pan Novák má svého advokáta, a tudíž před zástupci nemocnice a pojišťovny není za stolem slabší stranou. Z původně žádaného finančního plnění se tak stává dohoda na rehabilitaci, vyšetření panem primářem a finanční kompenzace v nižší než původně žádané výši. Všichni mohou být spokojeni. Pokud by se nedohodli, byl by pan Novák vázán žalobním návrhem, kterému by soud vyhověl nebo by jej částečně či zcela zamítl.

Mediace tak pro obě strany sporu představuje příležitost vládnout předmětem konfliktu s možností nespočetí alternativních řešení a kreativních závěrů, a to zejména v době právní nejistoty a nedostatku prošlapaných (judikovaných) právních cest. Vedle toho striktní výroky „je povinen“ či „zamítá se“ příliš prostoru neposkytují.

Právní podmínky provádění pitev

po účinnosti nového občanského zákoníku

Od 1. ledna 2014, kdy nabyl účinnosti nový občanský zákoník, již lékaři v České republice nemají širokou možnost rozhodnout o provedení pitvy zemřelého, ale mohou tak činit pouze v těch případech, kdy zákon provedení pitvy nařizuje, nebo se souhlasem zesnulého.

V minulosti provádění pitev regulovaly výlučně zdravotnické zákony. Od 1. dubna 2012 tuto regulaci obsahuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZZS).



JUDr. Radek Polícar
přednosta Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU
policar@med.muni.cz

ra uvedených účelů, pokud tak rozhodne lékař prohlížející tělo zemřelého.

Patologicko-anatomická pitva se provede povinně:

- u žen, které zemřely v souvislosti s těhotenstvím, porodem, potratem, umělým přerušením těhotenství nebo v šestinedělí;
- u plodů z uměle přerušovaných těhotenství provedených z důvodů genetické indikace nebo indikace vrozené vývojové vady plodu;
- u dětí mrtvě narozených a u dětí zemřelých do 18 let věku;
- u pacientů, kteří zemřeli při operaci, nechirurgickém intervenčním výkonu, v souvislosti s komplikací navazující na operaci nebo nechirurgický intervenční výkon, případně při úvodu do anestezie;
- jestliže byl z těla zemřelého proveden odběr orgánu pro účely transplantací, tkání či buněk pro použití u člověka nebo odebrána část těla pro výzkum či k výukovým účelům;
- v případě, že k úmrtí došlo v souvislosti se závažnou nežádoucí příhodou při klinickém hodnocení humánního léčivého přípravku nebo s nežádoucí příhodou při klinických zkouškách zdravotnického prostředku, případně v souvislosti s ověřováním nových poznatků použitím metod, které dosud nebyly v klinické praxi na živém člověku zavedeny, nebo v případě podezření na tyto skutečnosti;
- v případě podezření, že k úmrtí došlo v souvislosti s odběrem orgánu za účelem transplantace nebo tkání či buněk pro použití u člověka.

Zdravotní pitva se provede povinně:

- při náhlých a neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlíd-

ce těla zemřelého nebylo možno jednoznačně zjistit příčinu smrti;

- při všech násilných úmrtích včetně sebevraždy;
- při podezření, že úmrtí může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při poskytování zdravotních služeb, které vyslovil zdravotnický pracovník zúčastněný na poskytování zdravotních služeb, lékař, který provedl prohlídku těla zemřelého, nebo osoba blízká zemřelému;
- při podezření, že úmrtí mohlo být způsobeno v souvislosti se zneužíváním návykových látek;
- u osob, které zemřely ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence.

Právo rozhodnout o svém těle

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen NOZ), nijak nezasáhl do povinnosti provést pitvu v těch případech, kdy tak nařizuje zákon. Zásadně však změnil situaci v případě, kdy měl lékař dosud možnost mimo povinné případy nařídit pitvu.

Jelikož se nejedná o pitvy, v jejichž případě by byla zákonem stanovena povinnost je provést, je naopak třeba zásadně vzít v úvahu vůli zesnulého. Vzhledem k tomu, že NOZ v § 115 zvolil regulační přístup v podobě předpokládaného nesouhlasu s provedením pitvy („zemřel-li člověk, aniž projeví souhlas s pitvou, platí, že s provedením pitvy nesouhlasí“), je dovoleno provést nepovinnou pitvu pouze v případě existence souhlasu osoby, jejíž tělo má být pitváno. Bez tohoto souhlasu nelze takovou pitvu provést.

Je tomu tak proto, že § 113 odst. 1 NOZ vyzdvihuje právo člověka rozhodnout, jak bude po jeho smrti naloženo s jeho tělem. Jasně se tak v této oblasti zdůrazňuje vůle člověka, jeho rozhodnutí za života, jako to klíčové



ilustrační foto: Shutterstock

pro případné zásahy do jeho těla po smrti. Rozhodně tak mám za to, že toto pravidlo musí dopadat i na otázku provádění pitev, a to všech druhů pitev.

Jak už jsem zmínil, ZZS stanoví případy povinných důvodů pitvy a nepovinných důvodů pitvy. V prvním případě zákonodárce nařizuje, kdy je třeba pitvu provést, tedy říká, kdy stát má zájem na tom, aby se pitva provedla. Ve druhém případě dává možnost lékařům nechat provést pitvu, pokud jim to vzhledem k jejich legitimním potřebám přijde užitečné. V prvním případě převažuje veřejný zájem nad vůlí člověka, který má být pitván. **Ve druhém případě, kdy stát nedospěl k závěru, že je veřejný zájem na provedení pitvy tak silný, aby v těchto případech trval na provedení pitvy, by vzhledem k hodnotám, na kterých nový občanský zákoník stojí, měla převážet vůle člověka.**

Jen pro doplnění uvádím, že ke shodným závěrům dospěl i „Velký komentář“ k NOZ (Melzer, Tégl a kol.: *Občanský zákoník, Velký komentář*, Leges, 2013).

Možnosti upřesnění zákona

Jestliže nyní patologové upozorňují na to, že současná právní situace jim neumožňuje provádět pitvy v případech, kdy to považují za vhodné, pak lze tuto věc řešit výlučně cestou změny zákona. Nemám za to, že by měl být zásadně měněn NOZ, maximálně by mohlo dojít k upřesnění stávající formulace. Nicméně obecně mi myšlenka, že pokud stát pro-

vedení pitvy nenařizuje, měla by být provedena pouze se souhlasem zesnulého, přijde jako správná, neboť dostatečně respektuje autonomii jedince rozhodovat o svém těle.

Změněn by tak měl být ZZS, který by mohl nově obsahovat další povinné případy pitvy (z přesně vymezených, medicínsky oprávněných důvodů) a v ostatních případech by měl umožňovat pitvu jen se souhlasem osoby, o jejíž tělo se jedná.

Možnými doprovodnými změnami by pak mohlo být otočení pravidla předpokládaného nesouhlasu s pitvou na pravidlo předpokládaného souhlasu, stejně jako je tomu u dárkovství orgánů a tkání pro účely transplantací. Ten, kdo by odmítal provedení nepovinné pitvy po své smrti, by se nechal zapsat do registru osob nesouhlasících s provedením pitvy, popřípadě by vyjádřil tuto svoji vůli v nemocnici v rámci hospitalizace. Alternativou by ještě mohla být možnost nahradit souhlas zesnulého souhlasem jeho blízkých v době po jeho smrti.

V souladu s aktuálním stanoviskem výboru Společnosti českých patologů ČLS JEP mám za to, že bez takovéto legislativní změny k reálné změně v přístupu k provádění pitev dojít nelze. Argumentačně nepodložené výtky některých osob o tom, že se nic nezměnilo a že si ti, kdo to tvrdí, špatně přečetli zákon (www.novinky.cz/domaci/324422-patologove-si-stezuji-na-novy-obcansky-zakonik-pocty-pitev-klesly-na-desetinu.html), považuji v kontextu shora uvedeného za dosti neprofesionální.

PRÁVNÍ PORADNA

Lékařské pohotovostní služby

Pracuji v jednosměrném nepřetržitém provozu ve vysokospecializované nemocnici jako lékař-chirurg. Kromě jiného jsem pověřen rozepisováním lékařských pohotovostních služeb chirurgů. V poslední době narážím na několik problémů, zejména v těchto oblastech:

- Je lékař povinen vykonávat pohotovostní služby (LPS) dle nařízení zaměstnavatele? Pokud ano, pak za jakých podmínek?
- Jsou v nějakém právním dokumentu definována omezení výkonu LPS zejména z důvodů věku nebo zdravotního stavu? Musí například lékař starší 60 let vykonávat tyto služby, nebo je může vykonávat jen po dohodě se zaměstnavatelem, případně je vykonávat nesmí?
- Může lékař v důchodovém věku, ale pracující na plný úvazek vykonávat LPS v nemocnici?
- Jsou někde definovány kvalifikační podmínky pro výkon LPS? Je možné považovat dozor „kvalifikovaného“ chirurga se specializační atestací nad práci „nekvalifikovaného“ kolegy



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

bez této atestace formou příslužby po telefonu za postup *lege artis*?

Záležitost dohody

Problematiku výkonu lékařské pohotovostní služby upravuje ustanovení § 93a zákoníku práce. Podle tohoto ustanovení se takzvanou další dohodnutou prací přesčas ve zdravotnictví rozumí práce v nepřetržitém provozu spojená s příjmem, léčbou, péčí nebo zajištěním přednemocniční neodkladné péče v nemocnicích, ostatních lékařských zdravotnických zařízeních a zdravotnických zařízeních zdravotnické záchranné služby, kterou vykonává zaměstnanec ve zdravotnictví.

Jak již z označení tohoto pracovního vztahu vyplývá, tato práce musí být mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem dohodnuta. Zákon výslovně stanovuje, že zaměstnanec ve zdravotnictví, který s výkonem této práce nesouhlasí, nesmí být k jejímu sjednání nucen ani být vystaven jakékoli újmě. Omezení pro sjednání tohoto druhu práce vyplývá ze zákoníku práce.

Důchodový věk není překážkou

Nejpodstatnější omezení se týká délky této práce, která nesmí přesáhnout v průměru 8 hodin týdně v období, které může činit nejvýše 26 týdnů po sobě jdoucích; jen kolektivní smlouva může toto období vymezit na nejvýše 52 týdnů po sobě jdoucích. Další omezení stanovuje zákoník práce, podle kterého dohoda o další dohodnuté práci přesčas musí být sjednána písemně a nesmí být sjednána v prvních 12 týdnech ode dne vzniku pracovního poměru. Tato dohoda může být okamžitě zrušena, a to i bez udání důvodu, v období 12 týdnů od sjednání, resp. může být vypovězena z jakéhokoli důvodu nebo bez udání důvodu, přičemž výpovědní doba činí 2 měsíce. Z důvodu kontroly vede zaměstnavatel aktuální seznam všech zaměstnanců ve zdravotnictví, kteří vykonávají další dohodnuté práce přesčas. O uplatnění další dohodnuté práce přesčas ve zdravotnictví je zaměstnavatel současně povinen písemně vyrozumět příslušný orgán inspekce práce.

Výkonu další dohodnuté práce přesčas ve zdravotnictví lékařem v důchodovém věku, pracujícím

na plný úvazek v nemocnici, nic nebrání. Za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby odpovídá příslušný kraj. Bude tudíž na kraji, aby v této souvislosti sta-

novil podmínky pro výkon lékařské pohotovostní služby tak, aby poskytování zdravotních služeb na lékařské pohotovostní službě probíhalo s náležitou odbornou úrovní, tedy postupem *lege artis*.



ilustrační foto: Shutterstock

Platová třída všeobecné sestry

Pracuji jako všeobecná sestra v městské nemocnici a jsem zařazena do 10. platové třídy. Nyní v rámci rezidenčního místa studuji obor perioperační péče v NCO NZO Brno. Mám právo být po atestaci převedena do 11. třídy? Zaměstnavatel zmrazil platy, prý nebudou žádné postupy.



odpovídá
Mgr. Libor Štajer

je pro sjednocení odstupňování jednotlivých prací dle jejich složitosti, odpovědnosti a namáhavosti stanoven tzv. katalog prací, který zároveň rozepisuje požadavky na výkon práce pro zařazení do konkrétní platové třídy. Všeobecná sestra je katalogem prací zařazena do 9.–12. platové třídy.

Zaměstnavatel je povinen zařazovat své zaměstnance do platové třídy v souladu s § 123 odst. 2 zákoníku práce, podle druhu práce sjednaného v pracovní smlouvě a v jeho mezích dle nejnáročnější práce, kterou po zaměstnanci v rámci plnění jeho pracovních úkolů vyžaduje. Zaměstnavatel se tedy při určení platové třídy nemusí řídit nejvyšší dosaženou kvalifikací, ale náplní práce, kterou po zaměstnanci požaduje.

Pro přesné zodpovězení této otázky, tedy zda máte právo na převod do 11. platové třídy, je s ohledem na uvedené skutečnosti nejdůležitější určit, jaký druh práce máte v pracovní smlouvě stanoven, ale zároveň jaká nejsložitější práce po Vás zaměstnavatelem je a bude vyžadována.

Specifikace 11. třídy

Nářízením vlády č. 222/2010 Sb.

Obecně mohou říci, že pro zařazení do 11. platové třídy je s ohledem na poskytnuté informace rozhodující, zda vykonáváte jako všeobecná sestra činnosti (bez odborného dohledu) spojené s přípravou a obsluhou přístrojového vybavení na operačních sálech nebo na specializovaných diagnostických či terapeutických pracovištích, instrumentace při operačních diagnostických a terapeutických výkonech, ke kterým je nezbytné získání specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti.

Proto pokud po Vás zaměstnavatel tuto specializovanou činnost vyžaduje, máte ji uvedenou v pracovní náplni a pracovní smlouvě, a navíc Vámi uvedený obor odpovídá podmínkám pro získání této specializované způsobilosti (respektive získala jste příslušnou atestaci), je možné uplatnit u zaměstnavatele žádost o přeřazení do 11. platové třídy.

Poplatky za přítomnost otců u porodu

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, říká v § 28, písm. e), odst. 3, že pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na „přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb“.

Přítomnost otců při porodu je však spojena s provozními komplikacemi, a proto se domníváme, že její zajištění lze považovat ze strany nemocnice za nadstandardní službu, a tudíž je možné za ni vybrat přiměřený poplatek. Máme pravdu, nebo tímto výkladem a vybíráním poplatků porušujeme zákon?

Nemocnice si v dnešní době cení přítomnosti otce u porodu, kterou se zpravidla snaží umožnit každému, kdo o ni projeví zájem. Přes veškerou liberalizaci a humanizaci porodnictví však zůstává porodní sál pracovištěm intenzivní péče, kde je zdraví matky a novorozence absolutní prioritou. K zajištění této priority tak nemocnice stanovuje pravidla (zejména hygienický režim), která osoby přítomné při porodu musí dodržovat.

Vámi citované ustanovení zákona o zdravotních službách skutečně zajišťuje při poskytování zdravotních služeb právo pacienta na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb.

Rovněž s Vámi souhlasím, že přítomnost otců při porodu je spojena s provozními komplikacemi, v jejichž důsledku je nemocnice oprávněna účtovat přiměřený poplatek. Přiměřený poplatek by měl pokrývat skutečné náklady spojené s přítomností otce u porodu, zejména zapůjčení oděvu, obuvi, pokrývky hlavy, roušky apod. Takový přístup nemocnice není v rozporu se zákonem. Dle nedávno provedeného průzkumu se poplatky za přítomnost otců při porodu pohybují v nemocnicích v řádech stovek Kč, naproti tomu některé nemocnice neúčtují poplatky vůbec, jiné tyto poplatky neúčtují otcům, ale účtují si je u dalších osob. Pravidla pro přítomnost otců při porodu mohou být upravena vnitřním řádem jednotlivých nemocnic.

Zajímavé www stránky

– fyziologie (2. část)

Dnes ještě budeme pokračovat v tématu fyziologie a představíme zajímavé internetové zdroje, které se tohoto základního biomedicínského oboru úzce dotýkají.

Atlas fyziologie a patofyziologie

www.physiome.cz/atlas
Atlas fyziologie a patofyziologie patří mezi nejvýznamnější projekty Ústavu patologické fyziologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Autoři projektu se snaží vytvořit interaktivní atlas, který mapuje a vysvětluje některé kapitoly z fyziologie a patofyziologie pomocí animací. Využívají k tomu moderní informační technologie. Atlas se zaměřil například na poruchu hemostázy, problematiku acidobazické rovnováhy, vlastnosti kosterního a srdečního svalu, anatomii, fyziologii a patofyziologii ledvin. Pro plnou funkci atlasu je potřeba stáhnout některé programy.

BMJ

www.bmj.com

Mottem tohoto prestižního od-



borného časopisu (dříve známého jako *British Medical Journal*) je výmluvný slogan „Helping doctors make better decisions“. Internetové stránky poskytují svým čtenářům kompletní přístup k odborným textům zcela zdarma. Články na serveru se aktualizují prakticky denně a objeví se zde ještě dříve, než vyjdou v tištěné podobě. Jde o celosvětově velmi rozšířený medicínský portál mapující novinky v celém spektru biomedicíny, samozřejmě včet-

ně fyziologických témat. Historie časopisu přitom sahá již do poloviny 19. století.

European Patent Office

www.epo.org

Pokud se vám poštěstí učinit nějaký významný objev, mohou vás zajímat pravidla pro ohlášení patentu prostřednictvím Evropského patentového úřadu (*European Patent Office*, EPO). EPO je výkonným subjektem Evropské patentové organizace, která začala fungovat již v roce 1977. Me-



zi stávajících 38 členů patří i Česká republika. Organizace uděluje patenty, které jsou platné v několika nebo ve všech členských státech.

Rodent resources

<http://netvet.wustl.edu/rodents.htm>

Na tomto portálu je k dispozici velké množství informací o laboratorních hlodavcích, bez kterých by si výzkum (nejen) ve fyziologii dovedl představit jen málokdo. Jde vlastně o pravidelně aktualizovaný rozcestník, který odkazuje na různé internetové stránky.

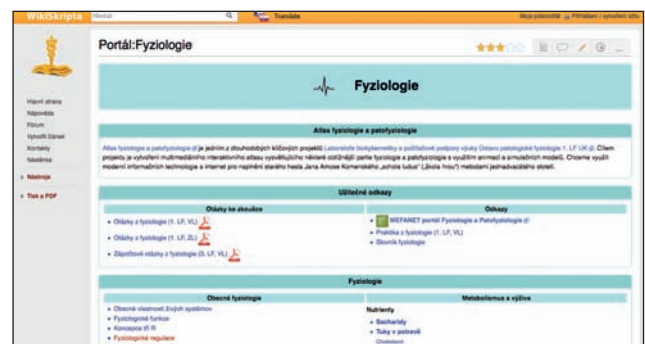
WikiSkripta: Fyziologie

www.wikiskripta.eu/index.php/Portál:Fyziologie

Tento portál ocení asi hlavně stu-

denti lékařských fakult, ale možná i zkušení lékaři, kteří si potřebují osvěžit některé základní fyziologické informace. WikiSkripta poskytla tématu fyziologie poměrně obsáhlý prostor. Studijní materiály jsou děleny přehledně do jednotlivých kapitol, například obecná fyziologie, fyziologie krve, kardiovaskulární systém či neurofyziologie. Hlavním účelem WikiSkript je zjednodušení přípravy učebních materiálů, jejich úpravy a aktualizace; forma článků se snaží být taková, aby s jejich pomocí byla tvorba učebních pomůcek i jejich další použití co nejpřírodnější a neefektivnější. Články ve WikiSkriptě jsou pravidelně kontrolovány redakcí i odborníky různých oborů.

MUDr. Michal Pelišek



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 2/2014

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Filip Kút Čitores, DiS. (Z domova, on-line)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabiznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
Mgr. Martin Čermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sládková (Lékařské listy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce
Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban, Bc. Irena Soukupová, David Daniel, Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák, Vladimíra Bošková, Martina Rehořová, Ph.D.

Editor/korektor
Mgr. Martin Čermák

Grafika a technické zpracování
Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hách, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ
fax 225 276 444

group sales manager
František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce
Tereza Bydžovská
tel. 225 276 255, 725 153 153
e-mail: bydžovska@mf.cz



generální ředitel
Ing. David Hurta

kreativní ředitel
René Decastelo

retuš Michal Šesták (vedoucí), Miloslav Pařík, Zdeněk Němec, Libor Horyna, Milan Kubická, Petr Novák, Jan Mach

ředitel divize Medical Services
Karel Novotný

art director
Petr Honzátka

DTP

MARKETING
ředitelka marketingu Hana Holková
brand manager Alena Kohoutová

DISTRIBUCE A VÝROBA
ředitelka distribuce a výroby
Soňa Starhová

manažerka předplatného Jana Horáková,
tel. 225 276 317,
e-mail: horakovaj@mf.cz

výroba Monika Šnaidrová

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
sídlo: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
IČ: 01847082

adresa redakce:
Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku využívá:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21, Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznický centrum,
Videnská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax + 421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smuvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 23. 1. 2014

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad ověřuje ABC CR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014
Evidenční číslo MK CR: E 20524
ISSN 1805-2355

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Primář/ka – ARO

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA 4 – PODOLÍ
vypisuje výběrové řízení na místo:

■ primář/ka anesteziologicko-resuscitačního oddělení

Požadujeme:

- absolventa lékařské fakulty,
- specializovanou způsobilost v daném oboru,
- způsobilost pro výkon lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- minimálně 10 let odborné praxe,
- osvědčení ČLK pro výkon vedoucí funkce,
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti,
- morální bezúhonnost.

Nabízíme:

- atraktivní finanční ohodnocení,
- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení,
- možnost odborného a vědeckého rozvoje,
- sociální výhody,
- možnost ubytování v bytě 2+kk,
- nástup možný ihned,
- úvazek 1,0.

Písemné nabídky zasílejte na adresu: Ústav pro péči o matku a dítě, sekretariát ředitele, Podolské nábř. 157, 147 00 Praha 4, e-mail: sekretariat@upmd.cz nebo personální oddělení: fuxova@upmd.cz

M14100059



Jihomoravský kraj

Rada Jihomoravského kraje
vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení pracovního místa

**ředitele/ředitelky
Nemocnice Kyjov, p. o.**
se sídlem Strážovská 1247,
697 33 Kyjov

Bližší informace
o podmínkách předložení
příhlášky, včetně
požadovaných dokumentů,
najdete na Úřední desce
KrÚ JMK nebo na
www.kr-jihomoravsky.cz
(úřední deska; konkurzy
a výběrová řízení
nebo na tel. 541 651 224)

Inzerce M14100020

Primář/ka – neurologie

PŘEDSTAVENSTVO
NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,
vypisuje výběrové řízení
na obsazení pracovního místa:

■ primář/ka neurologického oddělení

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru neurologie,
- 10 let odborné praxe lékaře,
- organizační a řídicí schopnosti, komunikativnost, samostatnost,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- orientace v ekonomice zdravotnictví.

K přihlášce je nutné doložit:

- profesní životopis,
- ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání včetně specializované způsobilosti,
- členství v ČLK,
- zdravotní způsobilost,
- výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- návrh koncepce řízení a rozvoje oddělení,
- telefonický a e-mailový kontakt.

Termín pro odevzdání přihlášky je 21. 2. 2014. Přihlášku včetně příloh zasílejte na adresu:

Nemocnice Tábor, a. s.,
personální oddělení,
Kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor;
tel.: 381 608 210;

e-mail: iva.glatzova@nemta.cz.

Zde si také uchazeči mohou vyžádat informace o neurologickém oddělení.

Bližší informace podá:

MUDr. Jana Chocholová,
místopředsedkyně
představenstva,
tel.: 777 140 384, e-mail:

jana.chocholova@nemta.cz

Termín konání výběrového řízení bude uchazečům oznámen e-mailem po uzavření přihlášek.

M14100065

Lékař/ka – rehabilitace

NEMOCNICE VYŠKOV, P. O.,
vypisuje výběrové řízení
na obsazení místa:

■ lékař/ka centra léčebné rehabilitace s lůžkovým i ambulantním oddělením

Požadujeme:

- na oddělení CLR lékaře s atestací i na částečný úvazek,

- odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře v ČR,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- licenci pro výkon lékaře.

Nabízíme:

- platové podmínky dle odborné způsobilosti a délky praxe,
- nástup po dohodě.

Informace u náměstkyně pro zdravotní péči:
e-mail: pojezna@nemvy.cz,
tel.: 517 315 104.

Písemné přihlášky s přehledem dosavadní praxe, profesním životopisem, doklady o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů, ne starším než 3 měsíce, zasílejte do 3 týdnů od zveřejnění inzerátu na adresu:
Nemocnice Vyškov, p. o.,
personální-právně náměstkyně,
Purkyňova 36, 682 17 Vyškov.

M14100026

Odborný asistent

DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY
UNIVERZITY KARLOVY V PLZNI
vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení místa:

■ odborný asistent Infekční kliniky LF UK a FN Plzeň

K přihlášce je potřeba přiložit:

- doklady o VŠ vzdělání,
- doklady o odborné kvalifikaci o délce praxe v oboru,
- profesní životopis.

Přihlášky do výběrového řízení přijímá 30 dnů od data zveřejnění inzerátu osobní oddělení Děkanátu Lékařské fakulty UK,
Husova 3, 306 05 Plzeň

M14100044

Volná místa

Lékař/ka – interna

BOHUMÍNSKÁ MĚSTSKÁ
NEMOCNICE, A. S.,
přijme s okamžitou platností
do pracovního poměru

■ lékaře/-ku pro interní oddělení

Nabízíme:

- zajímavou práci v přátelském kolektivu, v prosperujícím a dynamicky se rozvíjejícím zdravotnickém zařízení,
- dobré platové podmínky,
- nástup možný ihned.

Bližší informace podá vedoucí personálního oddělení – Lenka Theyerová, tel.: 596 096 318. Své nabídky zasílejte na e-mailovou adresu: theyerova@nspbohumin.cz nebo na adresu: Bohumínská městská nemocnice, a. s., personální oddělení, Slezská 207, 735 81 Bohumín, Starý Bohumín.

M14100050

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ
NEMOCNICE KRKONOŠE,
S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:

- primáře na internu
- zástupce primáře na internu
- větší počet lékařů na internu (možno i absolventi)

Požadujeme:

- II. atestaci v oboru, případně specializovanou způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- organizační schopnosti,
- praxi (pro primariát, zástupce primáře),
- ostatní lékaři – atestace vítána, možno i bez atestace se základním kmenem

Kontakt: Jana Srnská, e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel.: 499 502 304.

M141000080

Více pozic

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
PRAHA ITALSKÁ

hledá do ambulantního provozu, na plný nebo zkrácený úvazek, ruský hovořící lékaře (znalost AJ výhodou) a střední zdravotnický personál (sestry) v oborech:

- všeobecný PL nebo interní lékařství
- kardiologie
- angiologie
- neurologie
- urologie
- gynekologie
- oční
- ORL
- diabetologie

Nabízíme:

- nadstandardní ohodnocení,
- komfortní ordinace s moderní zdravotnickou technikou v centru Prahy.

Kontakt:
e-mail: personalni@doz.agel.cz,
tel.: 221 087 401.

M141000071

Více pozic

POLIKLINIKA NYMBURK,
BOLESLAVSKÁ 1854,
Přijme:

- lékaře ORL
- neurologa
- internistu

Požadujeme atestaci v oboru.

Nabízíme:

- možnost i zkráceného úvazku,
- nadstandardní platové podmínky,
- 5 týdnů dovolené,
- firemní benefity aj.

Kontakt:

Ladislava Petrová, e-mail: ladislava.petrova@doz.agel.cz

M141000055

Gynekolog

LITOMYŠLSKÁ
NEMOCNICE, A. S.,
přijme do svého
pracovního kolektivu:

■ lékaře/-ku se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

Nabízíme:

- nadstandardní pracovní podmínky,
- nástup ihned, případně dle dohody.

Kontakt:

vedoucí lékaři,
e-mail: libor.vylicil@litnem.cz

M141000083

Alergolog/ klinický imunolog

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA 4 – PODOLÍ
přijme na oddělení
reprodukční imunologie
ústředních laboratoří:

■ lékaře/-ku v oboru alergologie a klinická imunologie

Požadujeme:

- ukončené vzdělání na lékařské fakultě,
- atestaci v oboru alergologie a klinická imunologie.

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení,
- možnost odborného a vědeckého rozvoje,
- sociální výhody,
- možnost ubytování v bytě 2+kk,
- nástup možný ihned,
- úvazek 1,0.

Písemné nabídky zasílejte na adresu: Ústav pro péči o matku a dítě, sekretariát ředitele, Podolské nábř. 157, 147 00 Praha 4, e-mail: sekretariat@upmd.cz nebo personální oddělení: fuxova@upmd.cz

MI41000077

Zástupce primáře - gynekologie-porodnictví

STODSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme do pracovního poměru lékaře/-ku na pozici:

■ zástupce primáře gynekologicko-porodnického oddělení

Nabízíme:

- práci v příjemném kolektivu,
- výhodné platové podmínky,
- příspěvek na životní a penzijní pojištění,
- možnost ubytování.

Kontakt: prim. MUDr. Jakub Mach, tel.: 377 193 620, 603 553 771, e-mail: jakub@nemocnice-stod.cz

MI41000035

Lékař/ka - interna

STODSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme do pracovního poměru

■ lékaře/-ku s odbornou nebo specializovanou způsobilostí na interní oddělení

Nabízíme:

- práci v příjemném kolektivu,
- výhodné platové podmínky,
- příspěvek na životní a penzijní pojištění,
- možnost ubytování.

Kontakt:

prim. MUDr. Roman Tytl, tel.: 377 193 520, 606 369 379, e-mail: tytl.roman@nemocnice-stod.cz

MI41000038

Lékař/ka - ZZS

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KRAJE VYSOČINA, P. O., přijme lékaře do pracovního poměru nebo na dohodu o pracovní činnosti.

Podmínkou je specializovaná způsobilost v základním oboru (ARO, chirurgie, interna,

neurologie, pediatrie, všeobecné lékařství) nebo v oboru urgentní medicína.

Nabízíme vynikající platové podmínky.

Kontakt:

MUDr. Petr Novotný, náměstek LPP, tel.: 724 185 792, e-mail: novotny@zssvsyvocina.cz

MI41000047

Různé

Prodej praxe

PRODÁM zavedenou soukromou revmatologickou praxi, s. r. o., s úvazkem 0,2 v Poděbradech, smlouva s VZP.

Kontakt: tel.: 723 006 436.

MI41000086



PERSONÁLNÍ INZERCE



PERSONÁLNÍ INZERCE

Přijem personální inzerce:

Tereza Bydžovská
tel.: 225 276 255, 725 153 153
e-mail: bydžovska@mf.cz

Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Inzerce MI41000107



Představujeme publikaci

Mise Haiti - 5 měsíců s Lékaři bez hranic

Představte si hádanku: Máte Haitana s otevřenou zlomeninou holenní kosti, 4 ocelové hřebíky, karbonovou trubku, manuální vrtačku a na 15 minut k dispozici anesteziologa, abyste toho pacienta opravili. Jaký bude váš postup? Anebo: Jste nazí ve společných sprchách, kde teče jenom studená voda, a spolu s vámi je tam ještě tarantule a jedovatá ropucha... Co uděláte? Z původních deníků publikovaných formou on-line blogu jsme poskládali knihu, jejíž čtenářské ohlasy a pozitivní kritika přišly dříve, než byla vydána. Téměř každodenní zpravodajství z druhého konce světa bavilo autorovy přátele a kamarády doma v České republice. V reakci na ohlasy

Autor: Tomáš Šebek

čtenářů vznikl nadčasový příběh ze dvou misí Lékařů bez hranic na Haiti z let 2010 a 2012. Kniha je psána uvolněným stylem, který na jednu stranu popisuje realie humanitární mise po ničivém zemětřesení a práci Lékařů bez hranic v zemi, kde je doktorů jako šafránu, z druhé strany však odlehčenou formou a někdy až naturalisticky přibližuje čtenáři každodenní život v projektu, který je na honu vzdálený životnímu standardu, na jaký jsme v Evropě zvyklí. Kniha je určena nejen zdravotníkům, ale také široké veřejnosti. Všem, které baví cestovat, učit se, poznávat, pomáhat anebo jakkoli jinak překračovat hranice.

Doporučená cena 240 Kč

Při objednání na **knihna.cz** sleva 25%

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihy@mf.cz

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services

největší
vydavatelství
zdravotnických
titulů v ČR

Každý lékař:

dostane měsíčně
na stůl naše
4 časopisy

přečte měsíčně
14 článků na webu
zdravi.E15.cz

může za rok
navštívit
**5 odborných
konferencí
a 12 seminářů**
z naší divize

může koupit ročně
31 odborných knih
z naší divize
Medical Services

Zdroj: UZIS, Zdravotnictví 2012; eventové oddělení Medical Services; Netmonitor – 11/2013; divize knihy Medical Services

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR